

UN MODELO DE LIDERAZGO DESDE LA GESTIÓN DEL CUIDADO

Virginia Salinas Pérez

Unidad de Gestión de Cuidados. Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria de Málaga

INTRODUCCIÓN

La implementación de los cuidados de enfermería que ejercen las enfermeras y enfermeros de atención especializada de los Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria de Málaga en el ejercicio de su práctica clínica diaria y habitual no debería ser arbitraria, a pesar de mantener elementos identitarios y de profesionalismo particular. Para ello, y desde la unidad de gestión de cuidados del hospital donde desempeño desde hace unos años mi labor como miembro de un equipo de trabajo, se pretende dotar a las enfermeras y enfermeros y los gestores de cuidados (supervisor/a) del hospital, que ejercen su labor en cada una de las unidades de atención hospitalaria, de las herramientas y recursos concretos para la implementación del cuidado profesional con criterios de calidad asistencial y cierto rigor institucional.

Para explicar y debatir sobre esa labor de desarrollo de la Gestión del Cuidado desde el liderazgo informal que ejerce la Unidad en los Hospitales Públicos de Málaga, fui invitada por el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería (COE) de Málaga con motivo de una jornada organizada por del Día Internacional de Enfermería (DIE), y que tuvo lugar en la sede del Museo Carmen Thyssen de Málaga. Lógicamente no podía sino empezar dando las gracias a la organización del evento y al Presidente del COE, Juan Antonio Astorga, que estimaron mi participación en ese evento y reconocer públicamente a la Junta Directiva del COE, el momento de renovación por el que pasa, con el estreno de una plataforma web de la institución que permite agilizar trámites online a cada colegiado, e incluso disponer de una aplicación móvil del COE en cada bolsillo a golpe de clic; así que esta adaptación tecnológica es de agradecer y seguro que llegarán mejoras acorde a las necesidades profesionales de acercar el COE al enfermero/a desde la transparencia en la gestión.

Como el motivo de la Jornada era celebrar el Día Internacional de Enfermería (DIE), y para ello se ha desarrollado por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) materiales informativos a las enfermeras de todo el mundo, con un documento elaborado a tal fin por el CIE con el siguiente lema: “Las enfermeras: una fuerza para el cambio. Mejorando la capacidad de recuperación de los Sistemas de Salud”¹. De manera que me pareció interesante empezar la exposición relacionando aspectos que en el documento se debaten, con las líneas de acción que desarrollamos en la Unidad de Gestión de Cuidados e intentar encontrar si estamos o no en sintonía con las aportaciones que ha hecho el CIE.

Tras la lectura desmenuzada del documento, llega necesariamente la comparativa de esos términos y conceptos con nuestro entorno concreto de práctica profesional:

- **Globalización vs Glocalización**², concepto atribuido al profesor Robert Robertson, sociólogo. Es decir, la visión global adaptada a las condiciones locales (peculiaridades culturales, sociales, etc.) desde un valor histórico y cultural, donde la identidad y características sociales se construyen en la suma de las diferencias entre pueblos.

- Fuerza laboral de la Enfermería, una **fuerza vital para los cambios** que necesita el sistema y capaz de superar nuevos retos, formada y con mayor capacidad para conectar con los ciudadanos, comunidades, entre



profesionales y con quienes formulan las políticas. Pero además añadido, insustituible como fuerza laboral, ¿os imagináis un sistema de salud sin enfermeras? Lógicamente no, sobre todo atendiendo a evidencias científicas que concluyen que por cada paciente quirúrgico a cuidar de más, se incrementa un 7% el riesgo de morir de un paciente³. Me temo que nos toca seguir demostrándolo con resultados en salud sobre la población e indicadores de cuidados.

• **Invirtiendo** en el personal sanitario como fortaleza del sistema. Necesariamente hay que destacar el valor del capital humano como elemento clave de esta fortaleza del Sistema de Salud desde decisiones políticas que apuesten por la inversión.

• **Enfermeras bien formadas** actuando en servicios de salud de calidad y centrados en las personas. Pero ya no se trata solo de formarte, sino que hay que saber gestionar todo ese conocimiento en red dentro del sistema de salud para generar, almacenar, difundir y utilizar ese conocimiento aplicándolo a nuestros entornos laborales.

• **Prácticas éticas** en materia de reclutamiento del personal de salud: inversión en recursos humanos para la salud con las necesidades actuales y futuras de la población teniendo en cuenta las dinámicas del mercado laboral para permitir mejorar al máximo los resultados de salud, la creación de empleo y el crecimiento económico. No es posible tener un sistema de salud fuerte sin personal sanitario que ofrezca buenos resultados desde un entorno de práctica segura, cuando las plantillas están disminuidas y las condiciones laborales son extremas con síntomas de desmotivación por los turnos rotarios, o altos niveles de cuidados asumidos o cargas laborales³.

• **Entorno positivo de práctica** (EPP), es decir, un lugar de trabajo seguro y saludable con cargas de trabajo apropiadas y condiciones de trabajo atractivas. Menos de eso, compromete los resultados en salud, sobre todo cuando la evidencia científica nos dice como el macro estudio RN4CAST⁴ con desarrollo también en los hospitales españoles y conclusiones sobre los recursos humanos, el ambiente de trabajo y el impacto en la calidad de los cuidados de las enfermeras en los resultados asistenciales.

• Y finalmente, **líderes globales**: con capacidad de transformar los procesos de cuidados, lealtad al ciudadano y a la población en su sentido más amplio. Es decir, líderes con conocimientos y habilidades de gestión, pero en la actitud de alcanzar retos que favorecen espacios transversales donde se den oportunidades de acción para encontrar nuevas maneras de alcanzar los mejores resultados en salud.

Y para todo ello, El CIE propone un término la **Resiliencia**⁵: capacidad de adaptarse a las situaciones adversas y superarlas, recuperarse de las dificultades, pero hemos de verlo alejado de la **resistencia**, en todo su sentido más estático del término, hacia factores propuestos de adaptabilidad y aprendizaje, hacia la creatividad e innovación en la organización: hacer las cosas de otra manera para alcanzar nuevos resultados. Si seguimos haciendo lo mismo, poco avanzamos, se trata de poner en cuestión, de romper, de explorar, de no estar de acuerdo con “el siempre se hizo así...” y abiertos a la innovación y la renovación.

Una apuesta para ello, es la creación de la **unidad de Gestión de Cuidados**, que se sustenta en un único hospital en convergencia en la necesidad de crecer más allá de sus paredes, pero con la complejidad de la dispersión geográfica de entornos asistenciales y de profesionales sanitarios. La Unidad se creó como un espacio de gobernanza desde el trabajo en equipo, y como un espacio de oportunidad para generar ideas y trabajar para ¿Gestionar Cuidados? y eso ¿cómo se hace?



La Unidad de Gestión de Cuidados

Está formada por un equipo de profesionales con el compromiso de planificar e implementar acciones, actividades y elementos vinculados a la puesta en práctica del proyecto, manteniendo la misión y visión claramente identificadas para alcanzar finalmente resultados visibles, es decir, somos un apoyo, recurso o herramienta de orientación, soporte clínico y apoyo para la dirección de enfermería, los profesionales de enfermería y muy especialmente a los gestores de cuidados o supervisores/as de las diferentes unidades asistenciales. Está integrada por cinco profesionales que se sitúan en cada uno de los pabellones/hospitales, y responsables de las diferentes líneas de acción transversales establecidas.

El marco estratégico de gestión está focalizado en los cuidados, como no podía ser de otro modo junto a la seguridad del paciente y hacia la evaluación continua de los cuidados que hacemos como profesionales frente a los pacientes y familiares, con el objetivo de usar la mejor información desde la evidencia científica incluyendo al paciente en la toma de decisiones frente a la salud. Además incluimos la investigación e innovación en cuidados y por supuesto no podemos olvidar la gestión del conocimiento, como manera de obtener, generar y compartir la información disponible para conectar a las personas y que ese conocimiento trascienda.

Para este desarrollo se elaboró un plan funcional, que tras exponerlo al equipo de gestión, se debatió y se configuró la cartera de servicios de la unidad con un cronograma de actuación.

Cartera de Servicios:

- Sistemas de Información: Implantación y Consolidación del Diraya de Atención Hospitalaria (DAH)
- Gestión de Cuidados de Enfermería: Evaluación y seguimiento de los indicadores de cuidados y de seguridad: Seguimiento de Acuerdos de Gestión Clínica (AGC), Contrato Programa (CP) y cuadro de mandos de cuidados.
- Cultura de Seguridad del paciente: Estrategia de seguridad, implementación, seguimiento y promoción.
- Docencia y Formación: Aprendizaje continuo.
- Comunicación e Información: TIC
- Investigación e innovación en cuidados
- Práctica avanzada: Catalogación y Desarrollo

Pero realmente, ¿qué pasos seguimos en la unidad para cumplir con ese marco estratégico y cartera de servicios?, es decir, ¿qué huellas estamos dejando en la unidad para la organización? ¿Qué actividades desarrollamos en la unidad?

Líneas de Acción de la Unidad de Gestión de Cuidados

Para ello y vinculado con los valores que ha compartido el CIE para alcanzar un sistema de salud resiliente, explicaros a qué nos dedicamos:

Una de las líneas de acción que fue un catalizador del equipo como elemento de soporte fue la implantación del DAH en el Hospital Regional que tuvo lugar a partir de diciembre de 2014 y durante primeros meses de 2015. Diraya significa 'conocimiento' en árabe, un sistema de información y gestión para la atención sanitaria. Mientras que en el Hospital Virgen de la Victoria ya venían trabajando con él, desde el año 2013. De manera que salimos de la unidad para repartirnos por los diferentes pabellones del Hospital Regional y servir de soporte a las diferentes unidades en el proceso de implantación y consolidación de manera continua, pero fundamentalmente en la necesidad de mejorar los registros de enfermería en la historia clínica electrónica de salud de los pacientes hacia la mejora de la calidad asistencial y la continuidad de cuidados para con el paciente. Nos constituimos como equipo de apoyo y soporte clínico (con la resolución in situ de incidencias con el programa DAH), valorando necesidades formativas (ofrecimos 73 sesiones formativas informales e in situ en las propias



Unidades de Gestión Clínica (UGC)) y de ayuda con elaboración de documentos de soporte para el trabajo de los profesionales.

Precisamente desde el CIE, exponen en su documento que para alcanzar un sistema de salud resiliente se precisa invertir en Sistemas de información de salud robustos, y esta herramienta es una oportunidad para consolidar la calidad de los registros como un fiel reflejo de la atención prestada al paciente, que aún con sus luces y sus sombras, todo es mejorable, en un proceso de cambio continuo. Una de las mejoras arranca en septiembre de este año, ya que se va a pilotar en el Hospital Virgen de la Victoria el Portal Único de acceso a las aplicaciones con nuevas funcionalidades asistenciales para los perfiles de Enfermería y Admisión, como la incorporación del cliente web de la estación clínica de cuidados (ECC). El Hospital se encuentra en la fase de formación de los profesionales y en puertas de la migración y el rodaje en septiembre, para luego exportarlo al resto de los hospitales.

¿Qué han aportado estas herramientas electrónicas a la práctica clínica?

En la época en que se constituyó la unidad, se incorpora la Estrategia de Cuidados de Andalucía y su proyecto de PiCuida en red (www.picuida.es) con la incorporación de indicadores de cuidados y desde un cambio de paradigma:

- Garantizar que los servicios y técnicas estén respaldadas por la mejor evidencia científica.
- Potenciar que sean objetivos de resultados en salud.
- Asegurar que se puedan explotar los datos desde los sistemas informáticos corporativos.

Un ejemplo de ello, se establece desde el diagrama de Algoritmo Diagnóstico de las úlceras por presión (UPP) o ante el riesgo de desarrollarlas: Todo este algoritmo está introducido en la herramienta DIRAYA de manera que frente a un riesgo de UPP o presencia de UPP tiene una interpretación en el registro para el seguimiento y la continuidad asistencial. Si hay riesgo, vuelca la etiqueta diagnóstica: “Riesgo de pérdida de la integridad cutánea” para atender a sus intervenciones específicas con el paciente, y si registramos una UPP, directamente el programa alerta del problema con el diagnóstico de “Deterioro de la integridad cutánea”, permitiendo marcar indicadores de resultados frente a las UPP. Luego esta herramienta de registro de las incidencias y prevalencias de las UPP, permite su seguimiento hasta el alta, favoreciendo que el registro de la evolución de la herida vuelque como transferencia directa en el informe de continuidad de cuidados al alta del paciente (ICCA), con recomendaciones y criterios de calidad.

Permite además el trabajo y registro de los indicadores de resultados NOC, que debemos incorporar como una herramienta potentísima para alcanzar resultados en salud, dentro del proceso de atención de enfermería o planes de cuidados. Como profesionales que nos dedicamos a la gestión del cuidado debemos entender que son indicadores de resultados de eficacia, que medido al ingreso del paciente, durante su estancia y al alta, y sobre todo en los procesos más frecuentes, podemos medir resultados y evitar incluso reingresos en pacientes con EPOC e IC favoreciendo la adherencia al tratamiento focalizado en el conocimiento de su medicación o del régimen terapéutico. Es decir, la herramienta permite este trabajo y registro, siempre que marquemos los problemas identificados con sus correspondientes NOC de resultados.

La apuesta desde la unidad es orientar para que los profesionales focalicen esos cuidados informados en la



mejor evidencia y hacia resultados en salud, a través del trabajo con indicadores y medidas de resultados. Se crearon documentos de soporte para trabajar con estos en las unidades, que lógicamente precisan ser explotables desde los registros adecuados, para la consulta en la base de datos, cuestión sobre la que orientamos desde la unidad para perfilar algunos de ellos.

Además este año, hemos querido sumar el valor cualitativo, ya que no se trata sólo de cuantificar, de sumar clic que marca el profesional, sino dotar del valor cualitativo en el trabajo profesional por la calidad asistencial, y una parte es entender que la herramienta de registro DAH ayude a ello, como transferencia directa de cuidados de calidad con los pacientes y mejorar la continuidad asistencial para la comunicación efectiva.

Además incorporamos en esta gestión, los indicadores de seguridad del paciente. El CIE indica que un sistema resiliente es un sistema que gestiona el riesgo: proteger y evitar riesgos innecesarios. La unidad lleva tiempo promoviendo actuaciones relacionadas con la Estrategia de Seguridad del Paciente, tanto a nivel autonómico como nacional, sobre todo cuando se conocen datos de estimación que entre el 8-12% de las personas ingresadas en hospitales de la Unión Europea sufre un evento adverso como consecuencia de la atención sanitaria recibida^{6,7}. Desde la unidad fomentamos la formación continua y el apoyo, desarrollo y mantenimiento o consecución de las diferentes proyectos de seguridad del paciente sostenidos en el Observatorio de la Seguridad del Paciente (OSP): Distintivos de Manos Seguras para las UGC y el trabajo conjunto con la unidad de medicina preventiva para la formación en higiene de manos y control de la infecciones en las unidades asistenciales; el asesoramiento a los grupos de seguridad y responsables por UGC para la notificación de los eventos adversos (EA) en el Observatorio de la Seguridad del Paciente y el análisis de estos EA, en busca de aportar mejoras sobre los incidentes de seguridad del paciente; o la monitorización de la identificación inequívoca del paciente y el Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ).

Por otro lado, El CIE expone que un sistema resiliente es un sistema con entornos positivos para la práctica (EPP), y lógicamente debe estar favorecido por elementos como: la comunicación, la transparencia, el apoyo y orientación con acceso primario a los datos para el desarrollo del conocimiento: La unidad desde su inicio ha trabajado con los sistemas de información para la explotación de datos, centrada actualmente en la réplica de ECC para la valoración de estos indicadores de cuidados. Hemos desarrollado a lo largo del 2015 y en lo que llevamos de año, cortes de seguimiento de los indicadores de cuidados y de seguridad del paciente, que han permitido conocer aspectos del registro erróneos o deficitarios, por ejemplo, el registro de UPP, que en vez de registrar y evolucionar esa UPP, se volvía a registrar una UPP como nueva. O también determinar la necesidad de firmar y clicar el envío al Centro de Salud para la continuidad de cuidados al alta, en el ICCA para la continuidad de cuidados a primaria. Estos informes siempre son presentados en reuniones trimestrales o semestrales de seguimiento a los gestores y mandos intermedios, para que ellos lo transfieran a sus profesionales en las unidades asistenciales y conozcan el trabajo que desarrollan. El informe final de cuidados del año 2015, está colgado en la intranet de ambos hospitales como ejercicio de comunicación interna con los profesionales. De momento queda transferir esa información a los ciudadanos, como ejercicio de transferencia de la información de cuidados con nuestros pacientes.

Pero si un sistema resiliente es el que comparte las mejoras prácticas y fomenta el desarrollo profesional continuo, necesariamente aquí entra en juego la docencia y la gestión del conocimiento. En definitiva saber orientar, aportar respuestas a lo profesionales y conectar a estos usando los recursos y herramientas digitales que tenemos al alcance para hacerlo efectivo. En realidad esa gestión del conocimiento no es más que toda esa



manera de generar, almacenar, difundir y utilizar el conocimiento, como capital intelectual con que cuenta la organización. Pare ello, hemos apostado desde la unidad por el uso de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) como estrategia de comunicación y de interacción con los profesionales de los centros y en general, para la difusión de intervenciones, proyectos de investigación y prácticas innovadoras desarrolladas por profesionales del entorno, potenciando la comunicación externa con el uso de redes sociales (cuenta de Twitter @EnfermHRVV y página de Facebook Enfermeríahospitalaria_hurm/hvv_sas) para la comunicación, información y espacio de interacción y difusión en red hacia el #CuidadoVisible. La unidad usa además TIC como herramientas de comunicación interna entre sus miembros con el uso de Google Drive carpeta virtual de archivos en línea, un grupo de whatsapp y el email corporativo.

No podemos olvidarnos de la orientación continua hacia la calidad asistencial y se ha trabajado por la reactivación de las comisiones de calidad para el desarrollo, funcionamiento e impulso de las mismas (Comisión de UPP y Heridas crónicas para la prevención y el control; y la Comisión de Procedimientos y Protocolos para la revisión de los ya existentes y actualización de los mismos), constituidas por profesionales de ambos hospitales con la idea de liderar y apoyar la formación interprofesional y la práctica colaborativa interprofesional.

CONCLUSIONES

Las claves del posible éxito de una unidad de gestión de cuidados pasa necesariamente por:

- **Un líder convencido** del proyecto contando con personas comprometidas con la organización para mejorar la calidad de los cuidados en los sistemas de salud, y que necesariamente debe desafiar a las personas a pensar.
 - **Una unidad transversal:** Los modelos de liderazgo basados en un único modelo organizativo, asociado a una estructura organizativa jerárquica, sencillamente no serán sostenibles.
 - **Orientado en la calidad asistencial y la evidencia científica,** sin olvidar las preferencias de los pacientes.
 - **Fomento continuo del desarrollo profesional:** Investigación y aprendizaje continuo hacia el desarrollo profesional.
 - **Compartir conocimientos:** generar, difundir, cooperar y colaborar por la visibilidad del cuidado y del trabajo enfermero en el entorno asistencial de práctica.
- Estoy convencida que no es posible tener un sistema de salud fuerte sin un personal sanitario que ofrezca buenos resultados en salud.



BIBLIOGRAFIA

1. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras (CIE); 2013 [27 de Mayo de 2015, 28 mayo 2015] Disponible en: <http://www.icn.ch/es/publications/2016-nurses-a-force-for-change-improving-health-systems-resilience/2016-las-enfermeras-una-fuerza-para-el-cambio-mejorando-la-capacidad-de-recuperacion-de-los-sistemas-de-salud.html>
2. López Lucero. Los Saberes Culturales en Salud en un Mundo Glocalizado. *Index Enferm* [Internet]. 2010 Sep [citado el 02 de Mayo de 2016]; 19(2-3): 81-83. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200001&lng=es.
3. Morales Asencio JM. Cómo las enfermeras influyen en los resultados en salud. ¿A qué esperan los decisores en la planificación de servicios de salud? *Revista Cuidándote Digital*. 2014; Sept: 10-13.
4. Aiken LH, Clarke SP & Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Int J Qual Health Care*. 2002 Feb; 14 (1): 5-13.
5. RAE.es. [Internet]. Madrid: REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (la «RAE»); 2016 [2016; 27 de junio de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=WA5onlw>
6. Hoonhout LH, deBruijne MC, Wagner C, Zegers M, Waaijman R, Spreeuwenberg P, Asscheman H, van der Wal G, Tulder van MW. Direct medical costs of adverse events in Dutch hospitals. *BMC Health Services Research*. 2009, 9: 27-10.
7. Zegers M, deBruijne MC, Wagner C, Hoonhout LHF, Waaijman R, Smits M: Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective review study. *Quality and Safety in Health Care*. 2009, 18 (4): 297-302

