

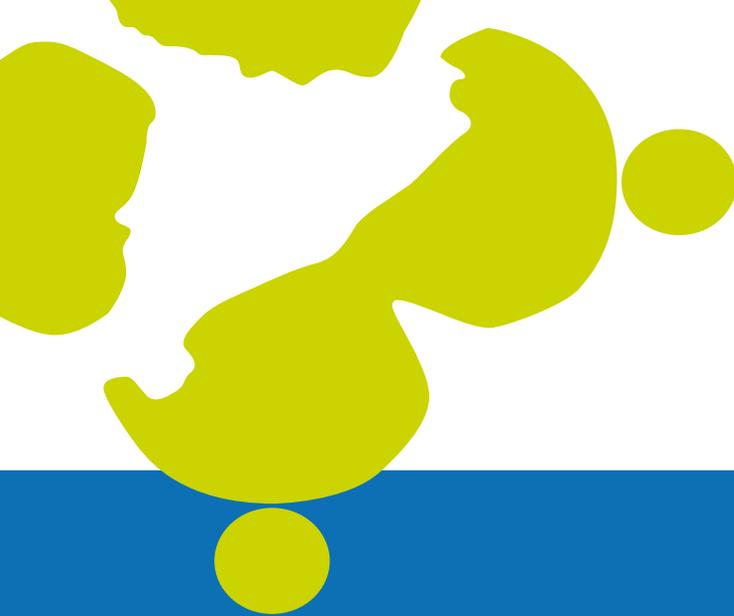
# Recomendaciones para la dotación de enfermeras en las unidades de hospitalización

*Factores que influyen en la práctica enfermera*



*Consell de Col·legis de Diplomats  
en Infermeria de Catalunya*

*Diciembre 2006*



Directora del estudio: Lena Ferrús i Estopà

Edita: Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya  
Diciembre 2006

Depósito legal: B-4931-2007

**Dirección del estudio**

Lena Ferrús i Estopà

**Órgano Técnico para la elaboración del Estudio**

Ma. Emília Gil i Girbau

Chus Gutiérrez i Jiménez

Mercè Estrem i Cuesta

Miguel Ángel Escobar i Bravo

**Comisión Permanente del Consell de Col·legis  
de Diplomats en Infermeria de Catalunya**

Mariona Creus i Virgili, decana

Carme Puigvert i Vilalta, vicedecana

Josep Ma. Camps i Balagué, secretario

Joan López i Carol, tesorero

Olga Sala i Fornós, vocal nata

Ma. Àngels Pérez i García, vicesecretaria

Núria Barrera i Uriarte, vicetesorera





## Índice

1. Presentación	11
2. Introducción	15
3. Objetivos	19
4. Marco metodológico	20
5. Contexto actual	29
6. Valores predominantes en los hospitales de Cataluña	34
7. Impacto de la dotación de enfermeras sobre los resultados de salud	36
8. Estrategias para fidelizar y atraer a las enfermeras	46
9. Ratio pacientes - enfermera	49
10. Caracterización del perfil de cuidados en el ámbito de la hospitalización de agudos en Cataluña	55
11. Identificación de la opinión de los grupos de interés	86
12. Cómo afrontar los factores que influyen en la buena práctica	99
13. Recomendaciones finales	105
14. Relación de gráficos y tablas	113
15. Bibliografía	116



## Han participado en este estudio

Un número importante de profesionales han contribuido de forma significativa haciendo aportaciones que han configurado la base de este estudio:

### **Miembros del Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya**

Camps, Josep Ma.  
Creus, Mariona  
Cuxart, Núria  
Gatell, Teresa  
Montero, Cristina

### **Direcciones de Enfermería entrevistadas**

Andrés, Carme  
Bernat, Ramona  
Casacuberta, Dolors  
Costa, Tomás  
Cot, Roser  
Cuevas, Blanca  
Díez, Cristina  
Escrig, Mercè  
Esteve, Júlia  
Esteve, Margarita  
Forner, Maite  
González, Ma. Lluïsa  
Jover, Eulàlia  
Junoy, Àngels  
Martí, Núria  
Muné, Lourdes  
San Martín, Ma. José  
Sunyer, Rosa  
Travieso, Esperança  
Vivet, Rosa Ma.

## Participantes en los grupos focales

Aliu, Teresa	López, Ángeles
Amela, Teresa	Macarro, Manoli
Arco, Sandra	Martín, Alberto
Bastidas, Anna	Martín, Teresa
Bosch, Mercè	Martínez, Carme
Briansó, Maria	Mato, Olga
Castillejos, Neus	Miguel, Anna
Cedó, Montse	Minguillón, Carme
Corrales, Ester	Moreno, Ester
Cos, Pilar	Muñoz, Iolanda
Domínguez, Míriam	Ollé, Anna
Esquerra, Griselda	Pajín, Ma. Antònia
Fernández, Àngels	Parés, Anna
Ferret, Anna	Pastor, Lourdes
Foncillas, Elena	Penella, Núria
Fuertes, Maite	Piñol, Margarita
García, Gemma	Prat, Mercè
García, Glòria	Rejón, Dori
García, Paqui	Robles, Dolors
Gil, Dolors	Roca, Teresa
Gimeno, Pilar	Rodríguez, Sònia
Gonzaga, Joana	Roure, Rosa
González, Jesús	Salís, Amàlia
González, Teté	Salón, Jaume
Grabulosa, Lourdes	Santaliestra, Teresa
Gumbau, Cecília	Sariol, Ma. Teresa
Hernández, Olívia	Serrabassa, Carme
Isart, Montserrat	Sopeña, Montserrat
Jordà, Joan Carles	Soto, Ramira
Junyent, Rosa	Tarridas, Carme
Lacambra, Luci	Terradas, Pilar
Lamolla, Marian	Tor, Sara
Lavado, Yolanda	Valls, Rosa
Linares, Juana	Vilar, Ma. Jesús
Lolo, Marisol	Vizcaíno, Emília



**Otros profesionales que han participado  
(talleres, cuestionario, presentación primer borrador)**

Andrés, Carme	Liñán, Lluïsa
Arbues, Ma. Teresa	Llauradó, Carme
Arrebola, Xavier	Llorens, Dolors
Balanyà, Montserrat	Martí, Núria
Batlle, Núria	Martínez, Valentí
Berrueta, Anna	Molina, Ma. José
Brunat, Ma. Elena	Muné, Lourdes
Casacuberta, Dolors	Montaña, Montserrat
Cavallé, Ma. Carme	Nicolás, Teresa
Chárlez, Marga	Ollé, Anna
Costa, Tomás	Pi, Àngels
Cuevas, Blanca	Pintado, Dolors
Del Solar, Carme	Ridao, Marisa
Díez, Cristina	Rizo, Carme
Escrig, Mercè	San Martín, Ma. José
Esteve, Júlia	Sánchez, Guadalupe
Esteve, Margarita	Serra, Josep
Esteve, Nati	Solchaga, Ma. Rosario
Estrada, Cinta	Sunyer, Rosa
Farell, Mercè	Tarruella, Mireia
Farré, Carme	Torrens, Rosa Ma.
García, Maria	Travieso, Esperanza
García, Marta	Ubierno, Imma
Gili, Pepa	Vall, Montserrat
Gómez, Ona	Vilalta, Teresa
Gómez, Rafa	Villanueva, Empar
Gonzaga, Joana	Vivet, Rosa Ma.
González, Ma. Luisa	Zabalegui, Adela
Junoy, Àngels	

## Otras colaboraciones

Abulí, Paqui	Llaberia, Núria
Balletbó, Núria	Mata, Lucía
Bou, Margarita	Molas, Miquel
Cayetano, Jordi	Pérez, Anna
Ferro, Tàrsila	Portabella, Roser
Fumás, Cristina	Ribera, Empar
Gasull, Marta	Sanmartín, Pilar
Hernández, Núria	Simón, Rosa
Juárez, Montserrat	Torres, Maria

## Médicos entrevistados

Vilardell, Miquel  
Puigcercós, Josep Ma.  
Richart, Cristóbal

## Agradecimientos

A la Comisión Permanente del Consell: Núria Barrera, Josep Ma. Camps, Joan López, Ma. Àngels Pérez, Margarita Puigvert y Olga Sala, por la confianza depositada en el equipo de trabajo en el momento de encargar el estudio y en el transcurso del mismo.

A Joan Farré (CHC), Mateu Huguet (ICS), Boi Ruiz (UCH) y Lluís Monset (ACES), por sus comentarios alentadores al presentarles el primer borrador de este trabajo.

A Rosa Jiménez y Marta Fontanillas, por su apoyo durante todo este tiempo y en especial en la organización de los grupos focales y los talleres.

A Núria Cuxart, Cristina Montero, Isabel Pera y Carles Fernández, por sus comentarios y aportaciones en la revisión del documento final.

Y por último un agradecimiento muy especial a la Sra. Mariona Creus i Virgili, decana del Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya, por su paciencia, su confianza y su apoyo. Su afán por hacer un documento útil para todos (profesionales, gestores de cuidados y gestores hospitalarios) ha sido un estímulo durante el tiempo que ha durado este estudio, y un bálsamo en los momentos difíciles que la directora del estudio ha pasado.



# 1. Presentación

El Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya ha encargado este estudio con el objetivo de dar respuesta a la preocupación de las directoras de enfermería por la presión asistencial a la que están sometidas las enfermeras<sup>1</sup> en las áreas de hospitalización de los hospitales catalanes.

El objetivo del estudio es facilitar una herramienta útil, que permita dotar a las unidades de hospitalización del número de enfermeras adecuado, con criterios homogéneos, para ofrecer a los ciudadanos de Cataluña una asistencia de calidad al mismo nivel que la del entorno europeo, a pesar de que el número de enfermeras del que dispone actualmente Cataluña es de 5,9 por mil habitantes, frente a las 8,4 de la media europea.

Queríamos conocer el estado de opinión de las personas y las instituciones que están involucradas en este proceso: direcciones de enfermería, mandos enfermeros, enfermeras asistenciales y otras personas e instituciones del ámbito sanitario.

Nos encontramos en un momento muy delicado. Por un lado, está la fatiga de las enfermeras, por la presión asistencial del día a día y las dificultades de ejercer la profesión con el nivel de calidad adecuado, y por otro lado existe la evidencia de que, cada vez más, hay una disminución de enfermeras en el país.

La voluntad del Consell es poner a disposición de las directoras y gestoras de enfermería, de las enfermeras asistenciales, de las direcciones de los hospitales, de las asociaciones empresariales, del Departamento de Salud y de todos los responsables de los hospitales catalanes, un estudio de la situación y, sobre todo, una herramienta útil que facilite y oriente las medidas a tomar.

La última parte de este documento hace recomendaciones sobre distintos aspectos para mejorar la atención enfermera: desde la gestión de cuidados y de personas, hasta aspectos organizativos, espacios y equipamientos, sistemas de información, para la mejora de las actividades de apoyo y para el confort de los profesionales, y especialmente hace una propuesta de “mínimos” de la dotación de enfermeras en las unidades

---

1. De la misma manera que lo hace el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), en el documento, cuando se hace referencia a la “enfermera”, hay que entender que se está aludiendo a profesionales de ambos géneros.

de hospitalización que garantice la calidad de asistencia de los cuidados enfermeros a los ciudadanos de Cataluña.

El Consell espera que este trabajo ayude a los responsables del sistema de salud a tomar conciencia de la insuficiente dotación de enfermeras en las unidades de hospitalización de los hospitales catalanes para adoptar las decisiones necesarias.

La finalidad del Consell es aportar elementos objetivos que orienten las decisiones, para garantizar una atención enfermera basada en la actuación fundamentada y experta, como necesitan, exigen y merecen los ciudadanos, y como quieren, merecen y exigen las enfermeras catalanas.

**Mariona Creus i Virgili**

*Decana*

---

# Recomendaciones para la dotación de enfermeras en las unidades de hospitalización

*Factores que influyen la práctica enfermera*





## 2. Introducción

El equipo que compone este proyecto y una comisión del Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya, al inicio del mismo, nos planteamos algunas preguntas y coincidíamos en algunas respuestas.

***La eficiencia en la utilización de las camas de agudos viene asociada a la consolidación de las modalidades alternativas a la hospitalización convencional, configurando un perfil distinto de paciente hospitalizado***

- ¿Cuáles son las claves para evaluar las necesidades de enfermeras en las unidades de hospitalización?
- ¿Cómo influye la dinámica del hospital eficiente en la gestión y la organización de los cuidados?
- ¿Cuáles son los requisitos para dimensionar adecuadamente el número de enfermeras en este entorno dinámico?
- ¿La organización del entorno es la adecuada?
- ¿Cómo influye la organización sobre la carga de trabajo?
- ¿Hacemos lo que tenemos que hacer?
- ¿Cómo trabajamos las enfermeras en nuestro entorno?

- La mejora de la eficiencia en la utilización de las camas de agudos viene asociada a la consolidación de las modalidades alternativas a la hospitalización convencional, configurando un perfil distinto de paciente hospitalizado. Generalmente, en las unidades de hospitalización de agudos queda concentrada la patología más compleja y con más necesidad de cuidados.

***La enfermera, con la misma disponibilidad de tiempo, tiene pacientes a su cargo con cargas de trabajo superior, y el tiempo de actividades organizativas aumenta***

- Con el objetivo de que el proceso hospitalario sea más resolutivo, se intensifican los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Este incremento de actividad durante las estancias, que son más cortas, choca con un sistema de planificación de recursos tradicional.
- En relación a la disminución de la estancia media, y desde la perspectiva de la organización y planificación de las unidades de cuidados, la actividad ha cambiado. La enfermera, con la misma disponibilidad de tiempo, tiene pacientes a su cargo con niveles de dependencia y cargas de trabajo



***Las innovaciones en las prácticas profesionales, la incorporación de las TIC y los cambios en el perfil de cuidados demandan una dotación de equipos de enfermería, cuantitativa y cualitativamente, distinta***

***Las características de los cuidados enfermeros son muy variables de un paciente a otro***

***Las enfermeras también son motivo de variabilidad debido a su distinto nivel de experiencia***

superior, y el tiempo de actividades organizativas aumenta. Por cada paciente, se desarrollan un conjunto de actividades inherentes a los procesos de acogida, de diagnóstico, terapéutico y de alta, que no siempre evolucionan de forma fluida y pivotan absolutamente sobre el equipo de enfermería<sup>2</sup>.

- Las innovaciones en las prácticas profesionales, la incorporación de las TIC<sup>3</sup> y los cambios en el perfil de cuidados demandan una dotación de equipos de enfermería, cuantitativa y cualitativamente, distinta.
- Este cambio no es homogéneo, ni en la intensidad ni en el perfil de los distintos procesos de hospitalización. No afecta de forma similar ni con la misma velocidad a todas las patologías. Cada paciente corresponde a un proceso, y el perfil de cuidados es muy variable de un paciente a otro.
- Además, hay que añadir que las enfermeras también son motivo de variabilidad debido a su distinto nivel de experiencia (técnica, humana y científica), sus condiciones físicas, sus características personales y el nivel de alerta según su fatiga.

La realidad es que los factores citados en los puntos anteriores hacen difícil la utilización de una ratio pacientes - enfermera para determinar, de forma adecuada, la dotación de enfermeras en las unidades de hospitalización.

En la actualidad hay distintos sistemas para medir la carga de trabajo, más o menos aceptados en nuestro entorno.

El sistema PRN<sup>4</sup> es el más conocido, aceptado y utilizado y nos determina de forma objetiva si la dotación de enfer-

---

2. Equipo de enfermería: Nos referimos a enfermeras y auxiliares de enfermería.

3. TIC: Tecnología de la Información y la Comunicación.

4. Sistema PRN (Project Research Nursing). Sistema de medición de las intervenciones de cuidados enfermeros en las unidades de hospitalización. Esta nomenclatura contiene 8 agrupaciones de intervenciones, 99 actividades específicas y 249 acciones. El sistema asigna tiempos estándares de calidad a la realización de cada una de las 249 acciones.

meras es adecuada para dar respuesta al tipo y volumen de cuidados que requieren los pacientes hospitalizados.

La aplicación del sistema PRN aporta información muy rica en relación al nivel de adecuación de los cuidados enfermeros. Por otro lado, los resultados de la aplicación del sistema PRN sugieren una planificación de la plantilla muy dinámica que requiere una política de recursos humanos mucho más flexible que la existente en la mayoría de hospitales, y requiere cierto margen de maniobra económico para equilibrar la dotación de enfermeras a las unidades de hospitalización.

***Disfunciones  
organizativas  
entorpecen el trabajo  
de la enfermera***

Asimismo, coincidiendo con los estudios donde se ha aplicado el sistema PRN, se han hecho auditorias organizativas y de procesos en algunos hospitales de nuestro entorno que han puesto de manifiesto las múltiples distorsiones que entorpecen el trabajo de la enfermera y los retos organizativos de mejora de los distintos procesos de coordinación intrahospitalaria.

Había distintas maneras de enfocar el estudio. Podíamos ir por la vía de recomendar ratios de personal que fueran ampliamente aceptadas por las enfermeras a partir de la revisión bibliográfica, podíamos buscar el “mejor instrumento” de medida de la carga de trabajo aunque éste lo hiciera de forma incompleta, o podíamos, también, fiarnos de lo que nos dice el personal que está a pie de cama y sus mandos y líderes.

***El estudio ha integrado  
distintas herramientas  
metodológicas***

Dado que, tanto de la administración, como de los cuidados enfermeros, se dice que son una ciencia y un arte, creímos que la vía más sabia era no rechazar ninguno de los tres enfoques. Por un lado, queríamos ver qué nos aportaba la revisión de la bibliografía, por otro, explorar la potencialidad que tiene el sistema PRN para predecir, para hacer simulaciones de futuro (cuando se ha utilizado distintas veces dentro de la misma organización o entorno) y, por último, confiar en las personas que lo conocen: los propios profesionales y sus líderes.

***Tres perspectivas de análisis***

Teníamos que centrar el tema y optamos por incorporar las aportaciones de tres perspectivas de análisis. Por un lado, hacer una revisión bibliográfica y documental sobre la ratio pacientes - enfermera y la influencia que tiene la dotación de enfermeras en los resultados de salud sensibles a su intervención; por otro lado, caracterizar el perfil de cuidados enfermeros, a partir del uso del PRN en distintos hospitales de Cataluña, y, finalmente, poner en evidencia el estado de opinión, de algunas enfermeras hospitalarias del ámbito asistencial y de la gestión, sobre la dotación de enfermeras en las unidades de hospitalización.

***Voluntad de conseguir la participación de un amplio número de enfermeras y de sus mandos***

Con toda esta información se querían poner de manifiesto las evidencias relativas a la influencia que tiene la dotación de enfermeras en los resultados de salud y la precariedad, organizativa y de enfermeras, que hay en muchas unidades de hospitalización de toda Cataluña.

***Finalidad de poder tomar medidas que aseguren el bienestar y el confort de los pacientes y la calidad de vida de los profesionales***

Esto también nos permitiría identificar las soluciones que han encontrado algunos países, y aportar elementos de reflexión a los distintos agentes de la administración del sistema de salud. Nuestra finalidad es que se puedan tomar medidas que aseguren, de un lado, el bienestar y el confort de los ciudadanos que por razones de salud tienen que estar ingresados durante unos días en un hospital de agudos; y por otro, la calidad de vida en el trabajo de las enfermeras.

***Ofrecer unas propuestas finales consensuadas que recogieran la opinión amplia y diversa de la profesión enfermera***

Desde el inicio había la voluntad de conseguir la participación de un amplio número de enfermeras (asistenciales, docentes y gestoras), para poder ofrecer unas propuestas finales consensuadas que recogieran la opinión amplia y diversa de la profesión enfermera.

Por otro lado, este documento está impregnado, inevitablemente, de la opinión personal de la directora de este proyecto y de sus colaboradores, a la luz de los resultados de la revisión bibliográfica y documental y de la opinión de los profesionales asistenciales, docentes y de gestión.

### 3. Objetivos

El principal propósito del estudio es aportar unas recomendaciones para la dotación de enfermeras en las unidades de hospitalización, que contribuyen a unos mejores resultados de salud sensibles a los cuidados enfermeros. Por este motivo, hemos incorporado cuatro objetivos específicos:

***El principal propósito del estudio es aportar unas recomendaciones para la dotación de enfermeras a las unidades de hospitalización, y contribuir a unos mejores resultados de salud sensibles a los cuidados enfermeros***

- En primer lugar, evidenciar, a partir de la bibliografía y la documentación revisada, la ratio de personal, el impacto que tiene la dotación de personal sobre los resultados sensibles a los cuidados enfermeros y las estrategias para fidelizar y atraer a enfermeras, que en algunos hospitales de los Estados Unidos y de Europa han puesto en marcha bajo la denominación de hospitales magnéticos.
- En segundo lugar, caracterizar el perfil de cuidados enfermeros en el ámbito de la hospitalización a partir de las auditorias hechas con el sistema PRN en algunos hospitales de Cataluña.
- En tercer lugar, poner de manifiesto el estado de opinión de las enfermeras entorno a la práctica clínica excelente y a los factores internos y externos que intervienen para que ésta se pueda realizar.
- Y finalmente dar unas recomendaciones en cuanto a la organización y la dotación de personal de enfermería<sup>5</sup> en las unidades de hospitalización.

---

5. Personal de enfermería: Nos referimos a enfermeras y auxiliares de enfermería.

## 4. Marco metodológico

### 4.1 Ficha técnica del estudio

Objeto de análisis	Método
<p><i>Dotación y composición de la plantilla y los efectos sobre los resultados de salud</i></p> <p><i>Dotación y satisfacción laboral</i></p>	<p><b>Revisión bibliográfica</b>                      Koyner (1998) EU                      Aiken (2002) (2003) EU                      Needleman (2002) EU                      Unruh (2003) EU                      Cho (2003) EU                      Hickam (2003) EU                      Sasichay (2003) UK                      Adams (2003) Canadá                      Person (2004) EU</p>
<p><i>Estrategias para fidelizar y atraer a los profesionales de enfermería: hospitales magnéticos</i></p>	<p><b>Revisión bibliográfica</b>                      Aiken (1994) EU                      Lake (2002) EU                      Kramer (2005) EU</p>
<p><i>Valores presentes en las organizaciones de salud</i></p>	<p><b>Revisión documentación</b>                      Folletos, memorias, webs</p>
<p><i>Opinión de los líderes</i>                      Comportamientos de buena práctica                      Factores que influyen                      Acciones e iniciativas a realizar</p>	<p><b>Entrevistas semiestructuradas</b>                      Líderes enfermería (20)                      Médicos (3)</p> <p><b>Grupos focales</b>                      Enfermeros, mandos (67)</p> <p><b>Cuestionario autocontestado</b>                      Directivos y líderes de enfermería (34)</p>
<p><i>Análisis del perfil de los clientes y perfil de cuidados (N = 53.487 procesos de cuidados)</i>                      Base de datos: Procesos de cuidados agregados de 17 hospitales de Cataluña acreditados en la utilización del PRN<sup>6</sup> y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública<sup>7</sup>)</p>	<p><b>Caracterización del perfil de cuidados<sup>8</sup></b>                      Talleres con directivos de enfermería y mandos (56)</p>

6. PRN: Project Research Nursing.

7. Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública es Red Hospitalaria de Utilización Pública.

8. Perfil de cuidados: Caracterización global de los cuidados que se proporcionan a un paciente o a un grupo de pacientes en un período determinado.

## 4.2 Opinión de los grupos de interés

Para identificar la opinión de los grupos de interés se utilizó la entrevista semiestructurada, la técnica de los grupos focales y un cuestionario enviado por correo electrónico. (Tabla 1)

**Tabla 1. Medios de obtención del estado de opinión y temas tratados**

### *Entrevistas semiestructuradas a líderes de enfermería*

- *Comportamientos esenciales de buena práctica*
- *Factores del entorno que interfieren*

### *Grupos focales (enfermeras y mandos)*

- *Comportamientos esenciales de buena práctica*
- *Factores del entorno que ayudan*
- *Características propias que ayudan*
- *Factores del entorno que interfieren*
- *Limitaciones propias que dificultan o impiden*

### *Entrevistas semiestructuradas (médicos)*

- *¿Qué espera de una enfermera en una unidad de hospitalización?*
- *¿Qué cree que le impide o le ayuda a hacer lo que habría que hacer?*

### *Delphi con una sola vuelta (líderes de enfermería)*

- *Iniciativas y acciones a llevar a cabo*

### *Taller (Directoras de enfermería y mandos)*

- *Caracterización de los cuidados en Cataluña y ejes de actuación*

Para hacer un primer acercamiento al tema y captar el estado de opinión que se generaba, se entrevistó a directoras de enfermería de hospitales del ICS (6), concertados (9) y privados (2); a una directora de escuela universitaria y a una profesora titular de escuela universitaria; y a la enfermera asesora del ICS. Las preguntas giraban entorno a cuál era, en su opinión, el perfil de buena práctica clínica enfermera y qué influía en la carga de trabajo de las enfermeras.

A través de las direcciones de enfermería de 65 hospitales de Cataluña se convocaron 3 grupos focales compuestos

por enfermeras, mandos intermedios de enfermería con personal a su cargo y mandos con funciones de staff (formación, desarrollo, calidad, ...) en los que participaron un total de 67 profesionales.

Con la técnica del Metaplan<sup>8</sup> se recogió la opinión en relación a cinco preguntas formuladas previamente, en la carta de citación para la sesión. (Tabla 2)

### Tabla 2. Preguntas formuladas a los tres grupos focales

1. *¿Cuáles son los comportamientos esenciales de buena práctica de las enfermeras en las unidades de hospitalización?*

---

2. *¿Cuáles son los factores del entorno (la unidad de hospitalización y el hospital) que interfieren la buena práctica enfermera, impidiendo que algunas enfermeras tengan estos comportamientos de buena práctica?*

---

3. *¿Cuáles son los factores del entorno que, si se aprovechan adecuadamente, proporcionan ventajas o beneficios que ayudan a ofrecer la atención de calidad que requieren los clientes?*

---

4. *¿Cuáles son las propias limitaciones que te impiden poder aplicar el modelo de cuidados del centro o actuar de acuerdo a los comportamientos de la buena práctica enfermera?*

---

5. *¿Cuáles son las características propias que te permiten o te ayudan a aplicar el modelo de cuidados del centro o actuar de acuerdo con los comportamientos de buena práctica enfermera?*

---

Las respuestas a cada una de las preguntas se agruparon en función de su contenido, lo que permitió establecer distintos posicionamientos. (Tabla 3)

A través de correo electrónico se pidió a las directoras de 65 hospitales de Cataluña que, a partir de los resultados de los 3 grupos focales, manifestaran su opinión sobre las iniciativas y acciones que la administración o los centros tenían que llevar a cabo. (Tabla 4)

8. Metaplan: Método para detectar ideas de forma ordenada.

**Tabla 3. Número de respuestas generadas y síntesis final, a partir del trabajo de los grupos focales**

<i>Perfil profesional</i>	<i>Buena práctica</i>	<i>Factores extrínsecos</i>		<i>Factores intrínsecos</i>		<i>Total ideas</i>
		<i>interfieren</i>	<i>ayudan</i>	<i>interfieren</i>	<i>ayudan</i>	
<i>Supervisoras con personal a cargo</i>	51	51	47	44	42	
<i>Enfermeras</i>	103	122	105	82	96	
<i>Supervisoras sin personal a cargo</i>	71	90	99	69	104	
<i>Subtotal respuestas</i>	225	263	251	195	242	
<b>NÚMERO TOTAL DE RESPUESTAS GENERADAS</b>						<b>1.176</b>
<i>1ª síntesis</i>	133	129	126	127	165	
<b>TOTAL 1ª SÍNTESIS</b>						<b>680</b>
<i>2ª síntesis</i>	64	41	109	105	55	
<b>TOTAL 2ª SÍNTESIS</b>						<b>374</b>

Una vez presentados los primeros resultados de todo el proceso a las directoras de enfermería, se organizó un cuarto grupo focal (en dos sesiones).

Este grupo, compuesto por directoras de enfermería y mandos (por delegación), tenía la finalidad de identificar de forma conjunta los principales ejes estratégicos de la demanda de cuidados enfermeros.

La identificación se realizaría a partir del análisis del perfil de cuidados en el ámbito de hospitalización, determinado a partir de 17 estudios llevados a cabo en distintos hospitales de Cataluña.

**Tabla 4. Preguntas formuladas en el cuestionario distribuido por correo electrónico a las direcciones de enfermería**

1. *¿Añadirías algún comportamiento que crees que es esencial para la buena práctica enfermera?*

---

2. *¿Qué acciones se podrían llevar a cabo desde la administración del sistema sanitario y desde los hospitales para reducir o eliminar los factores del entorno que interfieren en la buena práctica?*

---

3. *¿Qué acciones se podrían llevar a cabo desde la administración del sistema sanitario y desde los hospitales para facilitar o potenciar los factores del entorno que ayudan a dar una atención enfermera de calidad?*

---

4. *¿Qué iniciativas se podrían llevar a cabo desde la administración del sistema sanitario y desde los hospitales para ayudar o apoyar a las enfermeras ante las limitaciones que tienen para actuar de acuerdo con los criterios de buena práctica?*

---

5. *¿Qué iniciativas se podrían llevar a cabo desde la administración del sistema sanitario y desde los hospitales para fomentar y potenciar las cualidades de las enfermeras, que les ayudarían a tener comportamientos de buena práctica?*

---

### **4.3 Caracterización del perfil de cuidados**

Para medir la intensidad de los cuidados y la carga de trabajo correspondiente, en este estudio hemos utilizado el sistema PRN (*Project Research Nursing*).

#### ***Sistema de medición PRN***

El PRN es un sistema de medición de los cuidados orientado a las actividades enfermeras en pacientes hospitalizados. Utiliza una nomenclatura que contiene 8 agrupaciones de intervenciones, 99 actividades específicas y 249 acciones. Y asigna tiempos estándar de calidad a cada una de las 249 acciones.

Es un sistema de medición utilizado ampliamente en Europa y Canadá por su validez y fiabilidad. En España fue validado en el año 1991 mediante una beca del FIS.

El PRN, como nomenclatura estándar internacional de todas las intervenciones de cuidados enfermeros, atribuye a cada intervención un tiempo que representa su duración media. Para medir la intensidad de los cuidados de un paciente durante un determinado día, se identifica de forma directa el escandallo de intervenciones que requiere o que se le ofrecieron, ese día en concreto, y se traduce en unidades de tiempo.

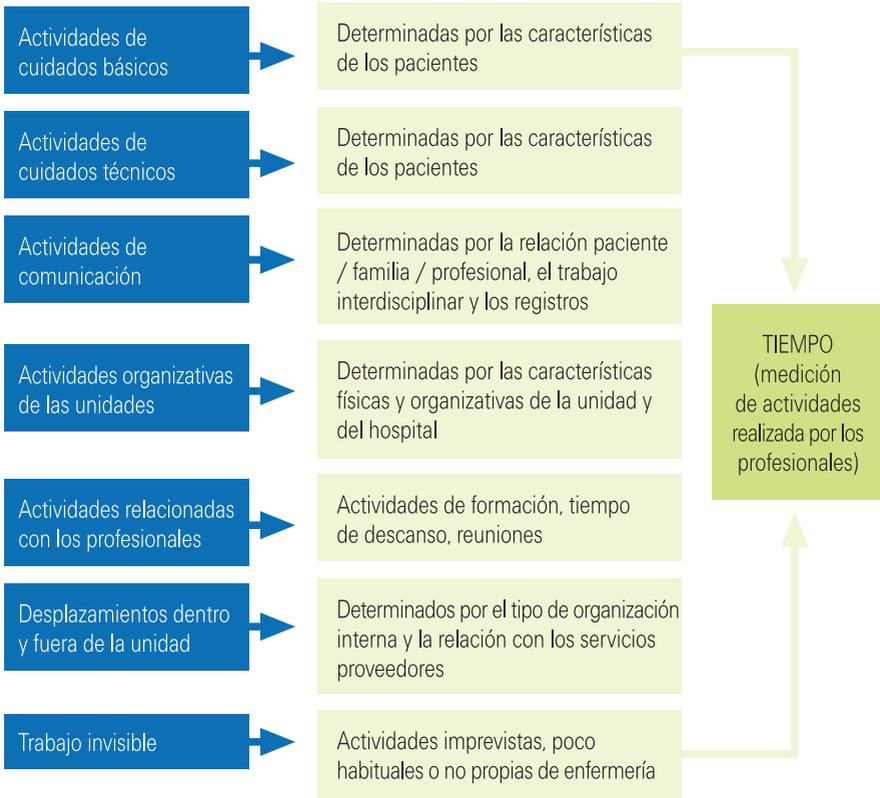
El sistema PRN desglosa las intervenciones de las enfermeras en cuatro categorías: los cuidados directos e indirectos, la transmisión de la información con relación al paciente, las actividades administrativas vinculadas a la organización de las unidades de hospitalización y las actividades no productivas. (Gráficos 1 y 2)

**Gráfico 1. Módulos de actividad según el PRN. El sistema PRN mide la demanda global de cuidados enfermeros a través de tres módulos de actividades**

**Carga de trabajo / Demanda global**



**Gráfico 2. Desglose de las intervenciones de las enfermeras**



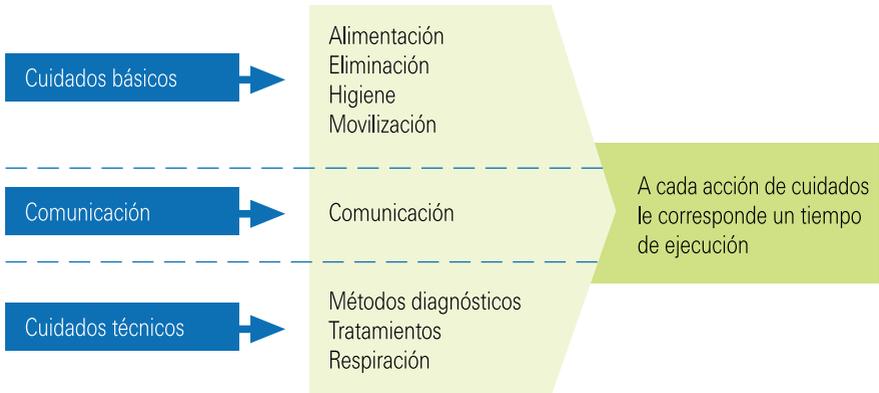
Con relación a los cuidados directos e indirectos, los segmenta en función de su tipología, en 8 agrupaciones de intervenciones de cuidados (higiene, alimentación, eliminación, movilización, comunicación, respiración, métodos diagnósticos y tratamientos). (Gráfico 3)

Quando hablamos de perfil de cuidados nos referimos al perfil de cuidados técnicos, —que integra las intervenciones

### Gráfico 3. Cuidados directos e indirectos (CDI)

#### A partir de una nomenclatura con:

- 249 servicios
- 99 necesidades específicas
- 8 agrupaciones de actividades orientadas al modelo conceptual



enfermeras de respiración, métodos diagnósticos y tratamientos—, al perfil de cuidados básicos, —que integra las intervenciones enfermeras de higiene, alimentación, eliminación y movilización—, y a los cuidados relacionados con la comunicación al paciente.

#### Descripción de la base de datos

Antares Consulting dispone de una base de datos de 17 hospitales de Cataluña que están acreditados en la utilización del PRN, y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública). De estos 17 hospitales, 8 pertenecen al ICS (Institut Català de la Salut).

Para facilitar el análisis, los 17 hospitales se han agrupado en cuatro grupos en función del número de camas y la

cartera de servicios. La información se ha tratado siempre de forma agregada para asegurar la confidencialidad de la misma. (Tabla 5)

*Principales limitaciones del estudio*

Dado que no siempre se ha dispuesto de períodos continuados para realizar los estudios PRN en los hospitales, no ha sido posible hacer un estudio de tendencias en el global de la base de datos.

**Tabla 5. Distribución de los 17 hospitales por grupos y cartera de servicios**

<i>Grupo</i>	<i>Hospitales</i>	<i>Camas</i>	<i>Procesos de cuidados</i>	<i>Áreas de cuidados</i>
<i>Grupo I</i>	<i>4 hospitales</i>	<i>348</i>	<i>2.439</i>	<i>Médicos - Quirúrgicos - Materno-infantil</i>
<i>Grupo II</i>	<i>2 hospitales</i>	<i>443</i>	<i>3.344</i>	<i>Médicos - Quirúrgicos - Materno-infantil - Cuidados intensivos</i>
<i>Grupo III</i>	<i>6 hospitales</i>	<i>2.374</i>	<i>17.043</i>	<i>Médicos - Quirúrgicos - Materno-infantil - Cuidados intensivos - Psiquiatría</i>
<i>Grupo IV</i>	<i>5 hospitales</i>	<i>4.519</i>	<i>30.671</i>	<i>Médicos - Quirúrgicos - Materno-infantil - Cuidados intensivos - Psiquiatría</i>
<i>Total</i>	<i>17 hospitales</i>	<i>7.684</i>	<i>53.487</i>	

## 5. Contexto actual

***Incremento de la demanda de los servicios de salud***

Las características que definen el contexto actual vienen marcadas por un incremento de la demanda de los servicios de salud, derivado de los cambios demográficos (envejecimiento de la población y flujos migratorios principalmente), por el incremento de enfermedades crónicas, por la aparición de nuevas patologías, por dilemas ante las diferencias culturales y por un ciudadano que cada día está más informado, tanto de la diversidad de servicios como de sus derechos y, por tanto, sus exigencias de calidad son, también, más fundamentadas.

***Ciudadano cada día más informado***

Esto comporta una voluntad política de contención de los costes dentro del sistema sanitario y se adoptan estrategias encaminadas a controlar el gasto, mejorar la gestión y asegurar la calidad, que incluye la búsqueda de la eficiencia en el uso de las camas a partir de la cirugía mayor ambulatoria, las intervenciones dirigidas a reducir las estancias y los ingresos innecesarios, la agilización de las pruebas diagnósticas intrahospitalarias, la creación de dispositivos para reducir las estancias hospitalarias (unidades de acogida de pacientes, unidades de tránsito o de alta, unidades de diagnóstico rápido, ...) entre otros.

***Estrategias para mejorar la gestión y asegurar la calidad***

El conjunto de factores citados tiene un gran impacto en las áreas de hospitalización y de forma muy significativa en la función de "cuidar", que en definitiva es su razón de ser.

***Las enfermeras representan el 25% de los gastos totales de los hospitales***

Las enfermeras representan una cuarta parte (aproximadamente el 25%) de los gastos totales de los hospitales y son las responsables directas de la asistencia de más de 735.000 personas al año<sup>9</sup>.

***Este entorno requiere enfermeras competentes***

En este entorno se requiere, de las enfermeras, competencias técnicas de alto nivel, máxima rapidez, capacidad de

---

9. Actividad asistencial de la red sanitaria de Cataluña (2005). Servei Català de la Salut.

análisis, intuición, habilidades pedagógicas y relacionales, visión interdisciplinar y una atención a la familia y al entorno del paciente<sup>10</sup>.

***Las enfermeras se encuentran ante el dilema que supone querer ofrecer unos cuidados excelentes y no tener el tiempo suficiente para llevarlos a cabo***

Para que las enfermeras puedan dar este tipo de atención se tienen que cumplir algunas premisas. Una es que tengan tiempo. Cuando las enfermeras están sometidas a una fuerte presión asistencial, tienen que priorizar lo que tienen que hacer, y muchas veces son las tareas delegadas las que priorizan, y dejan de lado una parte importante de su contribución específica. La prioridad desde la perspectiva del cuidar requiere elaborar estrategias que les permitan: seguir colaborando en las acciones que sea necesario, “encontrar” el tiempo para hacer las actividades que son de su exclusiva responsabilidad y delegar actividades que pueden y tendrían que hacer otros profesionales y que se alejan del objetivo central de la profesión enfermera; y esto consume tiempo.

Por otro lado, las enfermeras muchas veces se encuentran ante el dilema que supone querer ofrecer unos cuidados excelentes y no tener el tiempo suficiente para llevarlos a cabo y que además el entorno, en lugar de ayudar a hacer más ligera su tarea, presenta una serie de impedimentos que obstaculizan su trabajo.

***Esta presión y la desorganización comportan no tener tiempo para reflexionar y emitir un juicio profesional***

Esta presión y la desorganización comportan no tener tiempo para reflexionar y emitir un juicio profesional, llevan también a hacer tareas fragmentadas que pueden conducir a prácticas de rutina para asegurar que se hace toda la actividad delegada y sistemática, y no permiten responder a la complejidad de las situaciones que se producen en el entorno hospitalario.

Asimismo, cabe destacar que las políticas de flexibilidad y precariedad laboral son un factor que dificulta la integración de las enfermeras en las organizaciones, ya que éstas terminan sien-

---

10. Montserrat Teixidor. “Humanització i gestió dins de l'exercici de la direcció des de la perspectiva de tenir cura”. X Aniversari del Màster en Administració i Gestió de Cures Infermeres. 2005. p. 55.

***Las políticas de flexibilidad y precariedad laboral son un factor que dificulta la integración de las enfermeras***

***Cansancio significativo de las enfermeras en las áreas de hospitalización***

***Si la dotación de enfermeras no es la adecuada a las necesidades de los pacientes, las direcciones de enfermería corren el riesgo de no poder asegurar la calidad y que las enfermeras claudiquen en situaciones de frustración y burnout***

do una carga más para las personas que trabajan habitualmente en las unidades de hospitalización donde están asignadas.

Ante este contexto las enfermeras se encuentran atrapadas en un conflicto de intereses, por un lado querer desarrollar una práctica adaptada a los factores del entorno y al marco conceptual de la profesión, y por el otro tener una alta carga de trabajo que se lo impide. Esta situación genera cansancio y desinterés, que es más significativo en la modalidad asistencial de la hospitalización.

La distancia entre los recursos disponibles y la demanda comporta tener que priorizar y provoca limitaciones en el momento de adecuar las dotaciones de enfermeras en las unidades de hospitalización. Por ejemplo, cuando se incrementa la actividad en el quirófano todo el mundo entiende que, para un quirófano abierto, se requiere como mínimo a dos enfermeras, sin tener presente, muchas veces, el impacto que tiene sobre la unidad de reanimación y sobre las unidades de hospitalización.

Por todo esto, se hace necesario evidenciar el producto enfermero. Muchas veces la tarea propia de enfermería no se ve dentro de la organización y sólo quien recibe los cuidados enfermeros aprecia su intervención en términos de relación y confort, pero esta contribución en muchas ocasiones queda diluida en el objeto principal de su estancia en el hospital (Ejemplo: Un paciente que ingresa por una intervención quirúrgica).

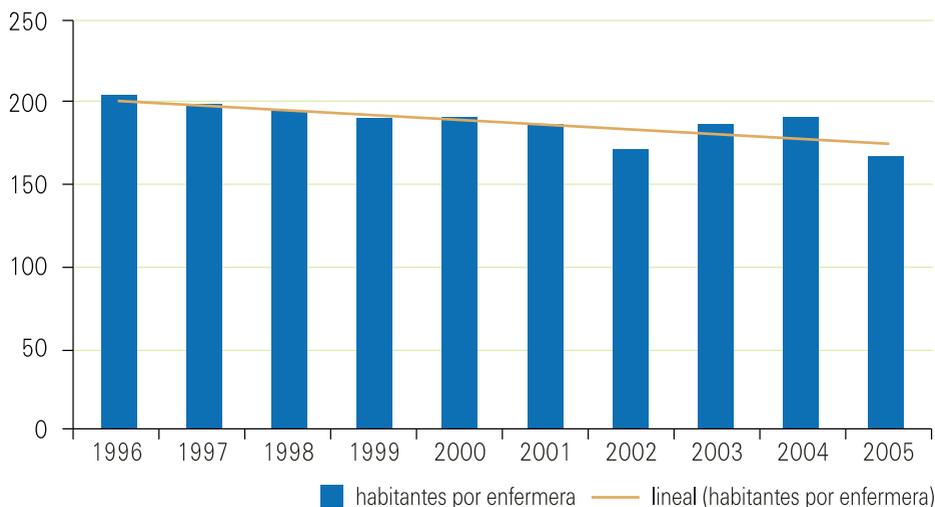
En este contexto las direcciones de enfermería tienen los retos difíciles de asegurar unos cuidados enfermeros de calidad de acuerdo con las políticas y los modelos de cuidados institucionales y de potenciar el papel de las enfermeras dentro de los equipos multidisciplinares. Cuando los hospitales tienen una buena dotación de enfermería y sistemas organizativos ágiles, requieren de líderes capaces de aplicar sistemas de gestión eficientes y de acompañar y motivar a las enfermeras para poder garantizar unos cuidados excelentes. Pero, si la dotación de enfermeras no es la adecuada a las necesidades de los pacientes, las direcciones de enfermería corren el

riesgo de no poder asegurar la calidad y que las enfermeras claudiquen en situaciones de frustración y burnout.

**En Cataluña, la tasa de enfermeras por cada 100.000 habitantes está un 30% por debajo de la tasa europea**

Actualmente, en Cataluña hay 37.332 enfermeras colegiadas no jubiladas<sup>11</sup>. A pesar de que en los 10 últimos años se ha reducido el número de habitantes por enfermera en un 16,83% (de 202 a 168)<sup>12</sup> (gráfico 4), Cataluña está por debajo de la tasa europea en un 30%. Europa tiene una tasa de 843 enfermeras por cada 100.000 habitantes<sup>13</sup> y en Cataluña la tasa es de 591<sup>14</sup>.

**Gráfico 4. Tasa de habitantes por enfermera en Cataluña**



Fuente: IDESCAT 2005.

11. Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya a 31 de diciembre de 2005.

12. IDESCAT 2005.

13. Estudio Consejo de Colegios de Enfermería de España 2005.

14. INE 2006. Datos correspondientes al 2005.

***En poco tiempo nos podemos encontrar con una penuria importante de enfermeras comparable a la que tienen otros países europeos que se ven obligados a importar enfermeras***

Asimismo, según pone de manifiesto un estudio del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, en 15 años se jubilará casi una cuarta parte de las enfermeras que hay actualmente en la provincia de Barcelona, y en los últimos años ha habido un éxodo continuado, aunque poco significativo, de enfermeras hacia el Reino Unido, Francia e Italia principalmente.

La coincidencia de un futuro déficit de enfermeras se ve agravada por la baja dotación que tienen las unidades de hospitalización en Cataluña, que está por debajo de lo que sería deseable para ofrecer una atención de calidad, que asegure el bienestar y el confort de los pacientes y unas condiciones de vida laboral aceptables.

Si, como es de esperar, este déficit se quiere compensar, habrá un déficit de enfermeras para hacerlo.

Si no se pone remedio, en poco tiempo nos podemos encontrar en una situación difícil y comparable a la que tienen otros países europeos que se ven obligados a importar enfermeras.

## 6. Valores predominantes en los hospitales de Cataluña

### ***Los comportamientos de las personas están guiados por los valores***

Entendiendo que valor es aquello que guía el comportamiento de las personas, se analizaron cuáles eran los valores predominantes que se declaraban a partir de la definición de los propios valores, la visión, la misión, la planificación estratégica, los objetivos, ... en los distintos hospitales de Cataluña. Este análisis se hizo a partir de la revisión de las webs de algunos hospitales, memorias anuales y la información obtenida en las entrevistas con las 17 directoras de enfermería.

La intención era relacionar los valores destilados con las conclusiones y propuestas que surgieran de este proyecto, con la finalidad de validarlas. Previamente definimos que aceptaríamos aquellas conclusiones y propuestas alineadas con más de uno de los valores detectados.

Los valores que manifiestan las organizaciones hospitalarias son:

### ***Orientación al paciente***

- Respeto a los derechos y a la dignidad de la persona. Trato humano, personalizado y acogedor. Cuidar de la calidad de vida y el bienestar de las personas. Hospitalidad y proximidad.

### ***Desarrollo:***

#### ***• Crecimiento personal y profesional***

- Desarrollo, entendido como crecimiento profesional dentro de una organización que fomenta y facilita el aprendizaje y da oportunidad de promoción.
- Desarrollo, también desde la perspectiva personal de aprendizaje y crecimiento profesional.

#### ***• Innovación***

- Desarrollo, entendido como transformación de la organización para adaptarse a los nuevos retos, ya sea la adaptación de la estructura organizativa, como la física y el equipo.

- **Equipo**
  - Trabajo en equipo, entendido como un grupo de personas que tienen una finalidad o meta común. Esto demanda la participación y la implicación de todos los miembros en la consecución de una meta compartida.
  - Trabajar en equipo quiere decir hacerlo de forma cohesionada y con procesos comunicativos fluidos entre los miembros.
- **Compromiso**
  - Compromiso, actitud honesta, transparente y respetuosa hacia las personas, la comunidad y el medio ambiente. Es la implicación y la coherencia con las personas hacia el sistema sanitario. Responsabilidad.
- **Calidad**
  - Mejora continuada, eficacia y eficiencia en todas las actuaciones con responsabilidad, autoridad y capacitación técnica.
- **Profesionalidad**
  - Profesionalidad, entendida como experiencia, especialización (conocimiento y práctica de alta calidad). Autonomía profesional y responsabilidad.

## 7. Impacto de la dotación de enfermeras sobre los resultados de salud

***La calidad de la atención de enfermería que se presta está determinada por múltiples factores***

La calidad de la atención de enfermería que se presta está determinada por múltiples factores: el modelo de cuidados adoptado por la institución, el sistema organizativo que rodea a los cuidados, la competencia de las enfermeras y el personal de apoyo, los recursos materiales y de infraestructura disponibles para llevar a cabo los cuidados enfermeros, la metodología de trabajo (registros, protocolización, gestión de cuidados, ...), y también la dotación de enfermeras.

***Los hospitales que tienen una carga de trabajo de enfermería elevada, tienden a tener índices altos de resultados de salud negativos o adversos para los pacientes ingresados***

Según la bibliografía revisada, los hospitales que tienen una carga de trabajo de enfermería elevada, tienden a tener índices altos de resultados de salud negativos o adversos para los pacientes ingresados (neumonías, *shock*, parada cardiaca, infecciones urinarias, fracasos en la resucitación, ...) <sup>15</sup>.

También la composición de la plantilla tiene relación con los resultados de salud, un mayor nivel de formación se relaciona con la disminución de los efectos adversos estudiados.

Asimismo una presión asistencial elevada influye también en la propia salud de las enfermeras, favoreciendo la aparición de síntomas propios de estrés profesional y una baja satisfacción laboral <sup>16</sup>.

***Un mayor nivel de calificación profesional se relaciona con la disminución de los efectos adversos estudiados***

Por otro lado, un mayor número de pacientes por enfermera está asociado con organizaciones más jerárquicas y a estándares de práctica más bajos, mientras que si disminuye la ratio de paciente por enfermera se encuentran organizaciones más descentralizadas e incrementa la percepción de trabajo interdisciplinar.

---

15. Stanton MW, Rutheford MK. "Hospital nurse staffing and quality care". Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. Research in action. [14]. 2004. AHRQ Pub. Ref Type: Generic.

16. American Hospital Association CoWfHaHS. "In our hands: how hospital leaders can build a thriving workforce". 2002. Ref Type: Report.

### **Revisión bibliográfica**

Se hizo una búsqueda de la literatura científica publicada en los últimos 15 años a través de las bases de datos MEDLINE, CINAHL, CUIDEN y CUIDATGE.

Después de consultar los tesauros se utilizaron los descriptores "Nursing staff", "hospital/supply distribution", "personal management", "Staff nursing", "nurse - patient ratio", "nursing staff hospital" (en inglés), "cargas de trabajo" (en castellano) y "càrrega de treball" (en catalán).

### **Plantilla de enfermeras hospitalarias y resultados de salud sensibles a los cuidados enfermeros**

Según *Needelman et al*<sup>17</sup>, los resultados de salud sensibles a los cuidados enfermeros se pueden definir como "cualquier variación en el estado, condición o percepción de los pacientes o familiares de los que se tiene cuidado, susceptible de intervención de enfermería".

Algunos de estos resultados de salud podrían ser las infecciones del tracto urinario, la neumonía, el *shock*, la larga duración de la estancia, el fracaso de resucitación, la mortalidad hospitalaria, etc. Lógicamente, estos resultados de salud representan un importante indicador de calidad de los cuidados que se ofrecen en los hospitales.

Un gran número de investigaciones ha utilizado estos indicadores para evaluar los efectos que la carga de trabajo de las enfermeras tiene sobre la salud de las personas a las que ofrecen su atención. Puede ser que una de las razones para esta elección sea el fácil acceso a esta información a través de las historias clínicas. Como vemos, estas investigaciones encuentran una relación estrecha entre las ratios altas pacientes - enfermera y la aparición de resultados de salud adversos para los pacientes.

***Efectos que la carga de trabajo de las enfermeras tiene sobre la salud de las personas a las que ofrecen su atención***

***Estas investigaciones encuentran una relación estrecha entre las ratios altas pacientes - enfermera con la aparición de resultados de salud adversos para los pacientes***

---

17. Needelman J, Buerhaus P, Mattke S. Nurse-staffing levels and patient outcomes in hospital. Final report for Health Resources and Services Administration. Harvard School of Public Health, editor. 230-99-0021. 2001. Boston, MA. Ref Type: Report.

**Por cada hora y media más de cuidados enfermeros se reducía en más de un 4% la aparición de neumonía**

En efecto, *Kovner et al*<sup>18</sup> en 1998, en una muestra estratificada de hospitales de los EEUU compuesta por 589 hospitales, encontró una relación estadísticamente significativa entre la ratio pacientes - enfermera y la aparición de infección urinaria y de neumonía durante la estancia hospitalaria.

**Por cada paciente adicional, aumenta en un 7% el riesgo de sufrir un fracaso en la resucitación después de una intervención quirúrgica**

Concretamente concluyeron que por cada hora y media más de cuidados enfermeros se reducía en más de un 4% la aparición de neumonía. También encontraron una relación estadísticamente significativa en el mismo sentido con la aparición de trombosis y con el compromiso pulmonar después de una cirugía mayor.

En 2002, *Aiken et al*<sup>19</sup>, a partir de un estudio de 168 hospitales, que supuso el análisis de las historias clínicas de 232.342 pacientes atendidos por 10.184 enfermeras, encontró que, por cada paciente adicional del que tiene cuidado una enfermera, aumenta en un 7% el riesgo de sufrir un fracaso en la resucitación después de una intervención quirúrgica.

**Un elevado número de horas de cuidados enfermeros se asocia con una baja incidencia de complicaciones**

En otro estudio, llevado a cabo por *Needelman et al*<sup>20</sup>, se examinó la relación entre el número de enfermeras en los hospitales y las tasas de complicaciones o muerte en los pacientes. Este estudio se realizó con los datos administrativos de 799 hospitales de 11 estados (5.075.969 altas de pacientes médicos y 1.104.659 pacientes quirúrgicos) y encontró que, en pacientes médicos, se asocia un elevado número de horas de cuidados enfermeros con baja incidencia de infecciones del tracto urinario, con baja incidencia de sangrados gastrointestinales, baja incidencia de neumonías, de paros cardíacos y con baja incidencia de fracaso en la resucitación. Estas reducciones se encuentran entre el 4 y el 12% según el resultado de salud examinado.

- 
18. Kovner C, Gergen PJ. Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S hospitals. *Journal of nursing scholarship* 1998; 30(4):315-321.
  19. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JF. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *Jama* 2002; 288(16):1987-1993.
  20. Needelman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-Staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med* 2002; 346(22):1715-1722.

Asimismo, en pacientes quirúrgicos, una alta dotación de enfermeras está asociada a una reducción de infecciones urinarias y de recaídas en la resucitación entre un 4 y un 6%. No hay significación en las tasas de mortalidad hospitalaria.

**Incremento de la incidencia de efectos adversos debido a la reducción de enfermeras diplomadas en relación al total de personal de enfermería**

**Un incremento del 10% de enfermeras diplomadas se relaciona con el descenso del 1,5% de colapsos pulmonares, un 3% de caídas y un 1% de infecciones del tracto urinario**

**Más horas de enfermería, está asociado a la menor aparición de úlceras por presión**

Unruh<sup>21</sup>, en 2003, publicó un estudio cuyo objetivo era examinar los cambios en las plantillas de enfermeras diplomadas en relación al total de personal de enfermería en hospitales de Pensilvania, desde 1991 hasta 1997, y evaluó la relación de esta composición de las plantillas con la aparición de efectos adversos en pacientes de estos 211 hospitales. En estos 8 años, la ratio enfermeras diplomadas - total personal de enfermería se redujo y se encontró un incremento de la incidencia, de casi todos los efectos adversos estudiados en los hospitales, relacionado con el descenso proporcional de enfermeras diplomadas. Por ejemplo, un incremento del 10% de enfermeras diplomadas se relaciona con el descenso del 1,5% de colapsos pulmonares, un 2% de úlceras por presión, un 3% de caídas y un 1% de infecciones del tracto urinario.

Según los resultados obtenidos por Cho *et al*<sup>22</sup>, en un estudio realizado en 132 hospitales y 124.204 pacientes quirúrgicos, por cada hora más de cuidados enfermeros por paciente disminuye un 8,9% el riesgo de sufrir una neumonía. Asimismo, un 10% más en la proporción de enfermeras tituladas se asocia con una disminución del 9,5% del riesgo de padecer una neumonía. Proporcionar más horas de trabajo de enfermería por día, está asociado a la menor aparición de úlceras por presión.

Sólo un estudio de los revisados no encuentra una influencia consistente entre el incremento de las plantillas de enfermeras y las complicaciones hospitalarias. Este estudio, hecho

21. Unruh L. Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals. *Med Care* 2003; 41(1):142-152.

22. Cho SH, Ketefan S, Smith DG, Barkauskas VH. The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. *Nursing Research* 2003; 52(2):71-79.

por *Mark et al*<sup>23</sup>, toma como variable independiente el número de enfermeras en plantilla.

### **Podemos asociar la mortalidad hospitalaria con la carga de trabajo de enfermería**

***Cada paciente quirúrgico adicional por enfermera se asocia con un 7% de incremento de posibilidades de morir***

Algunos de los estudios que estamos analizando no han podido demostrar consistentemente una relación entre la carga de trabajo de enfermería y la mortalidad hospitalaria<sup>24,25</sup>, aunque hay otros que sí lo han hecho.

En efecto, *Aiken et al*<sup>26</sup> encontraron que cada paciente quirúrgico adicional por enfermera se asocia con un 7% de incremento de posibilidades de morir dentro de los 30 días siguientes al ingreso. Según los resultados de estos autores, en 168 hospitales analizados con una ratio pacientes - enfermera de entre 4:1 y 8:1, murieron dentro de los 30 días después del ingreso 4.535 pacientes de 232.342. Si la ratio hubiera sido por debajo de 4:1, podrían haber muerto menos de 4.000 pacientes, y si la ratio hubiera sido por encima de 8:1, habrían muerto más de 5.000 pacientes.

En un estudio realizado en un hospital tailandés por *Sasichay et al*<sup>27</sup>, encontraron que por cada paciente de más por enfermera, ajustado por otras variables relacionadas con la carga de trabajo, el riesgo de mortalidad hospitalaria aumentaba 3,6 veces. Para realizar este estudio se utilizaron datos de 2.531 pacientes ingresados en 7 unidades médicas y 10 unidades quirúrgicas de un hospital universitario de 2.300 camas en 1999.

---

23. Mark BA, Harless DW, McCue M, Xu Y. A longitudinal examination of hospital registered nurse staffing and quality of care. *Health Services Research* 2004; 39(2):279-300.

24. Needelman J et al. "Nurse-Staffing levels..." op. cit.

25. Hickam DH, Severance S, Feldstein A, et al. The effect of health care working conditions on patient safety. Evidence report/technology assessment number 74. Agency for health research and quality Publication 3-E301. 2003. Ref Type: Serial (Book, Monograph).

26. Aiken LH et al. "Hospital Nurse Staffing..." op. cit.

27. Sasichay T, Scalzi CC, Jaward AF. The relationship between nurse staffing and patient outcome. *J Nurs Adm* 2003; 33(9):478-485.

**Un 10% de incremento en la proporción de enfermeras de alto nivel de formación disminuye un 5% las probabilidades de morir de los pacientes**

**El aumento en la plantilla de enfermeras está relacionado con una disminución significativa de la mortalidad**

En otro estudio, hecho también por *Aiken et al*<sup>28</sup>, en el que utilizó como variable independiente el grado de formación de las enfermeras (en Estados Unidos hay distintos niveles de formación para ser enfermera, [consulten el comentario que sobre este artículo se hizo en *Enfermería Clínica*<sup>29</sup>]), después de ajustar por características de los pacientes y de los hospitales, un 10% de incremento en la proporción de enfermeras de alto nivel de formación disminuye un 5% las probabilidades de morir de los pacientes dentro de los 30 días después del ingreso.

En 2004, *Mark et al*<sup>30</sup> publicaron un estudio longitudinal realizado en 422 hospitales de Estados Unidos, desde 1990 hasta 1995, para examinar las relaciones entre el dimensionado de las plantillas de enfermeras y la calidad de los cuidados enfermeros. Asimismo, *Person et al*<sup>31</sup>, hicieron un estudio con una población compuesta por los pacientes ingresados (118.940) por infarto agudo de miocardio en 6.668 hospitales de Estados Unidos. Ambos estudios concluyen que el aumento en la plantilla de enfermeras está relacionado con una disminución significativa de la mortalidad.

- 
28. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 2003; 290(12):1617-1623.
  29. Segovia C, Navalpotro S. Artículo comentado: Nivel educativo de las enfermeras de hospital y Mortalidad de pacientes quirúrgicos. *Enf Clin* 2005; 15(2):103-105.
  30. Mark BA, Harless DW, McCue M, Xu Y. A longitudinal examination of hospital registered nurse staffing and quality of care. *Health Services Research* 2004; 39(2):279-300.
  31. Person SD, Allison JJ, Kiefe CI, Weaver MT, Williams OD, Centor RM et al. Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Med Care* 2004; 42(1):4-12.

*La organización y la gestión de los cuidados  
está condicionada por el dimensionado de la plantilla*

Uno de los objetivos del estudio de *Needelman et al*<sup>32</sup> fue comprobar cómo afectaba el dimensionado de la plantilla de enfermeras en la duración de la estancia hospitalaria.

Comprobaron que, midiendo la carga de trabajo por horas de cuidados por paciente y día, al pasar del percentil 25 al 75, la duración de la estancia hospitalaria disminuía un 5,2%. La población de este estudio estaba compuesta por 5.075.969 altas hospitalarias de pacientes médicos.

Además de estudiar los posibles efectos que la dotación de enfermeras tiene sobre los resultados de salud o la mortalidad intrahospitalaria, *Cho et al*<sup>33</sup> cuantificaron el coste que estos procesos ocasionaban al sistema sanitario.

Como hemos visto, son muchos los estudios que demuestran que un incorrecto dimensionado de las plantillas de enfermeras produce alargamiento en la estancia de los pacientes a causa de resultados adversos de salud, lo que aumenta los costes.

Por ejemplo, en el estudio de *Cho et al*<sup>33</sup>, se comprueba que la aparición de una neumonía durante la estancia hospitalaria está asociada a un incremento del 75% del tiempo de estancia hospitalaria (5,2 días más que sin neumonía), un 220% más de probabilidades de morir en el hospital (5,6% de los pacientes con neumonía ante 2,5% de los pacientes sin neumonía) y un incremento del 84% del coste (22.860 dólares más con neumonía).

En un estudio publicado en el año 2003 en el Reino Unido<sup>34</sup>, con el objetivo de explorar las relaciones entre los re-

---

32. Needelman J et al. "Nurse-staffing levels..." op. cit.

33. Cho SH et al. "The effects of nurse..." op. cit.

34. Adams A, Bond S. "Staffing in acute hospital wards: part 1. The relationship between number of nurses and ward organizational environment. *Journal of Nursing Management* 2003; 11(5): 287-292.

***El número de enfermeras está asociado a una variación en los procesos de cuidados***

cursos de plantillas de enfermeras, la organización de los servicios y la percepción de éstas sobre las condiciones del servicio, *Adams et all* estudiaron 100 servicios de hospitales de agudos y 825 enfermeras, y encontraron que el número de enfermeras está asociado, no sólo al sistema de organización del servicio, sino también a una variación en los procesos de cuidados.

***Tener más pacientes por enfermera está asociado a una organización y una actitud jerárquicas, en la oferta de servicios y a estándares bajos de práctica enfermera***

Tener más pacientes por enfermera está asociado a una organización y una actitud jerárquicas, en la oferta de servicios y a estándares bajos de práctica enfermera.

Un bajo número de pacientes por enfermera está asociado a una organización descentralizada de las estructuras pero no con altos estándares de práctica enfermera.

También encontraron una asociación positiva entre una ratio pacientes - enfermera baja y la percepción de las enfermeras que había una buena colaboración multidisciplinar, que ellas mismas tenían una mayor habilidad para hacer frente a las sobrecargas de trabajo y una mayor satisfacción laboral.

***El aumento de la ratio pacientes – enfermera tiene incidencia sobre el funcionamiento del hospital (menos efectivo)***

A partir de la reestructuración en profundidad de un hospital en Canadá, *Burke*<sup>35</sup> examina, entre otras cosas, los cambios producidos en la ratio pacientes - enfermera y su influencia en la percepción del funcionamiento del hospital. Los datos se obtuvieron de 744 enfermeras del hospital a través de un cuestionario.

Al 53% de las enfermeras les aumentó la carga de trabajo. Generalmente, éstas, a las que se aumentó la ratio pacientes - enfermera, informan de un funcionamiento menos efectivo del hospital. Esto incluye, entre otras cosas, la percepción de que aumentan los errores médicos, disminuye la calidad de los cuidados y la coordinación de los servicios es peor.

---

35. Burke RJ. Hospital restructuring, workload, and nursing staff satisfaction and work experiences. *Health Care Manag* 2003; 22(2): 99-107.

### *Carga de trabajo enfermero y satisfacción laboral*

Los estudios citados anteriormente han documentado la conexión que hay entre los niveles bajos de plantilla de enfermeras y el incremento de la incidencia de los efectos adversos.

***Con cada paciente adicional por enfermera hay un incremento del 23% del nivel de burnout y un 15% del de insatisfacción laboral***

Como complemento de estos estudios, algunos de los autores revisados también se preocuparon por los efectos que una mayor o menor carga asistencial podrían tener sobre la propia salud de las enfermeras, sobre todo en la aparición de burnout e insatisfacción laboral. Entre estos trabajos podemos citar el de *Aiken et al*<sup>36</sup>, en el que encontraron que, de las 10.184 enfermeras encuestadas, que trabajaban en los 168 hospitales estudiados, el 43% tenían una alta puntuación en burnout y el 42% estaban insatisfechas con su trabajo. Además, cada paciente adicional por enfermera se asocia a un 23% de aumento del síndrome de burnout y a un 15% de aumento de la insatisfacción en el trabajo.

De la misma manera, *Adams et al*<sup>37</sup> (100 servicios de hospitales de agudos y 825 enfermeras) encontraron una asociación positiva y estadísticamente significativa entre la ratio pacientes - enfermera y la capacidad de las enfermeras para hacer frente a la carga de trabajo, la satisfacción laboral y la colaboración con otros profesionales de la salud.

***Las enfermeras a las que les había aumentado la carga de trabajo presentaban una mayor insatisfacción laboral, mayor deseo de abandonar la profesión y peor salud psicológica***

Por último, *Burke*<sup>38</sup> en el estudio realizado con 744 enfermeras que experimentaron una reestructuración hospitalaria en Ontario, Canadá, estudió como el hecho de aumentar, disminuir o mantenerse igual la ratio pacientes - enfermera influía, entre otros aspectos, en la satisfacción y el absentismo laborales, los deseos de abandonar la profesión enfermera y la salud psicológica. Encontraron que las enfermeras

---

36. Aiken LH et al. "Hospital Nurse Staffing..." op. cit.

37. Adams A et al. "Staffing in acute..." op. cit.

38. Burke RJ. "Hospital restructuring..." op. cit.

a las que se les había aumentado la carga de trabajo presentaban una mayor insatisfacción laboral, mayor deseo de abandonar la profesión y peor salud psicológica. Este cambio de carga de trabajo no tuvo efectos sobre el absentismo laboral.

## 8. Estrategias para fidelizar y atraer a las enfermeras

***Los hospitales magnéticos atraen y retienen de manera constante a las enfermeras***

El fenómeno de los hospitales magnéticos también es un tema a considerar en relación a la dotación. El calificativo de magnético lo otorga la American Nurses Credentialing Center (ANCC) a aquellas organizaciones sanitarias que atraen y retienen de manera constante a las enfermeras y que proporcionan unos cuidados enfermeros excelentes a sus pacientes.

El término magnético está ligado a la fuerza que tenían algunos hospitales de Estados Unidos de atraer a enfermeras profesionales a principios de los años 80, cuando había una falta de enfermeras muy importante<sup>39-44</sup>.

***Enfermeras satisfechas con su trabajo***

El American Nurses Credentialing Center (ANCC) es una sección de la American Academy of Nursing (AAN) que desde 1980 reconoce a los hospitales, otorgando la calificación de MAGNÉTICO, en base a 97 criterios. La calificación de magnético se otorga a las organizaciones sanitarias que atraen y retienen, de manera constante, a las enfermeras y que proporcionan unos cuidados excelentes a sus clientes. Actualmente hay 206 hospitales de Estados Unidos que tienen este reconocimiento.

***Bajo índice de vacantes sin cubrir***

Un entorno de trabajo es considerado magnético cuando se encuentran presentes algunas características que las en-

- 
39. Aiken LH, Smith H & Lake ET. Lower Medicare Mortality Among a Set Hospitals known for Good Nursing Care. *Medical Care* 1994; 32(8): 771-787.
  40. Lake ET. Development of practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*. 2002; 25: 176-188.
  41. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos (Parte I). *Nursing*; 2005; 23 (3): 8-13.
  42. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos (Parte II). *Nursing*; 2005; 23 (4): 15-19.
  43. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos (Parte III). *Nursing*; 2005; 23 (5): 14-17.
  44. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos (Parte IV). *Nursing*; 2005; 23 (6): 21-25.



***Enfermeras competentes en la práctica clínica***

fermeras consideran importantes para estar satisfechas con su trabajo y, además, distintos aspectos que conducen a la calidad de los cuidados enfermeros.

Algunos de los criterios para seleccionar a los hospitales magnéticos:

- Son hospitales donde las propias enfermeras consideran que se realiza una buena práctica enfermera
- Tienen habilidad para captar y retener a enfermeras y hay un bajo índice de rotación de personal hacia otras instituciones
- Bajo índice de vacantes sin cubrir
- Hospitales dentro de un entorno competitivo
- Y que el hospital en cuestión no sea la única fuente de ocupación para las enfermeras de la región

***Apoyo a la formación***

Un estudio hecho con enfermeras de la plantilla de 14 hospitales magnéticos identificó 8 atributos esenciales respecto a la calidad de cuidados:

***Se valora la preocupación por el paciente***

- Medidas de apoyo a la formación
- Trabajo con otras enfermeras competentes en la práctica clínica
- Relaciones enfermera - médico positivas
- Práctica enfermera autónoma
- Una cultura que valora la preocupación por el paciente
- El control de la práctica profesional enfermera
- La percepción de una plantilla adecuada
- El apoyo de la dirección de enfermería

***Percepción de una plantilla adecuada***

***Apoyo de la dirección***

Características que se observan en los hospitales magnéticos:

***Relaciones enfermera - médico positivas***

- **Satisfacción** personal y profesional de las enfermeras
- **El estatus** de la enfermera dentro de la organización (representada en la estructura formal de la organización)
- La **captación y la retención** de enfermeras
- La **autonomía y el control sobre su práctica** dentro de las áreas de su competencia
- La **descentralización de la toma de decisiones**
- Control sobre el medio de trabajo de las propias enfermeras

***Autonomía y control sobre la práctica enfermera***

*Limitación del número de enfermeras acabadas de graduar*

*Liderazgo clínico de las enfermeras*

*Flexibilidad de horarios*

*Participación de las enfermeras en la gestión*

*Trabajando como un equipo ofrecen resultados más seguros para los clientes*

*Estándares de calidad*

*Apoyo a la excelencia*

*Atención a la diversidad cultural y étnica*

*Oportunidades de acceso a la información, a los recursos y lugares de trabajo más creativos*

- Percepción de dotación adecuada
- Limitación del número de enfermeras acabadas de graduar
- Mecanismos que aseguren la relación entre médicos y enfermeras
- El liderazgo clínico de las enfermeras promueve la responsabilidad y la continuidad de los cuidados
- Hay una cultura de la importancia de la enfermera dentro del conjunto de la organización y en sus metas
- La flexibilidad de horarios
- Participación de las enfermeras en la gestión
- Equipos de trabajo multidisciplinar con médicos y otros profesionales: Las personas trabajando como un equipo ofrecen resultados más seguros para los clientes
- Adhesión a los estándares de calidad para mejorar la atención al cliente
- Liderazgo que apoya la excelencia en la práctica clínica
- Atención a la diversidad cultural y étnica del paciente y la familia, tanto como proveedores dentro de una red asistencial como dentro de las asociaciones profesionales
- Oportunidades a las enfermeras para que muestren su pericia
- Las oportunidades de acceso a la información, a los recursos y lugares de trabajo más creativos permiten atraer a cuidadoras competentes

## 9. Ratio pacientes - enfermera

Para comparar la dotación de enfermeras en presencia física entre dos unidades de hospitalización, a menudo se utiliza la ratio pacientes - enfermera, que nos dice el número de pacientes que tiene asignados una enfermera. Así pues, podemos hablar de 10 pacientes por enfermera o de 15 pacientes por enfermera y muchas veces se representa por 10:1 o 15:1 respectivamente.

La ratio nos dice lo que hay o se cree que habría que haber, pero no lo que es necesario sobre la base de las necesidades de los pacientes.

Es una cifra que, a grandes números, puede ser útil, pero es un dato bruto. Sirve para ver si un hospital o una unidad de hospitalización tiene más recursos enfermeros que otro, pero para poder comparar de verdad tendríamos que saber el perfil de cuidados de los pacientes que hay en cada una de estas unidades.

Hay una gran variabilidad entre la intensidad de cuidados de un paciente a otro, según su edad, el tipo de proceso que sufre y el día de estancia del proceso. Esta gran variabilidad dificulta ajustar la dotación a las necesidades sea cual sea el sistema que utilizemos.

Todavía no existe ningún instrumento que nos asegure que recoge todas las actividades que hace una enfermera, siempre se ajustará más si decidimos qué dotación de presencia física se atribuye sobre la base de las actividades que lleva a cabo la enfermera para dar respuesta a las necesidades de los pacientes.

Aun así, a pesar de todas estas consideraciones previas, y atendiendo a que a menudo en distintos forums se hace referencia a la ratio, hemos hecho una búsqueda dirigida a conocer cuáles son más recomendadas. Donde hemos

***Hay una gran variabilidad entre la intensidad de cuidados de un paciente a otro***

***Esta gran variabilidad dificulta ajustar la dotación a las necesidades***

encontrado un mayor número de trabajos relacionados con la ratio pacientes - enfermera es en publicaciones del estado de California. Distintas asociaciones californianas han hecho recomendaciones de ratio pacientes - enfermera (Tabla 6), por iniciativa del Departamento de Servicios de Salud de California, que hizo un estudio (Tabla 7) sobre la dotación real en las unidades de hospitalización de los hospitales californianos.

Se observa que las asociaciones de profesionales (CNA, SEIU y UNAC) dan unas ratios muy inferiores a las que propone la CHA<sup>45</sup>.

***La composición del personal de enfermería en California es muy distinto de la de Cataluña y esto invalida la importación de esta ratio***

Hay que destacar que la composición del personal es muy distinta de la de Cataluña. Además de las enfermeras profesionales, hay terapeutas respiratorios, perfusionistas, etc., y en nuestro entorno todo lo asumen la enfermera y la auxiliar. Esto invalida la importación de estas ratios.

***En nuestro entorno las cifras son considerablemente distintas***

En nuestro entorno las cifras son considerablemente distintas. A continuación se presenta, en la tabla 8 y en los gráficos 5 y 6, la ratio camas - enfermera por turno (no se dispone de la ocupación, por eso hacemos referencia a cama en lugar de paciente) de 54 unidades de hospitalización correspondientes a 52 hospitales de Cataluña.

Los datos han sido obtenidos a partir de la declaración de una enfermera o mando de distintos hospitales. Se les pidió que dijeran, de la unidad donde trabajaban, cuántas camas tenía y cuántas enfermeras había habitualmente de presencia física para cada turno entre lunes y viernes.

---

45. CNA (California Nurses Association); SEIU (Service Employees International Union); UNAC (United Nurses Associations of California); CHA (California Healthcare Association).

**Tabla 6. Pacientes por enfermera propuestos por distintas asociaciones californianas<sup>1</sup>**

Tipo de unidad	CNA	SEIU	UNAC	CHA
Cuidados intensivos	2	2	2	2
Quemados	2	2	2	2
Neonatología	2	2	2	2
Pre-parto y parto	1	2	2	2
Post-parto	5	3	3	4
Nursería	5	6	6	8
Post-anestesia	2	2	2	8
Urgencias	3	3	3	6
Pediatría	3	3	3	6
Terminales	3	3	3	6
Cuidados especiales	3		3	
Telemetría	3	3	3	10
Medicina / cirugía	3	4	4	10
Oncología			4	10
Subagudos / convalecientes	4	5	5	12
Psiquiatría	4	2-5	5	12

CNA (California Nurses Association); SEIU (Service Employees International Union); UNAC (United Nurses Associations of California); CHA (California Healthcare Association)<sup>2</sup>

1. [www.dhs.ca.gov/Inc/pubnotice/NTPR/R-37-01\\_FSOR.pdf](http://www.dhs.ca.gov/Inc/pubnotice/NTPR/R-37-01_FSOR.pdf)

2. La CNA hizo un panel con 25 de sus enfermeras miembros y a partir del análisis de los GRD de 500 pacientes aportaron esta propuesta. La SEIU representa a 100.000 trabajadores (enfermeras) de distintos hospitales de California, que crearon un comité para cada hospital compuesto por 6-10 enfermeras que proponían la ratio a partir de cómo estaban trabajando. La UNAC es una asociación que agrupa a 10.000 enfermeras del sur de California. La CHA es una asociación de líderes de enfermería. En enero de 2002, a partir de estas propuestas y del estudio hecho por el CDHS, el gobernador de California anunció la Nurse Workforce Initiative, dotada de 60 millones de dólares, para hacer frente a la precariedad de personal.

**Tabla 7. Pacientes por enfermera según tipo de unidad (valores estimados para todos los hospitales y unidades). Estudio hecho por el CDHS (California Department of Health Services)<sup>1,2</sup>**

Tipo de unidad	Número de hospitales	Número de unidades	Pacientes por enfermera						
			5%il <sup>3</sup>	10%il	25%il	Mediana	75%il	90%il	95%il
Dilatación y parto	39	39	0.55	0.56	0.86	1	1.33	1.8	2
Post-parto	37	1650	2	2.67	4	5.07	6.38	7.67	8.67
Combinado (dilatación, parto y post-parto)	13	499	0.67	1	1.5	2.25	3.17	4	4.5
Cuidados paliativos	20	780	1.6	2	2.33	2.83	3.4	4	4
Telemetría	21	956	2.56	2.83	3.71	4.5	5.6	6.8	8.25
Medicina	14	726	3.17	3.71	4.4	5	5.8	7	8
Cirugía	21	920	2.44	2.89	3.6	4.57	5.67	7.33	8.5
Combinado (medicina y cirugía)	40	1781	3	3.5	4.3	5.14	6	7.5	8
Urgencias	71	71	0	0.33	0.5	1	1.6	2	2.86
Pediatría	31	1320	1	1.5	2.5	3.4	4.5	5.5	6
Oncología	13	550	2.5	2.91	3.75	4.5	5.33	6.2	7.5
Psiquiatría (hospitales de agudos)	20	979	2	2.5	3.5	4.5	6	11	15
Subagudos o convalecientes	8	343	3.67	4.4	5.5	7.25	10.75	13.33	15
Post-anestesia	68	68	0	0	0	0.8	1.82	2.5	3.43
Mixta	47	2040	1	1.67	3.67	5	6	7.5	8

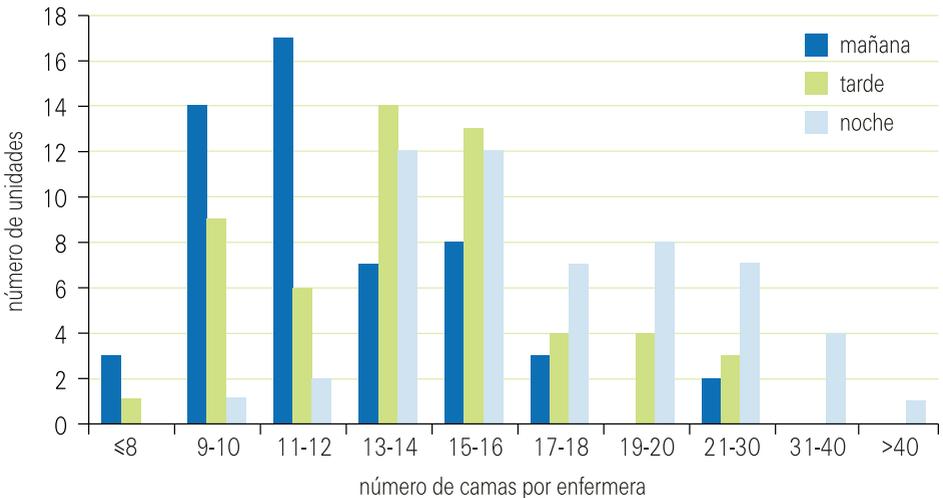
1. Esta estimación está basada en el número de enfermeras real en el momento de hacer el estudio y en el número real de camas o cunas ocupadas.

2. [www.dhs.ca.gov/Inc/pubnotice/NTPR/R-37-01\\_FSOR.pdf](http://www.dhs.ca.gov/Inc/pubnotice/NTPR/R-37-01_FSOR.pdf)

3. %il: Percentil. Medida estadística de posición. La mediana es el percentil 50. Por ejemplo: el percentil de orden 25 significa que deja por debajo el 25% de las observaciones y por encima queda el 75%.

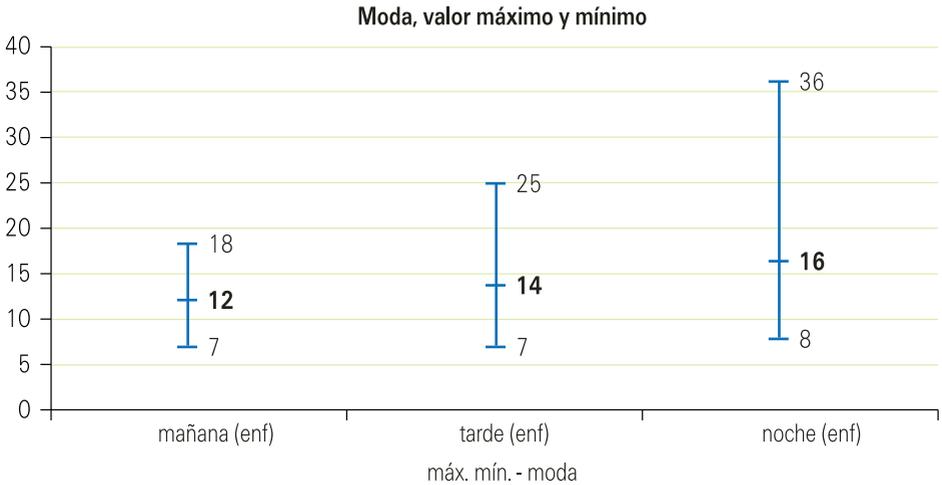
**Tabla 8. Ratio camas - enfermera en 54 unidades de hospitalización de agudos de Cataluña**

Ratio camas - enfermera	Número de unidades por turno		
	Mañana	Tarde	Noche
≤8	3	1	0
9-10	14	9	1
11-12	17	6	2
13-14	7	14	12
15-16	8	13	12
17-18	3	4	7
19-20		4	8
21-30	2	3	7
31-40			4
>41			1

**Gráfico 5. Número de unidades según el número de camas por enfermera y turno**

Fuente: Elaboración propia a partir de la declaración de las enfermeras de los grupos focales convocados por el Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya (junio 2005).

**Gráfico 6. Valor máximo, moda y mínimo de la ratio pacientes - enfermería observado en cada turno**



Fuente: *Elaboración propia a partir de la declaración de las enfermeras de los grupos focales convocados por el Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya (junio 2005).*

La ratio camas por enfermera por la mañana oscila entre 7 y 18 (siendo 12 camas por enfermera la moda), por la tarde entre 7 y 25 (siendo 14 camas por enfermera la moda), y por la noche entre 8 y 36 (siendo 16 camas por enfermera la moda).

## 10. Caracterización del perfil de cuidados en el ámbito de la hospitalización de agudos en Cataluña

***Se necesitan criterios y herramientas de gestión para planificar la atención en las unidades de hospitalización de agudos***

***El perfil de cuidados es la caracterización global de los cuidados que se proporcionan a un paciente o a un grupo de pacientes en un período determinado***

***Enfoques:***

- ***La influencia de la dinámica del hospital eficiente***
- ***El perfil de cuidados***

Los criterios para evaluar las necesidades de enfermeras en las unidades de hospitalización han cambiado, tenemos nuevos requerimientos. Se necesitan criterios y herramientas de gestión para planificar la atención en las unidades de hospitalización de agudos, en una organización de los cuidados orientada al paciente y basada en los procesos. Estos criterios se tienen que construir según cada paciente y sus necesidades reales de cuidados, integrando también las expectativas de los profesionales responsables de su atención.

El apartado de “La caracterización del perfil de cuidados en las unidades de hospitalización de agudos en Cataluña” describe las claves para evaluar las necesidades de enfermeras en las unidades de hospitalización.

Entendemos por perfil de cuidados la caracterización global de los cuidados que se proporcionan a un paciente o a un grupo de pacientes en un período determinado.

Para evaluar las necesidades de enfermeras en las unidades de hospitalización hemos determinado 7 enfoques que cabe considerar. De estos enfoques, los hay vinculados a factores de entorno, otros al perfil del paciente y otros a la propia dinámica de la actividad de cuidados y la organización del trabajo en las unidades de hospitalización.

¿Cuáles son los enfoques?

1. La influencia de la dinámica del hospital eficiente en la gestión y la organización de los cuidados.
2. El perfil de cuidados:
  - Diferencias entre hospitales
  - Cambios de tendencia en el tiempo
  - Especificaciones por especialidad médica



- *El perfil del paciente*
- *La organización temporal de los cuidados*
- *El nivel de dotación de los equipos de enfermería*
- *El nivel de adecuación de los cuidados*
- *La experiencia de las enfermeras*

3. El perfil del paciente:
  - El escenario actual de envejecimiento de la población
  - El aumento de la población inmigrante, un perfil de paciente multicultural
4. La organización temporal de los cuidados: Por días de la semana y franjas horarias
5. El nivel de dotación de los equipos de enfermería
6. El nivel de adecuación de los cuidados
7. Experiencia de los profesionales

El perímetro del presente análisis se centra en la actividad de hospitalización de agudos y no hemos incluido la actividad en las unidades de atención al paciente crítico.

Para facilitar la lectura del documento expresamos los enfoques en forma de pregunta. La concreción de cada uno de los enfoques se presenta en forma de constatación y se acompaña de elementos de análisis cuantificados. El documento incorpora un total de 29 constataciones.

### **10.1 ¿Cómo influye la dinámica del hospital eficiente en la gestión y la organización de los cuidados?**

Los esfuerzos para la mejora de la eficiencia tienen como objetivo la resolución del proceso de hospitalización en menos días de estancia, con criterios de calidad y coste.

La estancia media de los procesos de hospitalización en Cataluña ha disminuido en 5 años, 1 día (de 6,2 días a 5,2 días)<sup>46</sup> y en 10 años casi 3 días.

En buena parte de los hospitales de Cataluña se ha reconvertido la actividad de la modalidad asistencial de hospitalización en la modalidad de atención ambulatoria (atención en hospitales de día, cirugía sin ingreso, etc.).

---

46. Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya. 2005. Servicio Catalán de la Salud. 2006.

No obstante, el número de procesos o contactos de hospitalización ha aumentado en estos 5 años un 26%, 736.493 procesos el año 2005<sup>47</sup> ante 583.432 el año 2000<sup>48</sup>.

## Constataciones

***La estancia parcial, entendida como aquella estancia hospitalaria con un tiempo inferior a 24 horas de la ocupación de una cama, se sitúa por encima del 40% en la mayoría de hospitales***

1. La rotación de los pacientes aumenta de forma significativa, y las unidades de hospitalización tienen que responder a diario a un “tráfico” de casi la mitad de sus pacientes. La estancia parcial, entendida como aquella estancia hospitalaria con un tiempo inferior a 24 horas de la ocupación de una cama (proceso de cuidados < a 24 horas motivado por un ingreso, una alta, un traslado, un cambio de cama, un exitus, ...), se sitúa por encima del 40% en la mayoría de hospitales, indiferentemente de la complejidad del centro. Además esta rotación es mucho más importante en las unidades con actividad quirúrgica. (Gráficos 7 y 8)

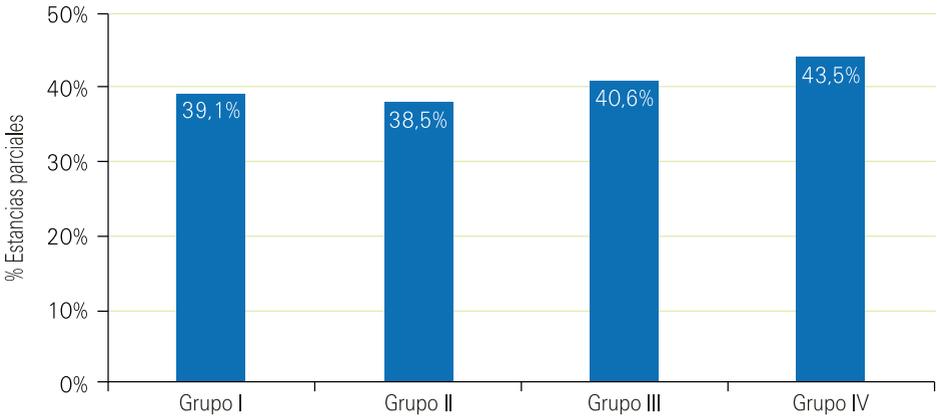
***La carga de trabajo de la enfermera relacionado con el tiempo no asistencial representa aproximadamente el 12% del total del tiempo del profesional***

2. La carga de trabajo de la enfermera relacionado con el tiempo no asistencial representa aproximadamente el 12% del total del tiempo del profesional. La enfermera, con la misma disponibilidad de tiempo, tiene más pacientes a su cargo, y el tiempo de actividades organizativas aumenta. Por cada paciente, se despliegan un conjunto de actividades inherentes a los procesos de acogida, de diagnóstico, terapéuticos y de alta, que no siempre evolucionan organizativamente de forma fluida y pivotan sobre su enfermera. (Gráfico 9)

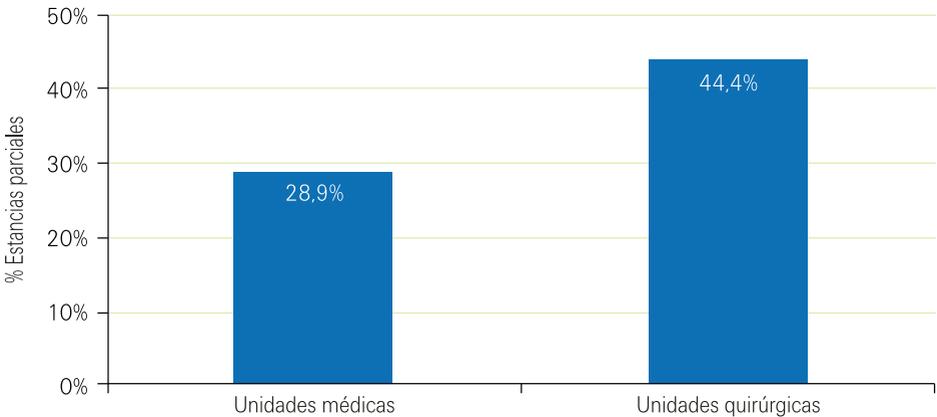
47. Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya. 2005. Servei Català de la Salut. 2006.

48. Memòria d'activitat 2000. La xarxa sanitària d'utilització pública. Servei Català de la Salut. 2001.

**Gráfico 7. Distribución porcentual de las estancias parciales<sup>1</sup> por grupos de hospitales<sup>2</sup>**



**Gráfico 8. Distribución porcentual de las estancias parciales<sup>1</sup> por tipo de unidades de hospitalización<sup>3</sup>**



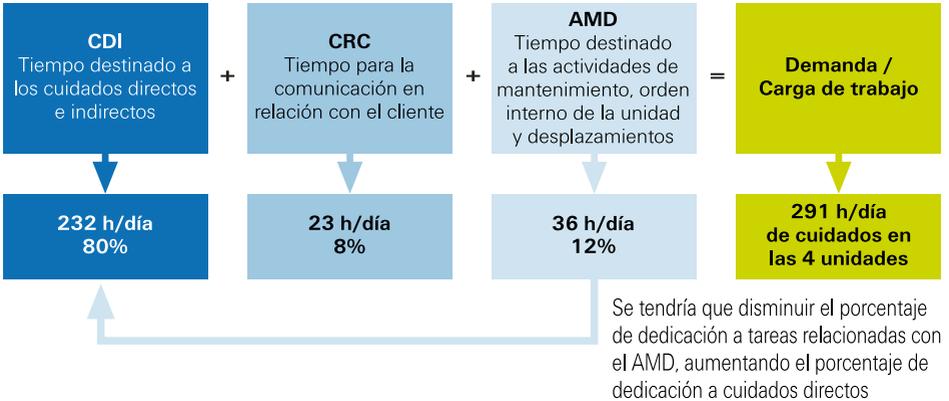
1. Estancia parcial: Estancia en una unidad de hospitalización que genere ocupación de una cama con un tiempo inferior a 24 h.
2. Grupos de hospitales: Grupo I, Hospitales generales básicos con materno-infantil; Grupo II, Hospitales generales básicos con materno-infantil y unidades de críticos; Grupo III, Hospitales generales con especialidades de referencia; Grupo IV, Hospitales de referencia regional y nacional.
3. Tipos de unidades de hospitalización: unidades médicas, unidades de hospitalización de servicios con especialidad médica; unidades quirúrgicas, unidades de hospitalización de servicios con especialidad quirúrgica.

Fuente: Procesos de cuidados agregados de 17 hospitales de Cataluña acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

**Gráfico 9. Distribución de la actividad en un hospital del Grupo I**

En global, en un hospital del Grupo I se ofrecen directamente 291 horas de cuidados, de los que el 80% son cuidados directos

- La demanda global de actividad es el resultado de sumar los tres módulos del sistema PRN.

**Actividad de cuidados de un día**

## 10.2 ¿Qué perfil de cuidados ofrecemos a nuestros pacientes?

Las prácticas profesionales médicas y enfermeras cambian constantemente. Por otro lado, el proceso de hospitalización, con el objetivo de ser más resolutivo, intensifica los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y tiene una duración media de días mucho inferior.

En este contexto, los cuidados enfermeros se intensifican y a la vez se tecnifican en parte debido a elementos relacionados con el perfil del paciente que se describen en el apartado 10.3, y que se traducen en un aumento en todos los tipos de cuidados, con un impacto relevante en la carga global.

El análisis del perfil de cuidados se hace a partir de la identificación de las intervenciones de cuidados y el tiempo que se destina por paciente y por proceso.

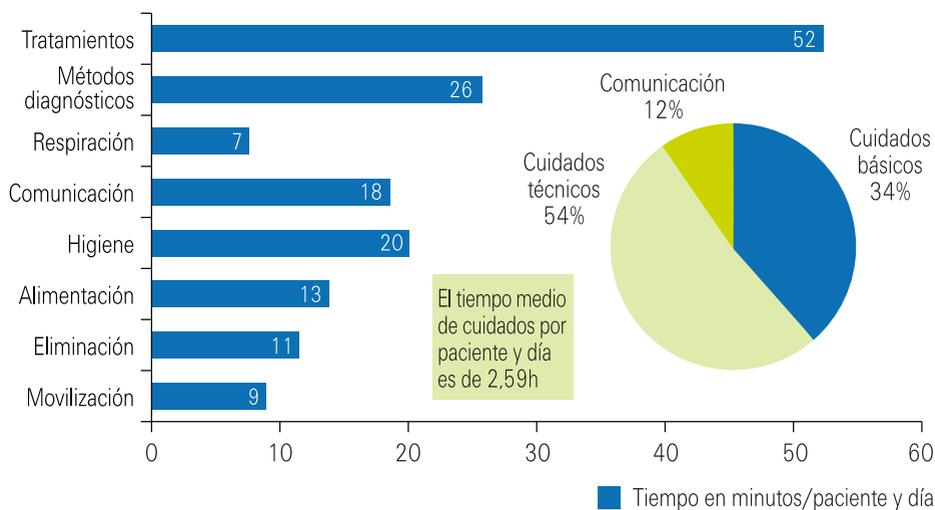
*El análisis del perfil de cuidados se hace a partir de la identificación de las intervenciones de cuidados y el tiempo que se destina por paciente y por proceso*

## Constataciones

**Las enfermeras destinan entre el 75 y el 80% del tiempo de su jornada a la realización de cuidados directos e indirectos a los pacientes**

1. Cada día, en el conjunto de hospitales con función pública de Cataluña, las enfermeras destinan entre el 75 y el 80% del tiempo de su jornada a la realización de cuidados directos e indirectos a los pacientes.
2. La duración de cuidados se clasifica en intervalos de tiempo, situándose la media en 156 minutos por paciente y día (2,59 horas de actividad total). (Gráfico 10) Más de la mitad de este tiempo ofrecemos cuidados técnicos (aquellos vinculados a las intervenciones relacionadas con la respiración, las pruebas y exploraciones diagnósti-

**Gráfico 10. Distribución del tiempo medio de cuidados por tipo de intervención de cuidados<sup>4</sup> en los hospitales estudiados**



4. Tipos de intervención de cuidados: Se ha aplicado la nomenclatura del sistema PRN. El sistema desagrega los cuidados directos e indirectos en función de 8 tipos de intervención, higiene, alimentación, eliminación, movilización, comunicación, respiración e intervenciones relacionadas en los métodos diagnósticos y los tratamientos. Cuidados básicos: Agrupa las intervenciones de higiene, alimentación, eliminación y movilización. Cuidados técnicos: Agrupa las intervenciones de respiración, métodos diagnósticos y tratamientos. Cuidados de comunicación: Agrupa los cuidados relacionados con la comunicación con el paciente.

Fuente: Procesos de cuidados agregados de 17 hospitales de Cataluña acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

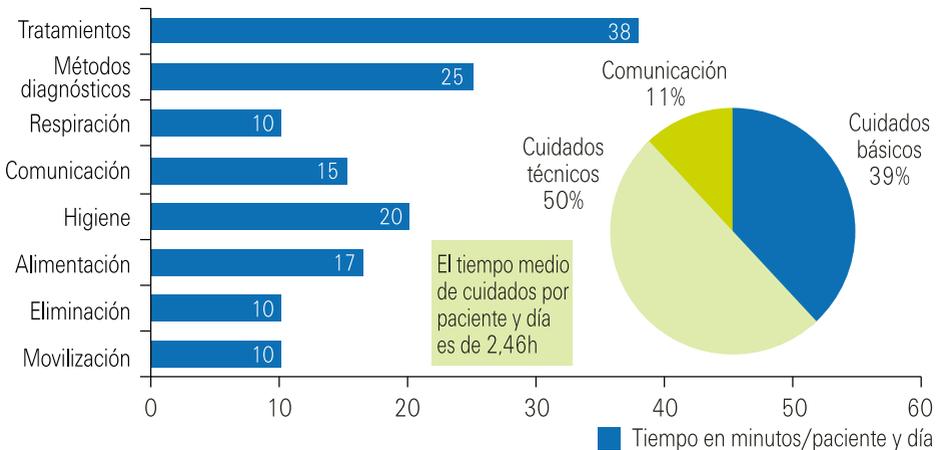
**Más de la mitad de este tiempo ofrecemos cuidados técnicos, a los cuidados básicos destinamos un tercio del tiempo**

**Las actividades vinculadas a los tratamientos representan un 41% del tiempo en las unidades quirúrgicas y un 26% en las médicas**

cas, y las intervenciones relacionadas con los tratamientos). A los cuidados básicos destinamos un tercio del tiempo (intervenciones relacionadas con la higiene, la eliminación, la alimentación y la movilización) y un 12% del tiempo ofrecemos intervenciones relacionadas con la comunicación.

3. El perfil de cuidados en las unidades de actividad fundamentalmente dedicada a la atención de procesos quirúrgicos es sensiblemente distinto (tienen más peso los cuidados técnicos) del de las unidades dedicadas a la atención de procesos médicos.
4. Sólo las actividades vinculadas a los tratamientos representan un 41% del tiempo en las unidades quirúrgicas y un 26% en las unidades médicas. (Gráficos 11 y 12)

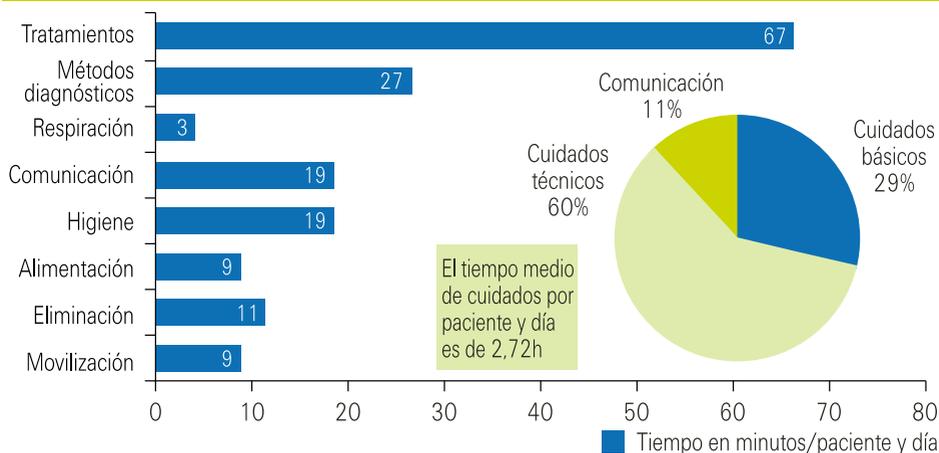
**Gráfico 11. Distribución del tiempo medio de cuidados por tipo de intervención<sup>4</sup> en unidades médicas<sup>3</sup>**



3. Tipos de unidades de hospitalización: unidades médicas son unidades de hospitalización de servicios con especialidad médica; unidades quirúrgicas son unidades de hospitalización de servicios con especialidad quirúrgica.
4. Tipos de intervención de cuidados: Se ha aplicado la nomenclatura del sistema PRN. El sistema desagrega los cuidados directos e indirectos en función de 8 tipos de intervención, higiene, alimentación, eliminación, movilización, comunicación, respiración e intervenciones relacionadas en los métodos diagnósticos y los tratamientos. Cuidados básicos: Agrupa las intervenciones de higiene, alimentación, eliminación y movilización. Cuidados técnicos: Agrupa las intervenciones de respiración, métodos diagnósticos y tratamientos. Cuidados de comunicación: Agrupa los cuidados relacionados con la comunicación con el paciente.

Fuente: Procesos de cuidados agregados de 17 hospitales de Cataluña acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública).

**Gráfico 12. Distribución del tiempo medio de cuidados por tipo de intervención<sup>4</sup> en unidades quirúrgicas<sup>3</sup>**



3. Tipos de unidades de hospitalización: unidades médicas son unidades de hospitalización de servicios con especialidad médica; unidades quirúrgicas son unidades de hospitalización de servicios con especialidad quirúrgica.

4. Tipos de intervención de cuidados: Se ha aplicado la nomenclatura del sistema PRN. El sistema desagrega los cuidados directos e indirectos en función de 8 tipos de intervención, higiene, alimentación, eliminación, movilización, comunicación, respiración e intervenciones relacionadas en los métodos diagnósticos y los tratamientos. Cuidados básicos: Agrupa las intervenciones de higiene, alimentación, eliminación y movilización. Cuidados técnicos: Agrupa las intervenciones de respiración, métodos diagnósticos y tratamientos. Cuidados de comunicación: Agrupa los cuidados relacionados con la comunicación con el paciente.

Fuente: Procesos de cuidados agregados de 17 hospitales de Cataluña acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

### 10.2.1 ¿Hay diferencia entre hospitales?

#### Constataciones

#### **Los hospitales estudiados presentan un perfil de cuidados similar**

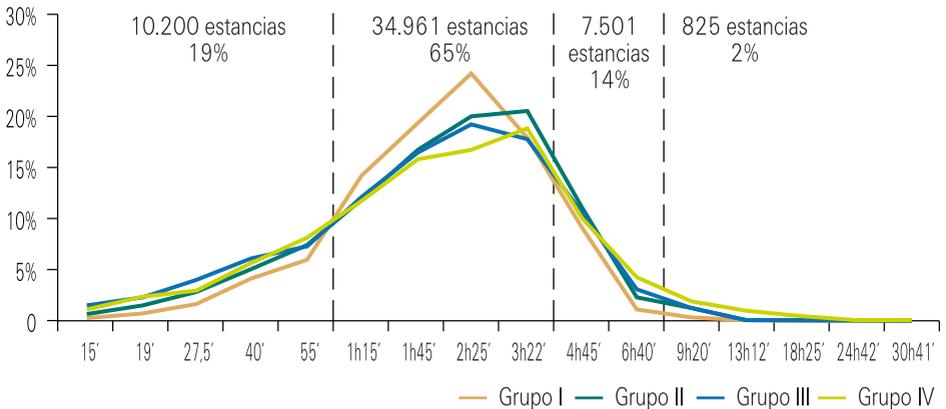
1. Los hospitales estudiados presentan un perfil de cuidados similar (case-mix de cuidados), distinguiendo 4 grandes segmentos. Un 19% de los pacientes recibe un perfil de cuidados de menos de 1 hora por paciente y día, que se corresponden a aquellos cuidados del día del ingreso o del alta del paciente. Más de un 60% de los pacientes reciben un perfil de cuidados de entre 1 y 3 horas. Un tercer segmento de pacientes recibe entre 4 horas 45 minutos y 6 horas 40 minutos. Y un cuarto segmento

**Los hospitales con más complejidad presentan una ligera tendencia a un aumento del tiempo de cuidados por paciente**

recibe más de 9 horas 20 minutos. Dado que estamos estudiando el perfil de cuidados en las unidades de hospitalización convencional (no críticos), objetivamos que 2 de cada 10 pacientes reciben un perfil de cuidados susceptible de ser atendidos en unidades de atención al paciente semicrítico o de cuidados intermedios.

2. A medida que nos acercamos al grupo de hospitales con más complejidad, observamos una ligera tendencia a un aumento del tiempo de cuidados por paciente. (Gráfico 13)

**Gráfico 13. Distribución porcentual de las estancias totales por tiempo medio de cuidados por grupo de hospitales<sup>2</sup>**



2. Grupos de hospitales: Grupo I, Hospitales generales básicos con materno-infantil; Grupo II, Hospitales generales básicos con materno-infantil y unidades de críticos; Grupo III, Hospitales generales con especialidades de referencia; Grupo IV, Hospitales de referencia regional y nacional.

Fuente: Procesos de cuidados agregados de 17 hospitales de Cataluña acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

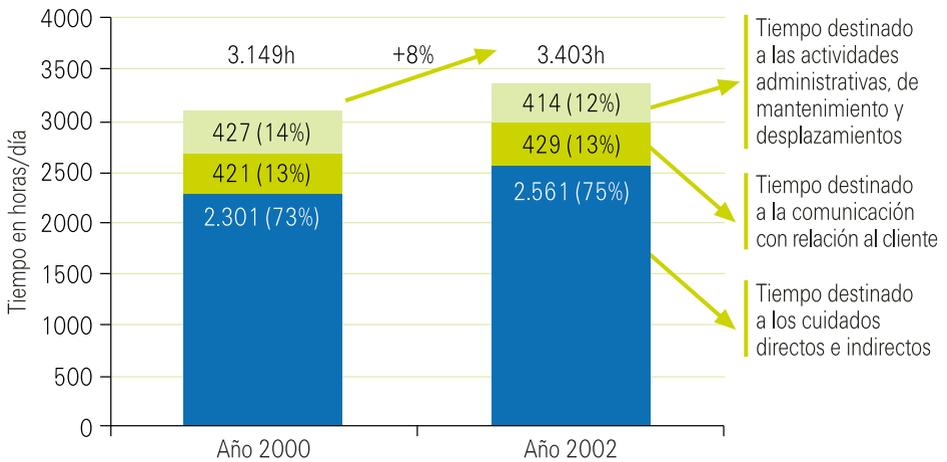
### 10.2.2 Este perfil, ¿presenta cambios de tendencia en el tiempo?

#### Constataciones

**En un período de 2 años consecutivos se observa un incremento relativo global de la intensidad de cuidados de un 8%**

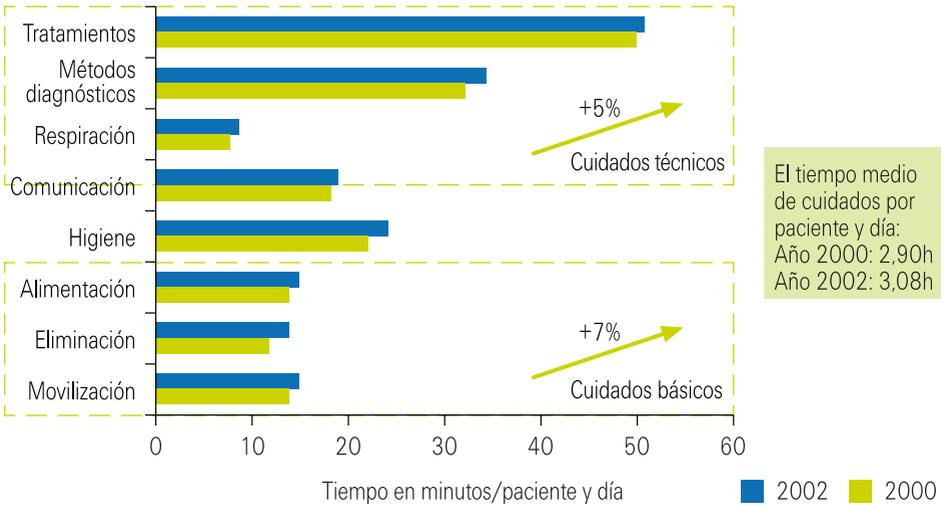
1. En un estudio transversal realizado en un hospital del Grupo IV, comparando 2 períodos, año 2000 y año 2002, se observa un incremento global de la carga de cuidado de un 8%. (Gráfico 14)
2. El incremento observado está fundamentalmente en los cuidados directos e indirectos, de forma similar en los cuidados técnicos y en los básicos. (Gráfico 15)

**Gráfico 14. Demanda de actividad global, en horas, de un hospital del Grupo IV<sup>2</sup> en un período de 2 años**



2. Grupos de hospitales: Grupo I, Hospitales generales básicos con materno-infantil; Grupo II, Hospitales generales básicos con materno-infantil y unidades de críticos; Grupo III, Hospitales generales con especialidades de referencia; Grupo IV, Hospitales de referencia regional y nacional.

Fuente: Procesos de cuidados agregados de 17 hospitales de Cataluña acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

**Gráfico 15. Evolución del perfil de cuidados<sup>6</sup> en un hospital del Grupo IV<sup>2</sup> en un período de 2 años**

6. Perfil de cuidados: Caracterización global de los cuidados que se proporcionan a un paciente o a un grupo de pacientes en un período determinado.

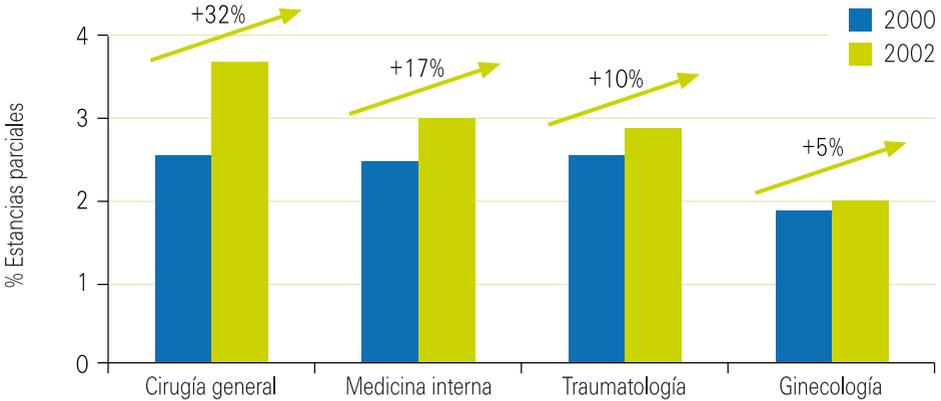
2. Grupos de hospitales: Grupo I, Hospitales generales básicos con materno-infantil; Grupo II, Hospitales generales básicos con materno-infantil y unidades de críticos; Grupo III, Hospitales generales con especialidades de referencia; Grupo IV, Hospitales de referencia regional y nacional.

Fuente: Procesos de cuidados agregados de 17 hospitales de Cataluña acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

**Los cambios más importantes se observan en las especialidades de Cirugía General, Medicina Interna y Traumatología**

3. En el mismo estudio transversal, y analizando la tendencia en el tiempo de cuidados por paciente en función de la especialidad médica, los cambios más importantes se observan en las especialidades de Cirugía General, Medicina Interna y Traumatología. (Gráfico 16)

**Gráfico 16. Evolución del tiempo medio de cuidados por paciente y día por tipos de especialidades en un hospital del Grupo IV<sup>2</sup> en un período de 2 años**



2. Grupos de hospitales: Grupo I, Hospitales generales básicos con materno-infantil; Grupo II, Hospitales generales básicos con materno-infantil y unidades de críticos; Grupo III, Hospitales generales con especialidades de referencia; Grupo IV, Hospitales de referencia regional y nacional.

Fuente: Procesos de cuidados agregados de 17 hospitales de Cataluña acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

### 10.2.3 ¿Hay perfiles de cuidados específicos por especialidad médica?

***El perfil de cuidados está directamente relacionado con las características del paciente***

Aunque el perfil de cuidados está mucho más relacionado con el perfil del paciente que con el tipo de proceso médico, agregando los procesos por especialidad médica<sup>49</sup> podemos determinar grandes perfiles de cuidados. Esta caracterización es más adecuada en las especialidades médicas donde la variabilidad de los procesos y el abanico de la cartera de servicios de hospitalización están más acotados.

De todos modos, cuando traducimos el perfil de cuidados en tiempo, es muy difícil identificar un estándar de tiempo por especialidad, dado que en la variable intensidad de cuidados

49. Lamentablemente las bases de datos disponibles no permiten clasificar los procesos por ningún criterio relacionado con los cuidados enfermeros.

**Es muy difícil determinar un estándar de cuidados del proceso según la especialidad médica**

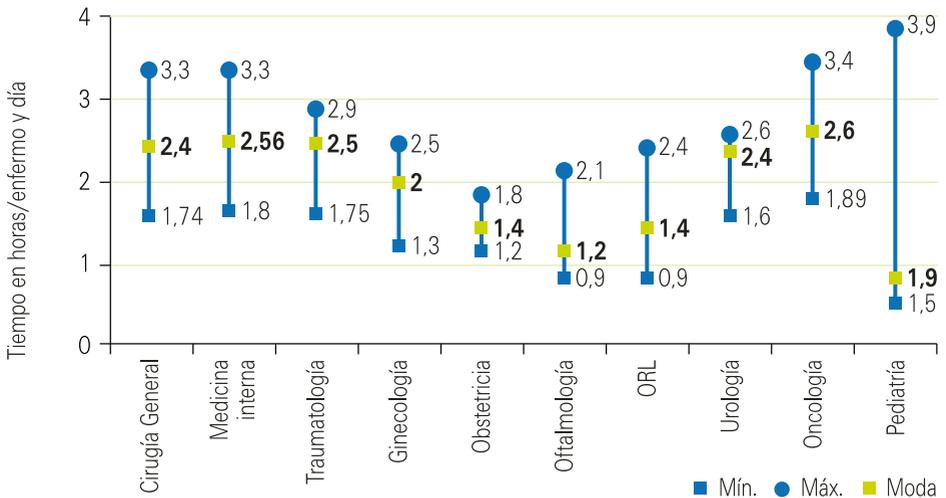
tiene más peso el componente personal del paciente que la especialidad responsable de su atención.

### Constataciones

1. Hemos caracterizado 10 especialidades médicas con un tiempo de cuidados mínimo, máximo y medio por paciente y día. El rango de tiempo, entre el tiempo mínimo y máximo de cuidados por especialidad médica es muy amplio. (Gráfico 17)
2. Por otro lado, y al margen del tiempo de dedicación a cada paciente, podemos establecer perfiles de cuidados en 5 especialidades médicas. (Gráficos 18-22)

**Identificamos de forma aproximada perfiles de cuidados en 5 especialidades médicas**

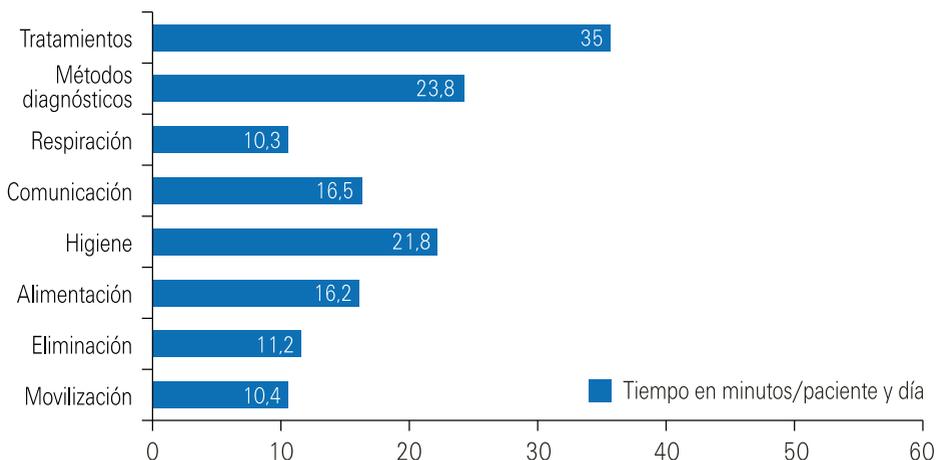
**Gráfico 17. Intervalo de tiempo medio de cuidados, en horas, mínimo y máximo por especialidad médica en los hospitales estudiados<sup>7</sup>**



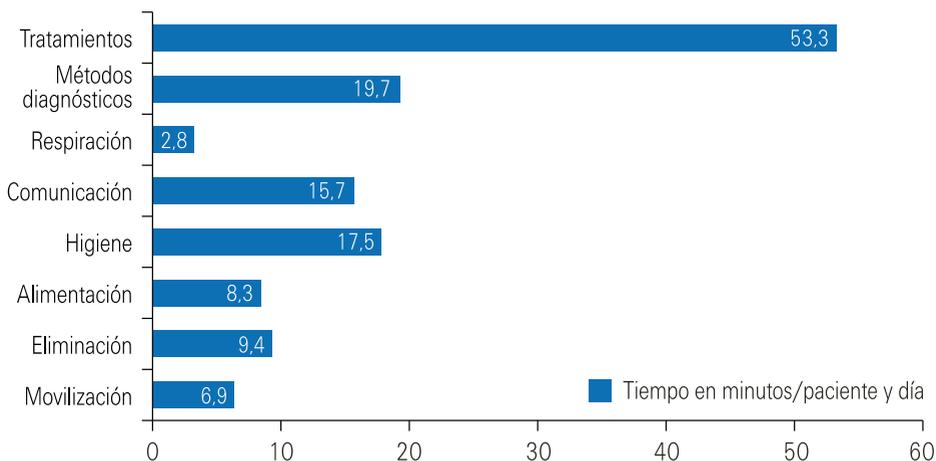
7. Hospitales estudiados: 17 hospitales de Cataluña, acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

Fuente: Procesos de cuidados agregados de 17 hospitales de Cataluña acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

**Gráfico 18. Perfil de cuidados<sup>6</sup> de un paciente atendido en la especialidad de Medicina Interna en los hospitales estudiados<sup>7</sup>**



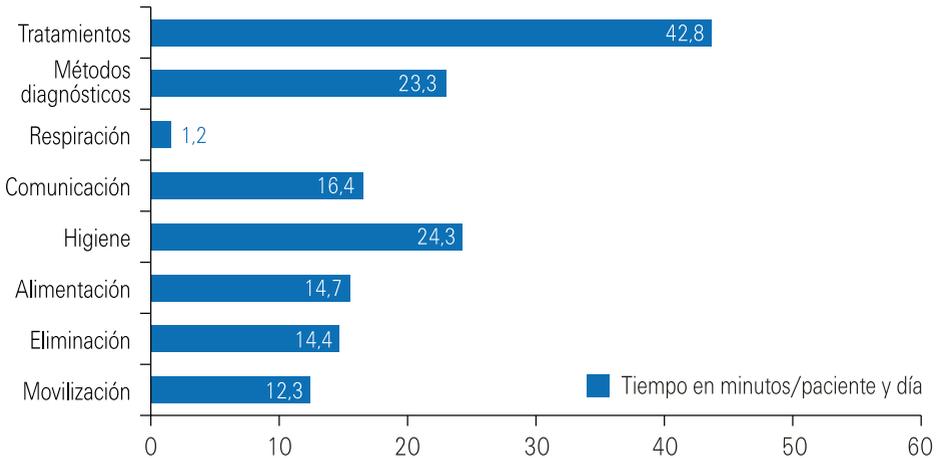
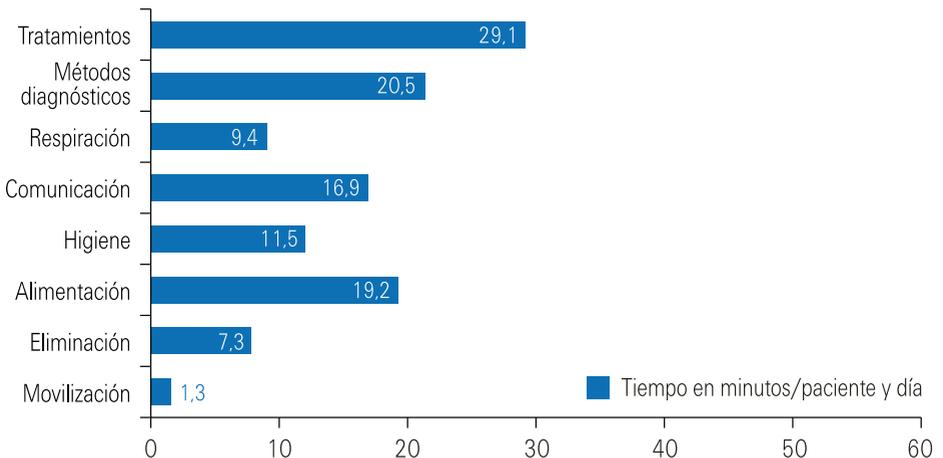
**Gráfico 19. Perfil de cuidados<sup>6</sup> de un paciente atendido en la especialidad de Cirugía General en los hospitales estudiados<sup>7</sup>**



6. Perfil de cuidados: Caracterización global de los cuidados que se proporcionan a un paciente o a un grupo de pacientes en un período determinado.

7. Hospitales estudiados: 17 hospitales de Cataluña, acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

Fuente: Procesos de cuidados agregados de 17 hospitales de Cataluña acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

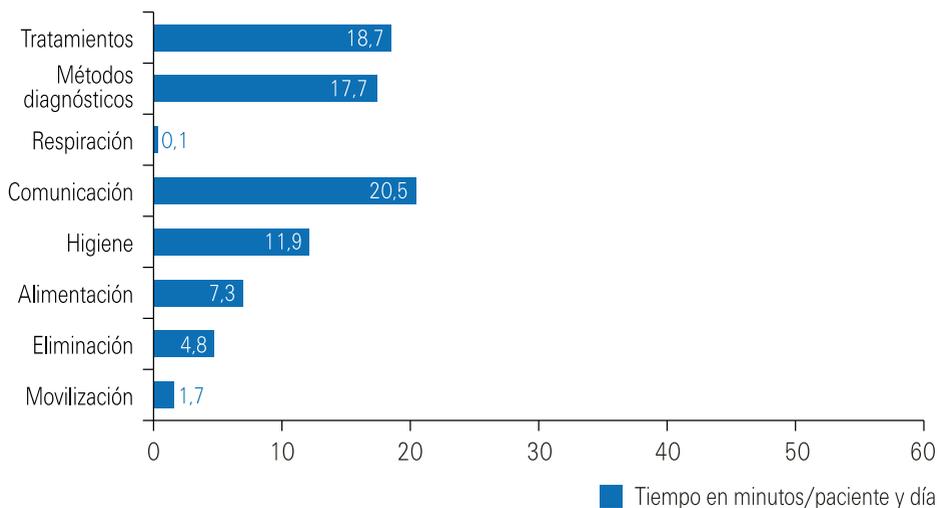
**Gráfico 20. Perfil de cuidados<sup>6</sup> de un paciente atendido en la especialidad de Traumatología en los hospitales estudiados<sup>7</sup>****Gráfico 21. Perfil de cuidados<sup>6</sup> de un paciente atendido en la especialidad de Pediatría en los hospitales estudiados<sup>7</sup>**

6. Perfil de cuidados: Caracterización global de los cuidados que se proporcionan a un paciente o a un grupo de pacientes en un período determinado.

7. Hospitales estudiados: 17 hospitales de Cataluña, acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

Fuente: Procesos de cuidados agregados de 17 hospitales de Cataluña acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

**Gráfico 22. Perfil de cuidados<sup>6</sup> de un paciente atendido en la especialidad de Obstetricia en los hospitales estudiados<sup>7</sup>**



6. Perfil de cuidados: Caracterización global de los cuidados que se proporcionan a un paciente o a un grupo de pacientes en un período determinado.

7. Hospitales estudiados: 17 hospitales de Cataluña, acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

Fuente: Procesos de cuidados agregados de 17 hospitales de Cataluña acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

## 10.3 ¿Qué perfil de paciente tenemos?

### 10.3.1 ¿Cómo influye el escenario actual de envejecimiento de la población?

**La variable clave por excelencia es el paciente**

La variable clave por excelencia es el paciente. Hemos dicho en la introducción que a medida que la estancia hospitalaria disminuye, los cuidados se intensifican. La actividad de la enfermera es muy variable entre un paciente y otro, y viene determinada por los requerimientos de cada proceso. Por este motivo, nos parece importante caracterizar el perfil de cuidados en el paciente más prevalente de las áreas de hospitalización de agudos.

El escenario actual de envejecimiento de la población está impulsando un cambio en la proporción de pacientes de edad avanzada que demandan atención en las áreas de hospitalización.

***El mayor número de estancias hospitalarias se produce en la atención de pacientes entre 65 y 84 años***

El mayor número de estancias hospitalarias se produce en la atención a pacientes entre 65 y 84 años y este fenómeno afecta, globalmente, de forma similar a todos los hospitales de Cataluña, con actividad pública y oferta de servicios no monográfica. La evolución del envejecimiento de los pacientes atendidos en las unidades de hospitalización presenta una tendencia creciente y se acentúa en las unidades donde se atiende a pacientes con patología médica.

La atención a un paciente de edad avanzada normalmente viene asociada a la necesidad de dar respuesta a su comorbilidad y fragilidad clínica, y a los problemas de índole social.

***Desde la perspectiva de los cuidados, estos pacientes presentan más complejidad clínica y mayor intensidad de cuidados, con un nivel de autonomía generalmente bajo***

Desde la perspectiva de los cuidados, estos pacientes presentan más complejidad clínica y mayor intensidad de cuidados, con un nivel de autonomía generalmente bajo. Por otro lado, las unidades de hospitalización donde ingresan habitualmente esta clase de pacientes, mantienen el mismo número de camas y muchas veces la misma dotación de personal, a pesar de que el perfil de pacientes que se atiende presenta una mayor intensidad de cuidados.

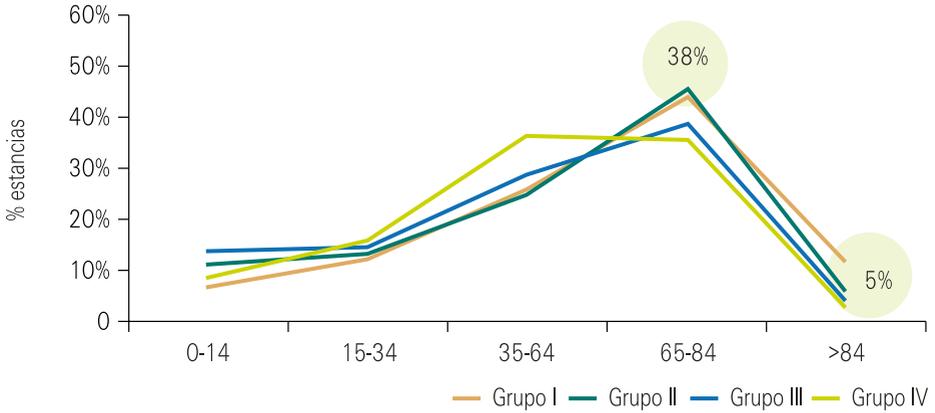
## Constataciones

***Un 38% de las estancias corresponden a personas de más de 64 años y un 5% a mayores de 84 años***

1. Cada día, en cualquier hospital de Cataluña, 4 de cada 10 estancias hospitalarias corresponden a la atención en hospitalización de personas de más de 64 años (38%) y más de una de estas estancias (5%) corresponde a una persona de más de 84 años. (Gráfico 23)<sup>50</sup>

50. Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya. 2005. Servei Català de la Salut. 2006.

**Gráfico 23. Distribución de las estancias por franjas de edad y grupos de hospitales<sup>2</sup>**



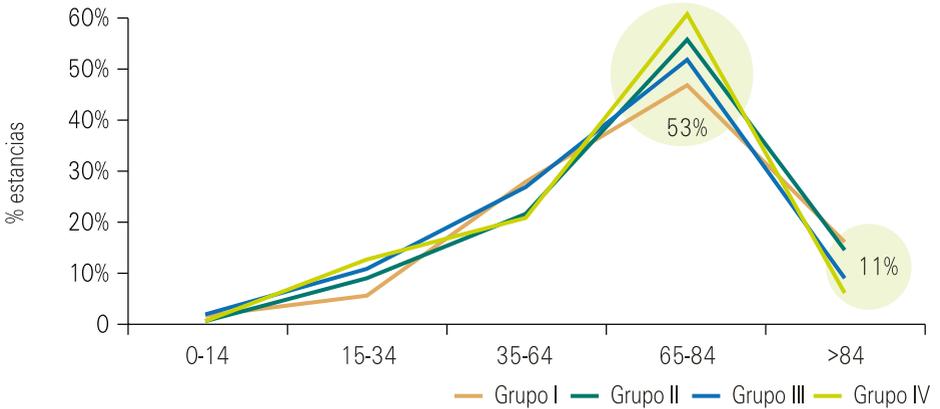
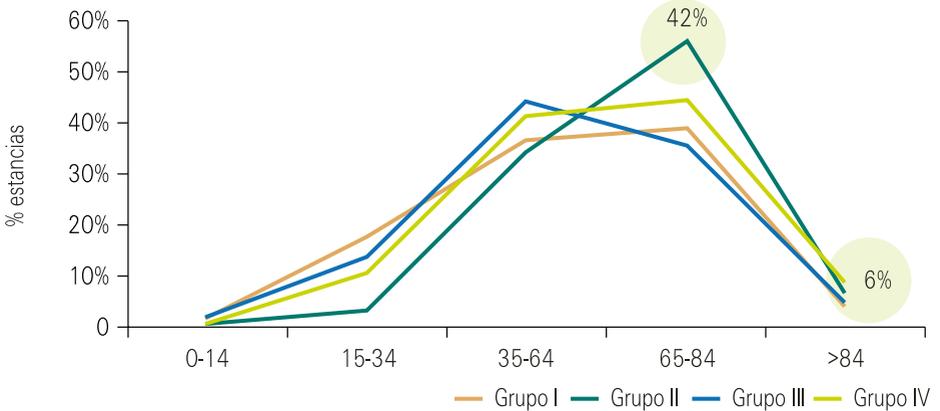
2. Grupos de hospitales: Grupo I, Hospitales generales básicos con materno-infantil; Grupo II, Hospitales generales básicos con materno-infantil y unidades de críticos; Grupo III, Hospitales generales con especialidades de referencia; Grupo IV, Hospitales de referencia regional y nacional.

Fuente: Procesos de cuidados agregados de 17 hospitales de Cataluña acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

2. En las unidades de hospitalización donde ingresan pacientes con patología no quirúrgica se atiende a un 16% más de pacientes mayores de 65 años que en las unidades quirúrgicas. (Gráficos 24 y 25)

**Un paciente tipo con estas características requiere una intensidad de cuidados de unas 4 horas al día**

3. Un paciente tipo con estas características requiere una intensidad de cuidados de unas 4 horas al día, siendo muy similar el perfil de cuidados básicos, tanto si la patología de base es médica como quirúrgica y presentado diferencias en el perfil de los cuidados técnicos. (Gráficos 26 y 27)

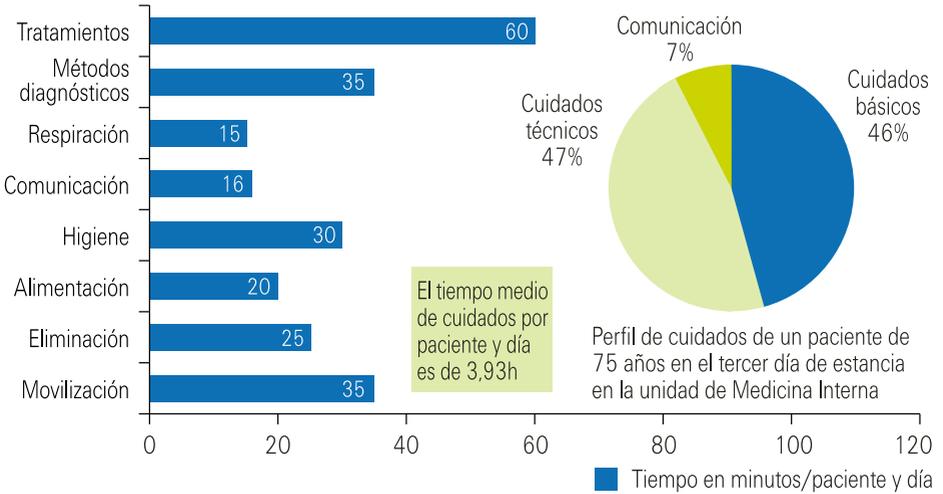
**Gráfico 24. Distribución de las estancias en unidades médicas<sup>3</sup> por franjas de edad y por grupos de hospitales<sup>2</sup>****Gráfico 25. Distribución de las estancias en unidades quirúrgicas<sup>3</sup> por franjas de edad y por grupos de hospitales<sup>2</sup>**

2. Grupos de hospitales: Grupo I, Hospitales generales básicos con materno-infantil; Grupo II, Hospitales generales básicos con materno-infantil y unidades de críticos; Grupo III, Hospitales generales con especialidades de referencia; Grupo IV, Hospitales de referencia regional y nacional.

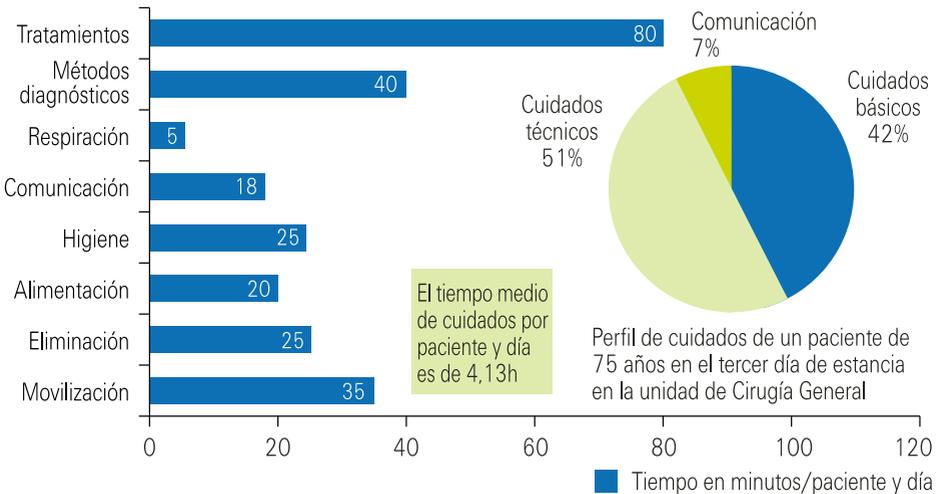
3. Tipos de unidades de hospitalización: unidades médicas son unidades de hospitalización de servicios con especialidad médica; unidades quirúrgicas son unidades de hospitalización de servicios con especialidad quirúrgica.

Fuente: Procesos de cuidados agregados de 17 hospitales de Cataluña acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

**Gráfico 26. Perfil de cuidados<sup>6</sup> de un paciente de 75 años atendido en especialidades médicas**



**Gráfico 27. Perfil de cuidados<sup>6</sup> de un paciente de 75 años atendido en especialidades quirúrgicas**



6. Perfil de cuidados: Caracterización global de los cuidados que se proporcionan a un paciente o a un grupo de pacientes en un período determinado.

Fuente: Procesos de cuidados agregados de 17 hospitales de Cataluña acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

### 10.3.2 ¿Cuál es el impacto del aumento de la población inmigrante? ¿Un perfil de paciente multicultural?

***Cabe destacar el aumento reciente de la población inmigrante en Cataluña***

En el punto anterior hemos hablado del paciente de forma anónima, pero cabe destacar que el aumento reciente de la población inmigrante en Cataluña, una de las comunidades autónomas de España con un porcentaje mayor de extranjeros regulares, nos determina un perfil social de paciente multicultural que hay que considerar especialmente.

***En el ámbito de la hospitalización, donde más prevalece la población inmigrante es en las unidades de Obstetricia***

A pesar de que, en lo que se refiere a la utilización de los servicios de salud, y concretamente en el ámbito de la hospitalización, la población inmigrante no representa un grupo importante, su patrón de utilización se orienta más hacia los servicios de Pediatría, Obstetricia y Ginecología, habitualmente por trastornos agudos, y producen generalmente estancias cortas en el ámbito hospitalario.

#### Constataciones

***En el transcurso de los últimos 10 años los partos de madres inmigrantes han aumentado un 500% ante un 21% de las madres de nacionalidad española***

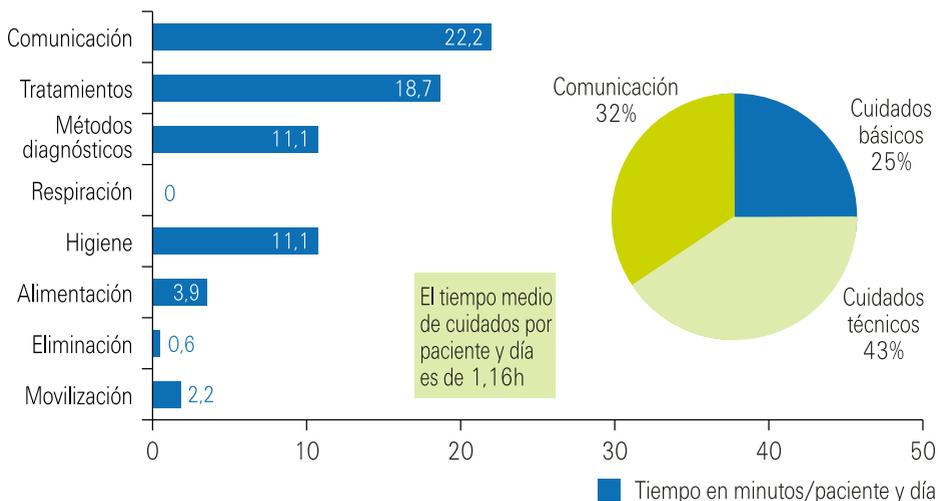
1. Concretamente en el año 2005, la población inmigrante fue responsable del 20,9% de los nacimientos y en el transcurso de los últimos 10 años los partos de madres inmigrantes han aumentado un 500% ante un 21% de las madres de nacionalidad española<sup>51</sup>.

***Los cuidados de comunicación son especialmente importantes en la atención a las mujeres inmigrantes***

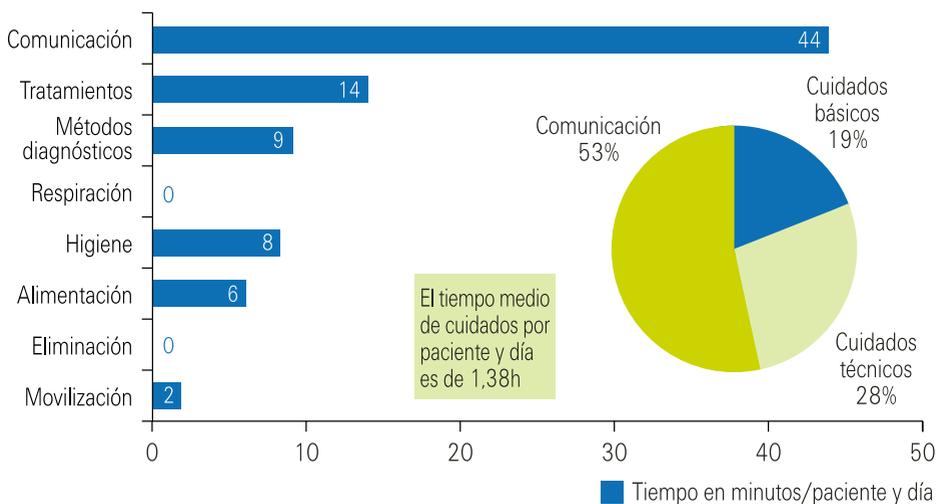
2. En este ámbito, los cuidados de comunicación son especialmente importantes. Si tomamos como ejemplo el perfil de cuidados de una mujer autóctona, atendida por un parto normal, las intervenciones enfermeras vinculadas a la comunicación significan el 32% del tiempo total, casi 23 minutos al día, mientras que en una mujer extranjera son del 53%, 44 minutos al día. (Gráficos 28 y 29)

51. [www.ine.es](http://www.ine.es). Julio 2006.

**Gráfico 28. Perfil de cuidados<sup>6</sup> de una mujer autóctona atendida por un parto normal**



**Gráfico 29. Perfil de cuidados<sup>6</sup> de una mujer extranjera atendida por un parto normal**



6. Perfil de cuidados: Caracterización global de los cuidados que se proporcionan a un paciente o a un grupo de pacientes en un período determinado.

Fuente: Procesos de cuidados agregados de 17 hospitales de Cataluña acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

#### 10.4 La organización temporal de los cuidados.

*¿El perfil de cuidados es distinto en función de los días de la semana? ¿Y durante los tres turnos del día?*

***La fluctuación temporal de la actividad de cuidados es fruto de la dinámica organizativa de los hospitales***

La fluctuación temporal de la actividad de cuidados es fruto de la dinámica organizativa de los hospitales. Pero si tenemos en cuenta la duración de la estancia media y el peso de los procesos quirúrgicos, la actividad de cuidados presenta determinadas características temporales.

***A pesar de que la organización de los hospitales está centrada en las mañanas, la actividad por la tarde disminuye de forma muy poco significativa***

En las unidades de hospitalización, los fines de semana la actividad disminuye, pero de forma muy poco significativa. Lo mismo pasa por las tardes respecto de las mañanas. No obstante, las dotaciones de equipos de enfermería se dimensionan de forma favorable por las mañanas, y por las tardes se están incorporando refuerzos de forma temporal. Con relación a los fines de semana, no siempre la dotación es coherente con la realidad.

Generalmente los mandos intermedios también tienen un horario centrado en las mañanas, hecho que transfiere la resolución de las contingencias de todo tipo a las enfermeras asistenciales, fuera de este horario.

Por otro lado, normalmente los servicios de apoyo del hospital no están preparados para asumir este incremento de actividad fuera de los horarios convencionales.

La mayoría de servicios centrales generales y de apoyo clínico están organizados por el funcionamiento horario hasta las tres o las cinco de la tarde, todas las solicitudes fuera de este horario requieren tratamientos excepcionales.

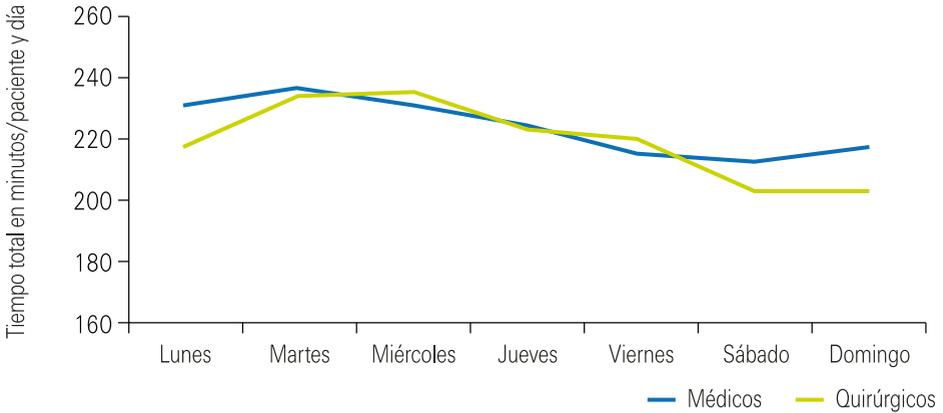
#### Constataciones

***Durante los fines de semana la reducción de las actividades de cuidados también es muy poco significativa***

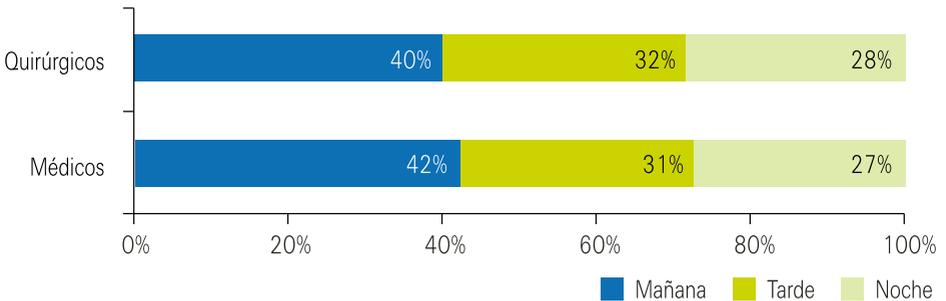
1. La carga de cuidados disminuye progresivamente a lo largo de los días de la semana, fundamentalmente el sábado y el domingo. Pero esta disminución es prácticamente insignificante. Los martes y los miércoles son los días que se evidencia actividad más alta. La característica de disminución de la

actividad el fin de semana es más evidente en las unidades quirúrgicas. En las unidades médicas la carga de cuidados global es prácticamente similar. (Gráficos 30 y 31)

**Gráfico 30. Tiempo de cuidados totales por día de la semana en los hospitales estudiados<sup>7</sup> y por especialidad médica**



**Gráfico 31. Distribución porcentual del tiempo de cuidados por turnos de trabajo y por tipos de unidades de hospitalización<sup>7</sup>**



7. Hospitales estudiados: 17 hospitales de Cataluña, acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

Fuente: Procesos de cuidados agregados de 17 hospitales de Cataluña acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

***Hay un desplazamiento de la demanda de cuidados hacia los turnos de tarde y noche***

2. Aunque la mayor parte de la actividad de cuidados se realiza por la mañana, con un 42% de la demanda de cuidados en las unidades médicas y un 40% de la demanda en las unidades quirúrgicas, hay un desplazamiento de la demanda de cuidados hacia los turnos de tarde y noche.

Por la tarde, las unidades quirúrgicas reciben a los pacientes procedentes de las unidades de reanimación postquirúrgica, y una buena parte de los ingresos programados. Y las unidades médicas reciben a los pacientes procedentes de urgencias.

### **10.5 ¿Es suficiente la dotación de equipos de enfermería en las unidades de hospitalización?<sup>52</sup>**

***La dotación de los equipos de enfermería en las unidades de hospitalización se mide con la tasa de ajuste***

La dotación de los equipos de enfermería en las unidades de hospitalización se mide con la tasa de ajuste.

Ésta muestra el equilibrio entre las horas de cuidados dadas (sobre la base de las actividades realizadas y los estándares de tiempo del PRN) y las horas con personal disponible (horas de presencia física de enfermeras y auxiliares).

Se diferencian 3 valores en la tasa de ajuste que se corresponden con la adecuación del personal de enfermería a la actividad asistencial:

***El valor por debajo del 85% no es aceptable***

- El valor por debajo del 85% no es aceptable, ya que significa que hay desequilibrios importantes en algún turno de trabajo y/o en días concretos de la semana.

---

52. Hay que tener presente que la dotación suficiente, en términos de horas de presencia física de enfermeras y auxiliares enfermeras, no es el único valor a tener en cuenta a la hora de dimensionar las plantillas. Los niveles de competencia de los profesionales, sus capacidades físicas (que con la edad a veces disminuyen) y los factores del entorno (tubos neumáticos, horarios de visita planificados, soportes informáticos, ...) influyen de tal manera que una tasa de ajuste aceptable puede ir acompañada por una sobrecarga de trabajo. Ver el apartado 11 (Identificación de la opinión de los grupos de interés).

***El valor aceptable es igual o superior al 95%***

- El valor aceptable es igual o superior al 95%, que significa que el personal de enfermería puede satisfacer la demanda de actividad a pesar de no disponer de margen para un incremento de actividad en momentos determinados.

***El valor ideal es del 100%***

- El valor ideal es del 100%, que significa que hay margen de personal de enfermería para poder asumir un incremento de actividad en un momento dado.

Hay que decir que este ajuste se tendría que evaluar por cada unidad de hospitalización, cada turno de trabajo y por enfermera o auxiliar. En este apartado se presentan datos agregados por hospitales, días de la semana y grupos de hospitales.

### Constataciones

1. En el estudio de los 17 hospitales de Cataluña sólo se ha identificado 1 hospital que, agregando todas las unidades, tenía una dotación de equipos superior al 100% (a pesar de que podría haber desequilibrios internos por unidades, turnos o grupos profesionales).

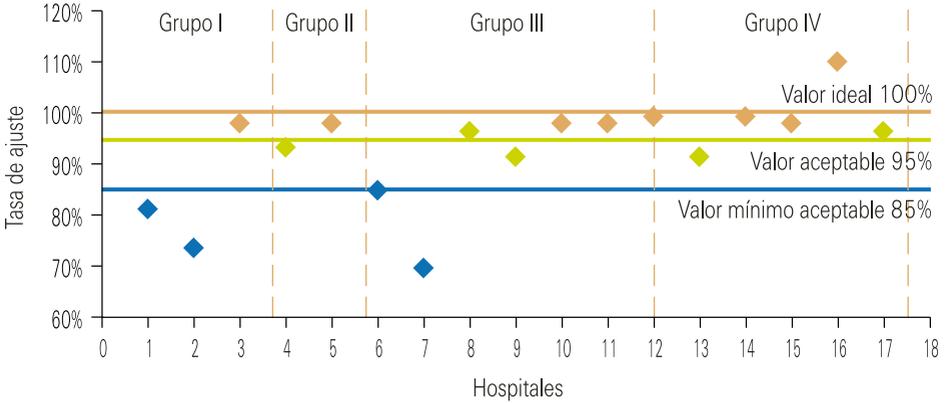
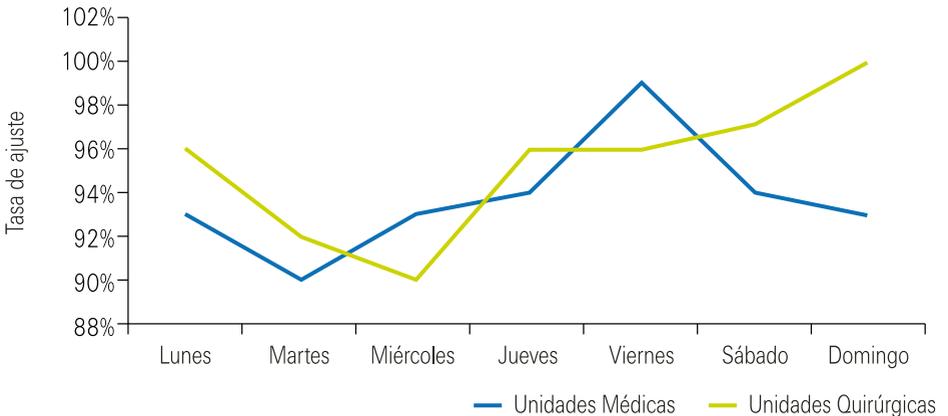
***En algunas franjas de tiempo, el personal de enfermería ha afrontado sobrecargas de trabajo***

Hay 4 hospitales con una dotación inferior al 85%, y los otros 12 se sitúan con una tasa de ajuste superior al 85% e inferior al 100%, pero sin ningún tipo de margen de maniobra. (Gráfico 32)

Dado que estamos hablando de datos de ajuste global, en estos hospitales, en determinadas unidades de hospitalización y en algunas franjas de tiempo, el personal de enfermería ha afrontado sobrecargas de trabajo.

***Para gestionar la dotación de equipos, la tasa de ajuste global es sólo un valor de referencia. La gestión de la dotación tiene que ser diaria, por franjas horarias y por unidad***

2. Para gestionar la dotación de equipos, la tasa de ajuste global es sólo un valor de referencia. La gestión de la dotación tiene que ser diaria, por franjas horarias, por grupo profesional y por unidad. Podemos apreciar las diferencias observadas en el estudio por día de la semana y por tipo de unidad de hospitalización. (Gráfico 33)

**Gráfico 32. Tasa de ajuste de personal ante la actividad de cuidados en los hospitales del estudio<sup>2</sup>****Gráfico 33. Tasa de ajuste de personal ante la actividad de cuidados por día de la semana y por tipo de unidades<sup>3</sup>**

2. Grupos de hospitales: Grupo I, Hospitales generales básicos con materno-infantil; Grupo II, Hospitales generales básicos con materno-infantil y unidades de críticos; Grupo III, Hospitales generales con especialidades de referencia; Grupo IV, Hospitales de referencia regional y nacional.

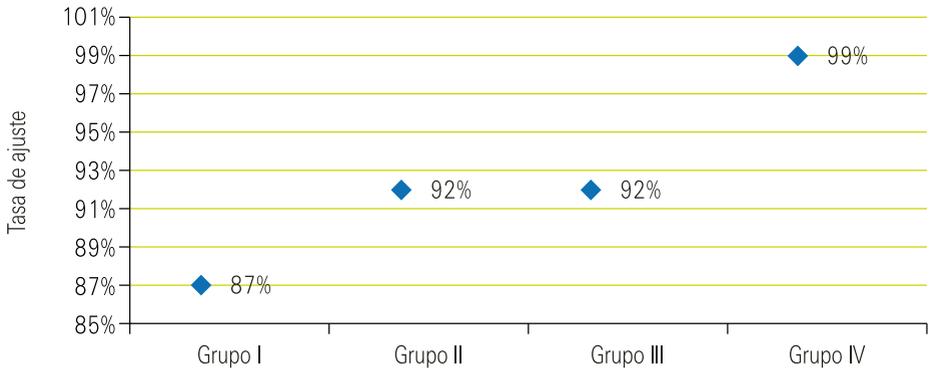
3. Tipos de unidades de hospitalización: unidades médicas son unidades de hospitalización de servicios con especialidad médica; unidades quirúrgicas son unidades de hospitalización de servicios con especialidad quirúrgica.

Fuente: Procesos de cuidados agregados de 17 hospitales de Cataluña acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

***El hospital más pequeño afina mucho más en la dotación de los equipos y tiene más capacidad para aprovechar las economías internas***

3. Por otro lado, si agregamos la dotación por tipo de hospital, hay una correlación entre éste y el nivel de ajuste del personal. El hospital más pequeño afina mucho más en el ajuste y aprovecha las economías internas, hecho que es mucho más complicado a medida que la magnitud del hospital aumenta. (Gráfico 34)

**Gráfico 34. Tasa de ajuste de personal ante la actividad de cuidados por grupos de hospitales<sup>2</sup>**



2. Grupos de hospitales: Grupo I, Hospitales generales básicos con materno-infantil; Grupo II, Hospitales generales básicos con materno-infantil y unidades de críticos; Grupo III, Hospitales generales con especialidades de referencia; Grupo IV, Hospitales de referencia regional y nacional.

Fuente: Procesos de cuidados agregados de 17 hospitales de Cataluña acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

## 10.6 ¿Cuál es el nivel de adecuación de los cuidados?

***El nivel de adecuación de los cuidados es un valor de referencia que establece la calidad en términos de oferta, pero no mide la calidad técnica de la práctica profesional***

Indiferentemente del perfil del paciente, del perfil de cuidados y de la organización, tenemos que conocer si estamos ofreciendo los cuidados adecuados.

El nivel de adecuación de los cuidados es un valor de referencia que establece la calidad en términos de oferta (qué cuidados se han dado), pero no mide la calidad técnica de la práctica profesional.

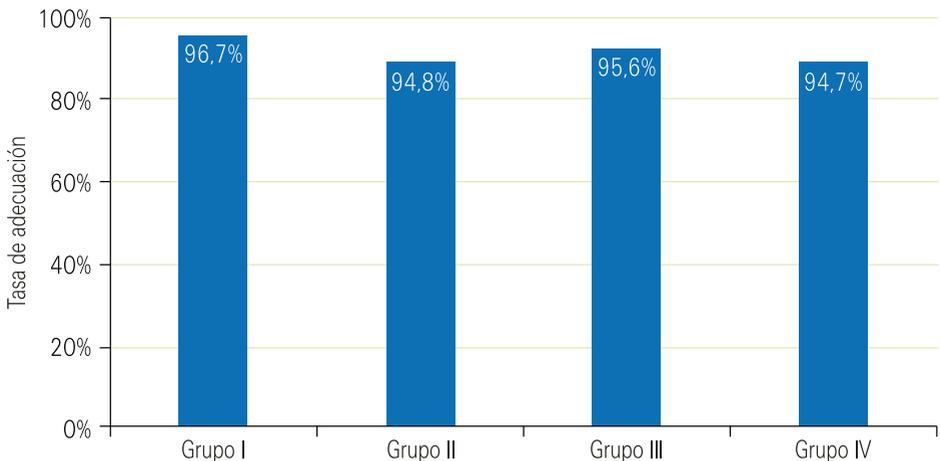
El nivel de adecuación muestra el equilibrio entre los cuidados que recibe el paciente (cuidados dados sobre la base de la nomenclatura del PRN) con relación a los cuidados que tendría que recibir sobre la base del modelo de cuidados de cada hospital (cuidados necesarios también sobre la base de la nomenclatura del PRN).

### Constataciones

***El nivel de adecuación global de los cuidados es correcto y no presenta diferencias entre los grupos de hospitales***

1. A pesar de la elevada carga asistencial y los aspectos cualitativos que hemos citado en los distintos puntos del documento, el nivel de adecuación global de los cuidados es correcto y no presenta diferencias entre los grupos de hospitales. (Gráfico 35)

**Gráfico 35. Tasa de adecuación de cuidados dados en relación a los cuidados necesarios en los grupos de hospitales estudiados<sup>7</sup>**



7. Hospitales estudiados: 17 hospitales de Cataluña, acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

Fuente: Procesos de cuidados agregados de 17 hospitales de Cataluña acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

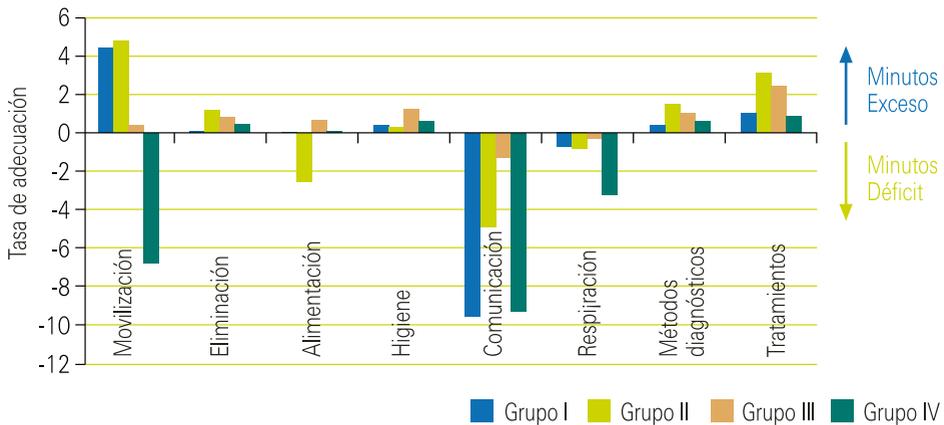
**Los cuidados vinculados a la movilización y comunicación son aquellos que presentan un nivel de adecuación menor**

**Si se dieran los cuidados necesarios, la tasa de ajuste podría bajar por debajo del 85%**

2. Si analizamos el nivel de adecuación por tipo de actividad de cuidados, los vinculados a la movilización (en el Grupo IV) y comunicación (en todos los grupos) son aquellos que presentan un nivel de adecuación menor, otros, como los cuidados vinculados a la realización de pruebas diagnósticas y a la administración de tratamientos, se realizan, de forma inadecuada, por exceso en algunos casos. (Gráfico 36)

3. Si se diesen los cuidados necesarios (en base al modelo de cuidados del hospital), la tasa de ajuste resultante podría ser inferior; esto significa que hospitales que están en la franja 85% - 95% de ajuste podrían bajar por debajo del 85% (tasa mínima aceptable), si ofertáramos los cuidados adecuados.

**Gráfico 36. Adecuación de las intervenciones de cuidados en minutos por paciente y día en los grupos de hospitales estudiados<sup>7</sup>**



7. Hospitales estudiados: 17 hospitales de Cataluña, acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

Fuente: Procesos de cuidados agregados de 17 hospitales de Cataluña acreditados en la utilización del PRN y que forman parte de la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública).

## 10.7 Experiencia de los profesionales

***La experiencia de los profesionales que forman parte de un equipo condiciona la carga de trabajo del resto de profesionales***

La experiencia de los profesionales que forman parte de un equipo condiciona la carga de trabajo del resto de profesionales que trabajan al mismo tiempo o de aquellos que tienen que asegurar la continuidad de los cuidados las 24 horas del día.

Las enfermeras principiantes o que están por primera vez en un servicio, generalmente, tienen dificultades en diferenciar los aspectos relevantes de los que no lo son. Algunas veces les cuesta centrarse en las necesidades del paciente y tienen dificultad en comprender las situaciones complejas que se presentan.

Todo esto puede lastrar a las enfermeras más hábiles y expertas que se sienten responsables de los pacientes del área y que tienen respuestas más ágiles e intuitivas basadas en los conocimientos y en la experiencia previa.

### Constataciones

***La elevada rotación influye en la sobrecarga de las enfermeras***

1. Dada la fuerte rotación de personal que hay en las áreas de hospitalización, debido al absentismo por distintos motivos (baja por enfermedad, permisos, vacaciones, conciliación de la vida laboral y personal, ...), esta situación de sobrecarga por tener personal nuevo no entrenado suele darse muy a menudo en los hospitales que no tienen un plan de fidelización del personal en las áreas de trabajo.

2. En la mayoría de los hospitales no están definidas las competencias funcionales o nucleares, ni el nivel de las mismas que requiere cada uno de los lugares de trabajo.

3. Desgraciadamente, los criterios que a menudo prevalecen en la asignación de puestos de trabajo son la antigüedad en el hospital o el tiempo de solicitud del lugar de trabajo, antes que los criterios de competencia y perfil que requiere el puesto.

***No está definido el nivel de competencias que requiere cada puesto de trabajo***



## 11. Identificación de la opinión de los grupos de interés

### *Opinión de los grupos de interés*

*Actuaciones profesionales basadas en la evidencia y los principios de la ética profesional, la expertía en las actividades propias de enfermería, el tener recursos personales para hacer frente a situaciones de crisis, la empatía, la flexibilidad, el hacer una buena gestión de los recursos, el tener una visión integral de la persona, el estar abierta a aprender y a trabajar en equipo e interesada en la docencia*

Se presentan los resultados más destacados sobre los comportamientos de buena práctica, y los factores externos y las características de las enfermeras que influyen sobre los mismos.

### **11.1 Comportamientos de buena práctica**

Tanto los mandos enfermeros como los miembros de los grupos focales aportaron un amplio abanico de comportamientos relacionados con la buena práctica enfermera.

En síntesis podríamos decir que son las actuaciones profesionales basadas en la evidencia y los principios de la ética profesional, la expertía en las actividades propias de enfermería, el tener recursos personales para hacer frente a situaciones de crisis, la empatía, la flexibilidad, el hacer una buena gestión de los recursos, el tener una visión integral de la persona, el estar abierta a aprender y a trabajar en equipo e interesada en la docencia.

### **11.2 Factores que influyen**

En la tabla 9 se presentan los grandes grupos de factores extrínsecos e intrínsecos que tienen influencia sobre los comportamientos de buena práctica clínica.

De toda la información extraída, queda claro que los impedimentos o las ayudas para tener los comportamientos de buena práctica provienen del propio entorno de trabajo y de las competencias de las enfermeras.

**Tabla 9. Clasificación de los factores extrínsecos e intrínsecos que influyen en la buena práctica de la enfermera definidos por los grupos focales**

<i>Factores extrínsecos</i>	<i>Factores intrínsecos</i>
<i>Gestión de recursos humanos</i>	<i>Saber: Conocimientos</i>
<i>Mandos y dotación</i>	<i>Saber estar: Actitudes</i>
<i>Relación interprofesional / intergrupar</i>	<i>Aptitudes y características profesionales</i>
<i>Relación intragrupal</i>	<i>Querer hacer: Aspectos motivacionales</i>
<i>Organización</i>	<i>Saber hacer: Habilidades</i>
<i>Apoyo a la asistencia</i>	
<i>Recursos materiales e informática</i>	
<i>Formación continuada</i>	
<i>Herramientas para favorecer la continuidad asistencial</i>	
<i>Metodología de trabajo</i>	

### *11.2.1 Factores extrínsecos que influyen en los comportamientos de buena práctica*

#### *11.2.1.1 Gestión de los recursos humanos*

##### *11.2.1.1.1 Dotación insuficiente*

***Dotación muy ajustada o por debajo de las necesidades que presentan los pacientes***

La dotación prevista en las unidades está, en general, muy ajustada o por debajo de las necesidades que presentan los pacientes (ver la tasa de ajuste por debajo del 85%).

Disponer de un equipo de profesionales expertos, para apoyar a las unidades que más lo necesiten ayudaría a mitigar las cargas asistenciales fluctuantes.

##### *11.2.1.1.2 Inadecuación de la dotación y la asignación*

La dotación prevista muchas veces no se corresponde con la plantilla necesaria para cubrirla.

***Rotación muy elevada de personal e inestabilidad en los equipos de trabajo***

Esto obliga a hacer una cantidad de contratos eventuales importante para hacer frente a necesidades estructurales no dotadas, a las necesidades derivadas de los permisos retribuidos, al absentismo por incapacidad transitoria y a las ausencias derivadas de la conciliación de la vida laboral y personal.

Esto comporta tener una plantilla fluctuante para asegurar las presencias físicas dotadas en cada área de trabajo. Las distintas modalidades par cubrir estas presencias físicas y el mantener siempre la dotación exacta comportan una rotación muy elevada de personal y una inestabilidad en los equipos de trabajo.

***Dificultades para adquirir la experiencia necesaria para ofrecer una buena atención***

Esto va ligado a que estas enfermeras, que no trabajan de forma continuada y, si lo hacen, no tienen estabilidad en el lugar de trabajo, en general tienen dificultades para adquirir la experiencia necesaria para ofrecer una buena atención. Su falta de experiencia da una mayor carga de trabajo a las profesionales habituales del área.

*11.2. 1. 1.3 Horarios de trabajo*

La configuración de algunos turnos de trabajo dificulta la continuidad asistencial.

***El tiempo asignado para el cambio de turno favorece la continuidad asistencial***

Disponer de tiempo remunerado suficiente para hacer el cambio de turno también favorece la continuidad de los cuidados durante las 24 horas del día y algunos hospitales no tienen o tienen muy pocos minutos.

***No hay tiempo asignado para participar en las reuniones del equipo***

Disponer de tiempo remunerado o compensado, para hacer reuniones de trabajo entre los miembros del equipo (para proponer mejoras, contrastar intervenciones de enfermería en sesiones clínicas, y poder participar en la toma de decisiones), ayudaría a la mejora de la calidad de los cuidados enfermeros y de los servicios del hospital en general, a la vez que favorecería una mayor implicación. Desgraciadamente todavía son pocos los hospitales que lo contemplan.

#### 11.2.1.1.4 Organización adecuada de tareas y funciones

**La diversidad de tareas no asistenciales en una unidad de hospitalización distorsiona el trabajo asistencial**

La diversidad de tareas que tiene la enfermera en una unidad de hospitalización, a parte de las propiamente asistenciales, interfiere distorsionando su trabajo habitual (llamadas de teléfono, buscar a un médico para que firme una prescripción, hacer un requerimiento para que arreglen una lámpara, etc.). El disponer de personal administrativo de apoyo ayudaría a centrar la atención de las enfermeras en el paciente haciendo las tareas asistenciales y de coordinación que precisa.

**Asignar enfermeras a la investigación y la evaluación de la práctica asistencial contribuye a desarrollar comportamientos de buena práctica clínica y mejora la calidad de los cuidados que se ofrecen**

Asignar enfermeras a la investigación y la evaluación de la práctica asistencial, contribuiría a facilitar su trabajo y al desarrollo de comportamientos de buena práctica clínica y a la mejora de la calidad de los cuidados.

#### 11.2.1.1.5 Acogida a los nuevos profesionales

La alta rotación, provocada por la inadecuación de las plantillas a las necesidades, produce una alta carga de trabajo adicional a las enfermeras que habitualmente están en la unidad.

**La falta de tutores para el personal de nueva incorporación dificulta su integración en una organización**

La falta de tutores para el personal de nueva incorporación dificulta su integración en las dinámicas de trabajo del centro y de la unidad en particular. Disponer de una tutora de integración sería una garantía de buen trabajo a la primera y no serían una carga para el personal habitual del área.

#### 11.2.1.1.6 Apoyo psicológico

**Hay que prevenir el estrés y el burnout**

Las vivencias, derivadas de las enfermedades que sufren los pacientes de la unidad, y las dificultades que tiene la enfermera para hacerles frente, ponen en evidencia que las enfermeras no han sabido encontrar los recursos personales que tienen. Disponer de un apoyo de ayuda psicológica a la enfermera (servicio de psicología, grupos de apoyo, ...) sería de gran utilidad para prevenir el estrés y el *burnout*.

### *11.2.1.1.7 Evaluación de las competencias*

***Conocer la evaluación que hacen los mandos intermedios es una buena fuente de motivación***

Recibir, de forma regular, la opinión de los mandos intermedios, sobre el desarrollo de sus competencias y poder negociar las acciones a desarrollar, es una buena herramienta de motivación para que la enfermera lleve a cabo los comportamientos definidos como de buena práctica.

### *11.2.1.2 Mandos y dirección*

#### *11.2.1.2.1 Líderes de equipo competentes*

***Son necesarios líderes orientados hacia la visión de los comportamientos de buena práctica***

Desde las jefas de equipo o coordinadoras de unidad, las supervisoras, las jefas de área y las directoras de enfermería, cada una desde su ámbito de actuación, tienen que estar claramente orientadas hacia la visión de los comportamientos de buena práctica. Ésta es una premisa importante para que todas las enfermeras también lo estén.

Unas buenas condiciones para que las enfermeras trabajen en la dirección de los comportamientos de buena práctica se dan cuando:

***Son imprescindibles canales de comunicación efectivos***

- Hay unos buenos canales de comunicación institucional para transmitir los cambios de protocolos, de materiales, de circuitos, de sistemas de trabajo
- Los mandos tienen buena relación profesional con su personal, y dan mensajes con unidad de criterio con otros mandos
- Hay tiempo para interaccionar y la información que se da es transparente
- Hay una interrelación fluida para expresar las opiniones y éstas se tienen en cuenta, ...

Un punto importante para la motivación de las enfermeras es que todo el equipo de enfermería, de forma coordinada,

***Participación en la definición de los objetivos de la unidad es importante para la motivación***

participe en la definición de los objetivos de la unidad, que sean congruentes con los de la dirección de enfermería y éstos estén alineados con la planificación estratégica del centro.

### *11.2. 1.3 Relación interprofesional e intergrupál*

#### *11.2. 1.3.1 Relación interdisciplinar*

***Buena comunicación interdisciplinar ayuda a dedicar el tiempo de forma productiva al paciente***

Una buena comunicación y coordinación con el resto de los miembros del equipo interdisciplinar ayuda en gran manera a dedicar el tiempo de forma productiva al paciente.

Por otro lado, al sentirse respetada por el médico, la enfermera tiene un mayor grado de autonomía por un lado y una mayor comprensión de los problemas de los médicos por el otro.

#### *11.2. 1.3.2 Relación intergrupál*

***La colaboración con otros departamentos produce una mayor fluidez en los procesos asistenciales***

El tener una relación de colaboración profesional con los otros departamentos del hospital, ya sean profesionales otras unidades de enfermería, diagnóstico por la imagen, laboratorio, ... ayuda a que todo el proceso asistencial se haga con una mayor fluidez.

### *11.2. 1.4 Relación intragrupal*

***Un equipo maduro es aquel en que cada uno de sus miembros tiene asumido el rol y las tareas que le corresponden***

#### *11.2. 1.4.1 Organización del equipo*

Un equipo maduro es aquel en que cada uno de sus miembros tiene asumido el rol y las tareas que le corresponden, y unos canales de comunicación fluidos para compartir los conocimientos y las experiencias.

***Trabajar de forma coordinada en beneficio del paciente con criterios comunes asumidos contribuye a la mejor práctica clínica***

#### *11.2. 1.4.2 El trabajo en equipo*

El trabajo en equipo con criterios comunes asumidos, buena comunicación entre sus miembros y con la supervisora y buena predisposición a "hacerlo bien", conduce a un buen

clima de trabajo que ayuda a que todo el mundo esté orientado a la mejor práctica clínica.

### *11.2. 1.5 Organización*

#### *11.2. 1.5. 1 Organización del “día a día”*

***Los horarios tienen que estar adaptados a las necesidades del paciente y contribuir a la fluidez organizativa***

Los horarios para hacer las distintas tareas tienen que estar adaptados a las necesidades de los pacientes y de la organización (medicación, comidas, higienes, ...).

El pase de visitas, la planificación de las altas, los horarios de las comidas, la programación quirúrgica y los ingresos consensuados con el equipo médico pueden ayudar mucho a la fluidez organizativa evitando muchas interferencias y a hacer una buena gestión del tiempo disponible.

#### *11.2. 1.5.2 Circuitos bien definidos*

***Evitar desplazamientos que no añaden valor***

Unos circuitos bien definidos y el cumplimiento de los mismos agilizan todo el proceso asistencial.

Evitar desplazamientos de la enfermera o de la auxiliar que no añaden ningún valor, cuando no es para acompañar a un paciente.

### *11.2. 1.6 Apoyo a la asistencia*

#### *11.2. 1.6. 1 Apoyo asistencial*

***Es clave la colaboración entre los servicios de apoyo asistencial (rehabilitación, farmacia, laboratorio, diagnóstico por la imagen) y las unidades de hospitalización***

Disponer, siempre que sea posible, de una buena coordinación entre los servicios de apoyo asistencial (rehabilitación, farmacia, laboratorio, diagnóstico por la imagen) y las unidades de hospitalización, que asegure disponer de los medicamentos necesarios a la hora que se necesitan para administrar los tratamientos prescritos y que las pruebas diagnósticas se hagan de forma planificada y coordinada con la enfermera responsable del paciente.

#### 11.2.1.6.2 Apoyo no asistencial

**Es importante que las unidades de hospitalización dispongan de un apoyo logístico y administrativo que asegure que las enfermeras se dediquen a cuidar a los pacientes que tienen asignados**

Disponer de un sistema de distribución del material fungible eficiente y efectivo, para evitar que las enfermeras o auxiliares tengan que ocuparse de la reposición del material necesario o de la farmacia, tiene una incidencia importante sobre la carga de trabajo de la enfermera, ya que le saca tiempo para la atención directa al paciente.

Un buen servicio de mantenimiento preventivo que ahorre requerimientos de reparación con la distorsión que esto produce en las unidades.

Circuitos administrativos ágiles que faciliten la tarea asistencial.

#### 11.2.1.7 Recursos materiales e informática

**La actividad asistencial es más o menos fluida según las prestaciones del material o equipamiento que ayuden a evitar esfuerzos físicos o mentales innecesarios**

La actividad asistencial es más o menos fluida según las prestaciones que da el material o el equipamiento que se utiliza. Si éstos dan prestaciones que ayudan a hacerla de forma cuidadosa y evitando esfuerzos físicos o mentales innecesarios, aligeran la carga. (Ejemplo: termómetros y tensiómetros digitales, electrocardiógrafos de cuatro canales, pulsiómetros digitales, camas y literas de altura variable, sistemas de movilización de pacientes [transfers y grúas], bombas de infusión manejables, ...)

#### 11.2.1.8 Espacios físicos

**Un entorno confortable (luz, zonas de trabajo amplias, ...) influye sobre la salud y el ánimo del personal**

Poder trabajar con luz natural, zonas de trabajo amplias, controles de enfermería situados en un lugar central de la unidad y con una buena visualización de las habitaciones, almacenes amplios con equipamiento moderno que facilite la visualización del material y su reposición, también puede influir sobre la salud y el ánimo del personal y repercute en beneficio del paciente.

### *11.2.1.9 Formación continuada*

***Las medidas de apoyo a la formación tienen un efecto directo sobre la calidad de la atención y la satisfacción laboral***

Ayuda al desarrollo personal y profesional a través de programas de formación continuada en el propio centro.

Las medidas de apoyo a la formación tienen un efecto directo sobre la calidad de la atención y la satisfacción laboral.

La formación continuada es esencial para la práctica autónoma de las enfermeras y además tiene un gran valor para la captación y retención del personal en su lugar de trabajo.

### *11.2.1.10 Herramientas para favorecer la continuidad asistencial*

***La coordinación en la atención primaria da un mayor sentido al trabajo de la enfermera en las unidades de hospitalización***

Disponer de una red que asegure la coordinación y la continuidad asistencial da un mayor sentido al trabajo de la enfermera en las unidades de hospitalización.

Una buena relación con la atención primaria y la socio-sanitaria a través de canales establecidos de forma institucional (enfermera de enlace, ...).

Disponer de servicios complementarios y de continuidad: centro socio-sanitario, mediadores socioculturales, trabajo social, unidad de curas paliativas, rehabilitación, hospitalización a domicilio, centros de día, ...

***Las disfunciones de las ambulancias interfieren en gran medida en el proceso de alta o traslado***

Tener un servicio de ambulancias coordinado y puntual para los traslados a domicilio o interhospitalarios. Sus disfunciones interfieren en gran medida el proceso de alta o traslado para pruebas a otros centros.

### *11.2.1.11 Metodología de trabajo*

Disponer de una metodología de trabajo común a todas las unidades del hospital, facilita la integración del personal de enfermería en las unidades y asegura una atención de calidad al paciente, así como la existencia de estándares e

**Una metodología de trabajo común facilita la integración del personal de enfermería en las unidades**

indicadores de calidad, de una documentación clínica ágil con instrumentos para hacer el seguimiento de los cuidados y la evaluación (protocolos, procedimientos, trayectorias clínicas, planes de cuidados estandarizados, ...).

### **11.2.2 Factores intrínsecos que influyen en los comportamientos de buena práctica**

A continuación se detallan los factores intrínsecos que influyen en la práctica clínica que desarrollan las enfermeras.

Estos son los factores que han definido los grupos focales.

Para facilitar la comprensión y dada la gran cantidad de ideas que se recogieron, se presentan, por cada nivel de competencia, las constataciones hechas por los participantes y se han traducido todas en términos de comportamientos deseables.

#### **11.2.2.1 Saber: Conocimientos**

**Tener integrado el modelo de cuidados y los procesos de la organización**

Tener integrados los conocimientos propios de la profesión.

Tener integrado el modelo de cuidados de la organización.

Estar al día de las innovaciones y los avances tecnológicos y científicos de la profesión contrastados y aplicables a la actividad diaria.

**Estar al día de las innovaciones contrastadas**

Ser experta en los cuidados enfermeros que se dan en el área de trabajo asignada.

Conocer la mejor manera de hacer las cosas dentro de la organización y los circuitos y las normativas internas.

Conocer los recursos de los que se dispone para efectuar la actividad y los recursos externos para asegurar la continuidad asistencial.

**Saber qué se espera de uno mismo**

Saber qué se espera de uno mismo a través de los mandos intermedios.



### *11.2.2.2 Saber estar: Actitudes*

#### ***Compartir el modelo de cuidados***

Compartir la filosofía y el modelo de cuidados del centro.

Responsabilizarse de lo que se está haciendo y tener una actitud crítica para cambiar lo que no funciona.

#### ***Ser accesible al paciente y a los familiares***

Ser accesible al paciente y a los familiares y estar abierta a la multiculturalidad.

#### ***Trabajar en equipo***

Ser propenso a trabajar en equipo y evitar las conductas individualistas.

#### ***Abierta al diálogo***

Estar abierta al diálogo y a la discusión para encontrar la mejor solución y acuerdo, tanto con el paciente como con los colegas.

Aceptar con gusto los comentarios y las reflexiones de los miembros del equipo y de los otros turnos de trabajo.

#### ***Tomar decisiones clínicas dentro del ámbito de su competencia***

Valorar el rol autónomo como un valor de la profesión (entendiendo la autonomía como la libertad profesional de “hacer lo que conoce” para tomar decisiones clínicas dentro del ámbito de su competencia).

#### ***Participar en las propuestas consensuadas***

Tener disponibilidad para participar y ser parte activa en las propuestas que se lleven a cabo de forma consensuada dentro de la unidad.

### *11.2.2.3 Aptitudes y características personales*

#### ***Práctica reflexiva***

Desarrollar una práctica reflexiva.

#### ***Saber hacer frente a los conflictos con los pacientes, familias u otros profesionales***

Aceptar y comprender el hecho diferencial de las distintas culturas.

Tener capacidad negociadora y saber hacer frente a los conflictos con los pacientes, familias u otros profesionales.



Aceptar nuevos retos, tener ganas de avanzar y crecer profesionalmente.

***Perseverancia  
en los propósitos***

Gran capacidad de trabajo, disciplina, perseverancia en los propósitos y gran resistencia a la frustración.

Saber poner límites y no querer llegar donde los otros no llegan.

***Compartir con el resto  
del equipo***

Compartir con el resto del equipo los éxitos y los fracasos.

Saber valorarse, “desconectar” del trabajo y cuidar de uno mismo.

***Cuidar de uno mismo***

Tener sentido común, madurez personal y profesional.

*11.2.2.4 Querer hacer: Aspectos motivacionales*

***Compromiso  
profesional***

Compromiso profesional: participación en organizaciones profesionales, mantener una red de contactos para estar al día de la profesión, lectura de revistas profesionales, realizar formación continuada por propia iniciativa, ...

***Predisposición  
a participar***

Estar predispuesto y tener interés para participar en las propuestas de mejora que se hacen en el hospital o en la unidad.

***Disponibilidad***

Tener disponibilidad para aprender cada día y hacer propuestas innovadoras para huir de las rutinas de trabajo.

***Disfrutar del propio  
trabajo***

Disfrutar del propio trabajo, amar la profesión, sentimiento de pertinencia a la organización y voluntad de ayuda al otro.

***Sentirse respetado***

Sentirse bien remunerado, respetado, cuidado y estable en el lugar de trabajo.

*11.2.2.5 Saber hacer: Habilidades*

Tener las competencias propias del rol enfermero y saber desarrollar los comportamientos que están asociados a él (desde la perspectiva técnica, humana y científica). Entre otros:



***Capacidad de observación***

- Tener capacidad de observación para la detección de las necesidades del paciente y de la familia.

***Habilidad para enseñar***

- Tener habilidad para enseñar tanto al paciente (educación para la salud) como a los estudiantes y profesionales de nueva incorporación.

***Compartir responsabilidades***

- Estar integrado dentro del equipo, saber compartir responsabilidades y participar en las tareas de la unidad.

***Interrelacionarse***

- Saber interrelacionarse con los otros, negociar y resolver conflictos.

***Delegar***

- Saber delegar y gestionar los recursos humanos de los que dispone en su equipo.

***Motivar al resto del equipo***

- Saber liderar proyectos, motivar al resto del equipo y emprender nuevas acciones.

***Reaccionar ágilmente ante situaciones imprevistas***

- Tener habilidad para reaccionar ágilmente ante situaciones imprevistas y para trabajar en situaciones de presión.
- Saber argumentar y asumir los cambios organizativos o las diferencias culturales dentro de una organización.

***Aprender de la propia experiencia***

- Tener capacidad de aprender y mejorar de la propia experiencia y de la de los otros.

***Gestionar el tiempo***

- Saber planificar sus actuaciones y gestionar el tiempo.
- Saber responder de manera cualificada ante las situaciones que se le presentan.

***Estar centrada en las preocupaciones y necesidades del paciente***

- Saber identificar el ámbito de cada problema sin consideraciones innecesarias y estar centrada en las preocupaciones y necesidades del paciente.

## 12. Cómo hacer frente a los factores que influyen en la buena práctica

***Acciones o iniciativas que pueden realizarse desde los hospitales o desde la administración***

A partir de las agrupaciones de las ideas formuladas por los grupos focales, se envió un cuestionario con una carta a 71 mandos enfermeros, vía correo electrónico, solicitando su colaboración y pidiendo que, a partir de la información que se acompañaba (comportamientos de buena práctica y factores extrínsecos e intrínsecos que influían definidos por los grupos focales y algunos mandos enfermeros), dieran su opinión sobre qué acciones o iniciativas pueden realizarse desde los hospitales o desde la administración.

### **12.1. Acciones e iniciativas más significativas que se pueden llevar a cabo en los hospitales definidas por los mandos**

Participar de forma activa, tanto las direcciones como las enfermeras, en la toma de decisiones sobre cambios estructurales y/o organizativos.

***Mandos facilitadores del trabajo de los profesionales***

Las direcciones y los mandos tienen que ser facilitadores del trabajo de los profesionales, tanto desde la vertiente más técnica y organizativa como desde la de gestión del potencial humano.

***Mando participativo, consultivo y democrático***

Adoptar un modelo de mando participativo, consultivo y democrático, que se ponga al servicio de los profesionales e integrar las propuestas e iniciativas de los profesionales evaluadas y ponderadas por grupos de expertos.

***Apoyar la autonomía de las enfermeras***

Apoyar la autonomía de las enfermeras en el desarrollo de su rol, fomentando que éstas lideren la gestión de los cuidados, tomen decisiones y participen en la organización de los procesos asistenciales.

***Canales de comunicación transversales y verticales que aseguren la transmisión de la información***

Establecer canales de comunicación transversales y verticales que aseguren la transmisión de la información de forma veraz y transparente, entre los propios profesionales, equipos de trabajo, mandos intermedios, dirección, ...

***Pactar objetivos entre profesionales de un mismo entorno***

Desarrollar la gestión por procesos facilita la relación interprofesional y es clave para la consecución de los objetivos. Pactar objetivos comunes entre profesionales de un mismo entorno (unidad, servicio, dirección clínica, ...).

***Estimular el avance personal y profesional***

Evaluar sistemáticamente los resultados y la contribución de los miembros de los equipos de cuidados enfermeros, estimulando el avance personal y profesional, reconociendo e incentivando los buenos resultados, e incluyendo en los procesos de evaluación una opinión experta que ayude al desarrollo de los profesionales.

***Feed-back experto que ayude al desarrollo de los profesionales***

Mejorar la organización de los sistemas de apoyo, reorientando su actividad para tener una mayor orientación al cliente (interno y externo): administración, admisiones, informática, farmacia, almacén, laboratorios, ... para que las enfermeras puedan centrar su atención en los pacientes y las familias.

***Definir de forma esmerada los procesos asistenciales***

Definir de forma esmerada los procesos asistenciales, implementar las trayectorias clínicas.

***Espacios que favorezcan la comunicación interprofesional***

Crear espacios que ayuden a la comunicación entre jefes de servicio médicos y supervisoras y hacer intercambios periódicos para consensuar y asentar criterios de equipo y de organización.

***Facilitar el trabajo en equipo***

Potenciar y facilitar el trabajo en equipo entre enfermeras dando espacio y tiempo para intercambiar experiencias.

Disponer de unos buenos registros on-line para la adecuación de la dotación de personal de enfermería a las cargas de trabajo de forma permanente.

**Reconocimiento retributivo**

Reconocer económicamente la contribución de las enfermeras al proceso asistencial.

**Plantilla complementaria estable**

Disponer de una plantilla complementaria estable, disminuir la rotación de personal suplente y los contratos temporales adecuando las plantillas a la dotación prevista y a las ausencias derivadas de la conciliación de la vida laboral y personal.

**Plan de acogida y tutoría**

Establecer planes de acogida formales y tutorías, para los nuevos graduados incorporados.

Facilitar un período de formación antes de entrar a trabajar en un servicio nuevo.

**Áreas de trabajo ergonómicas**

Crear áreas de trabajo más ergonómicas y adecuarlas con recursos tecnológicos para mejorar la calidad de vida en el trabajo.

**Apoyo emocional**

Disponer de un consultor, como terapeuta de grupo, para dar apoyo emocional a las enfermeras.

**Planes de formación para desarrollar competencias**

Desarrollar planes formativos de acuerdo con las necesidades detectadas y orientados al desarrollo de las competencias más importantes, tanto para los cuidados enfermeros como para nuevos ámbitos de práctica profesional.

**Formación en servicio**

Potenciar la formación en servicio, sobre la base de los problemas reales, generados en los cuidados enfermeros y derivados de la práctica reflexiva, con metodologías centradas en la reflexión, en la búsqueda de evidencias y en la participación.

Retribuir una parte del tiempo para la formación.

**Mayor integración de las escuelas de enfermería en los hospitales**

Favorecer una mayor integración de las escuelas de enfermería en los hospitales para acercar más la asistencia y la docencia.

***Facilitar los recursos adecuados: camas eléctricas de altura variable, grúas adaptadas, utillaje seguro, ...***

Facilitar recursos materiales adecuados, adecuación de espacios y recursos como el equipamiento necesario para asegurar el confort del paciente y la seguridad laboral del personal: camas eléctricas de altura variable; grúas adaptadas a la tipología de pacientes y a la arquitectura de las habitaciones; utillaje que evite riesgos a los pacientes y facilite el trabajo de las enfermeras (pulsiómetros, bombas de infusión, ...).

***Nuevas tecnologías de la información al alcance de las enfermeras***

Integrar en los servicios enfermeros las tecnologías de la información y la comunicación para facilitar la sistematización de los planes de cuidados, el seguimiento de los procesos de los pacientes, los registros enfermeros, la evaluación y el trabajo multidisciplinar.

***Sistemas de información para la gestión de los cuidados enfermeros***

Disponer de las nuevas tecnologías de la información al alcance de las enfermeras en las unidades de hospitalización: ordenadores, PDA, acceso a internet, intranet, programas que ayuden a los registros enfermeros para hacer el seguimiento de los cuidados, programas que permitan agilizar la relación con la cocina, farmacia, laboratorio, ... y sistemas de información para la gestión de los cuidados enfermeros.

Potenciar sistemas informáticos útiles y ágiles a una estación de trabajo, para disminuir los tiempos indirectos de los cuidados enfermeros (registros, gestión de actividad, ...).

## **12.2 Acciones e iniciativas más significativas que se pueden llevar a cabo desde la administración**

***Planificar los recursos humanos necesarios teniendo en cuenta la evolución y los cambios demográficos***

Planificar los recursos humanos necesarios teniendo en cuenta la evolución y los cambios demográficos de la población para poder dar respuesta sobre la base de las necesidades de salud de los ciudadanos y el rol de las distintas profesiones sanitarias.

Desarrollar políticas de recursos humanos dirigidas a asegurar: condiciones laborales de las enfermeras, captación

***Políticas de recursos humanos orientadas a la especificidad del trabajo enfermero***

y asignación de responsabilidades de las enfermeras júnior, senior (jerarquización de las competencias).

Hacer campañas para explicar lo que hacen las enfermeras en los centros hospitalarios y en la sociedad, para incrementar el reconocimiento por parte de la sociedad y el compromiso social por parte de los profesionales.

***Políticas de contratación estable***

Hacer políticas de contratación para evitar la huida de las enfermeras a otros países.

***Formación superior de las enfermeras***

Desarrollar políticas educativas sobre la formación superior de las enfermeras y el desarrollo de las especialidades.

***Desarrollo de las especialidades***

Establecer un marco general de carrera profesional y reorientarla desde un enfoque económico hacia un enfoque profesional (niveles de competencia según los distintos lugares de trabajo).

***Retribución adecuada a la responsabilidad y la competencia profesional***

Retribuir de forma adecuada a la responsabilidad y según competencia profesional.

Definir estándares en cuidados enfermeros y evaluar los resultados haciendo difusión de ellos para poder compararlos.

***Estándares en cuidados enfermeros y evaluar los resultados***

Impulsar la formación continuada y, si procede, que se sobrepasen las subvenciones del Fondo Europeo a cargo del propio hospital.

Crear una red de ambulancias adecuada a las necesidades.

***Actualizar la estructura***

Dotar a los hospitales de presupuesto de reposiciones para poder actualizar las instalaciones, el mobiliario y el equipamiento asistencial.



---

## Recomendaciones finales



## 13. Recomendaciones finales

En la tabla siguiente incorporamos, a modo de síntesis, 18 recomendaciones a partir de 5 ejes. Cada una de las recomendaciones se ha construido fruto de las aportaciones expuestas en los distintos apartados de este informe técnico.

Ejes	Recomendaciones
<p><i>Gestión de cuidados</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Adecuar la dotación de enfermeras</b> al trabajo interdisciplinar y a la mejora continua, sobre la base de los comportamientos deseables de buena práctica enfermera.</li> <li>• <b>Definir unos estándares de cuidados enfermeros</b> y evaluar de forma homogénea los resultados comparándose con los mejores. (Ver tabla 10)</li> <li>• <b>Establecer estándares de número de camas por unidades de hospitalización no superior a 25 camas</b>, siempre personalizable por tipología de cuidados del paciente ingresado.</li> <li>• <b>Distribuir a los pacientes en unidades de hospitalización donde prevalgan los criterios de perfil de cuidados</b> y perfil de paciente sobre la especialidad médica.</li> <li>• <b>Hacer un estudio multicéntrico</b>, de todos los hospitales de Cataluña, <b>para relacionar la dotación de enfermeras en las unidades de hospitalización</b> con las complicaciones a través del CMBD<sup>53</sup>.</li> </ul>
<p><i>Gestión de personas</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Adoptar políticas de recursos humanos dirigidas al desarrollo de las enfermeras:</b> Apoyando a la formación continua en servicio (sesiones clínicas de enfermería), el trabajo interdisciplinar y el acompañamiento y la evaluación por parte de los mandos.</li> <li>• <b>Implantar un mando participativo:</b> el entrenamiento y el acompañamiento a los profesionales, para asegurar la mejora continua de la calidad profesional y de sus resultados.</li> <li>• <b>Buscar fórmulas de estabilización contractual</b> que favorezcan la continuidad asistencial y en los equipos, una buena integración y fidelización en los centros y a la vez eviten la fuga de las nuevas profesionales a otros países.</li> </ul>

53. CMBD. Conjunto mínimo básico de datos. Registro sistemático de la morbilidad y de la actividad asistencial en los hospitales.

<p><b>Gestión de personas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fomentar la incentivación económica</b> y la potenciación de las profesionales competentes y responsables con políticas retributivas basadas en la competencia y en los resultados (pactos de objetivos).</li> <li>• <b>Mandos profesionalizados.</b> Se tendría que fomentar una escuela de mandos intermedios de enfermería para el sistema sanitario catalán.</li> </ul>
<p><b>Organización</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Estudiar y proponer formas organizativas que favorezcan la relación interdisciplinaria, el reconocimiento de las competencias y la autonomía profesional.</b></li> <li>• <b>Crear la figura de la tutora de acogida</b> que asegure la integración en la organización y en los equipos. En función de la experiencia que tiene la profesional que se incorpora, la tutora tiene una relación más o menos intensa y extensa en el tiempo. La tutora de acogida tiene un papel determinante en la integración cultural (valores de la organización) y en la integración a los sistemas de trabajo.</li> <li>• <b>Mejorar el funcionamiento de los servicios de apoyo asistencial:</b> unidosis efectiva, reposición automática de los stocks de farmacia, agilidad en la realización de pruebas diagnósticas, servicio de cocina eficiente, archivo de historias clínicas resolutivo,...</li> <li>• <b>Mejorar el funcionamiento de los servicios de apoyo no asistencial:</b> reposiciones automáticas de material y de ropa. Mantenimiento preventivo. Apoyo administrativo. Tubos neumáticos, ... El mal funcionamiento de estos servicios en muchas ocasiones es en gran parte el responsable de la sobrecarga de trabajo que hay en las unidades de hospitalización.</li> </ul>
<p><b>Espacios y equipamientos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dotar a los hospitales de presupuesto de reposiciones y obras que mejore la obsolescencia de los equipamientos</b> (camas, grúas, espacios para dar información a los familiares, salas de trabajo amplias, zonas de estar de los familiares y pacientes).</li> <li>• <b>La obsolescencia de algunas instalaciones dificulta el trabajo asistencial y de equipo.</b> (Ver tabla 1 1)</li> </ul>
<p><b>Sistemas de información</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Incorporar activamente sistemas de información integrados a la asistencia y gestión de los cuidados</b> de los pacientes hospitalizados. (Estación clínica que permita la elaboración y el seguimiento del plan de cuidados).</li> <li>• <b>Disponer de herramientas de gestión</b> para la planificación y evaluación de las actividades y recursos de las unidades de hospitalización.</li> </ul>

**Tabla 10. Recomendaciones de equipos de enfermería**

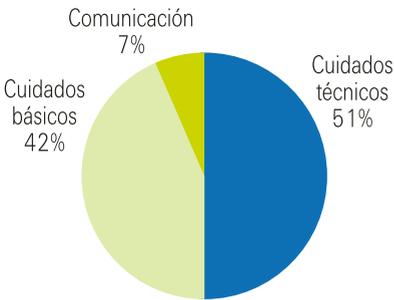
Recomendamos que la dotación del personal de enfermería en las unidades de hospitalización se planifique siempre a partir del perfil de cuidados y del perfil del paciente.

A continuación hemos elaborado una tabla que puede servir de guía para una planificación con criterios de calidad.

En el apartado de perfil del paciente se han incorporado ejemplos.

**Tiempo de cuidados directos más tiempo de organización: 5,29 h paciente/día**

**Perfil de cuidados / 24 h**



**Perfil del paciente**

- Paciente > de 80 años.
- Necesidad de ayuda total para actividades vida diaria (AVD).
- Proceso agudo con comorbilidad.

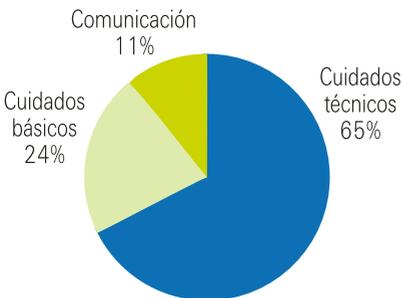
**Estándares de equipos**

Un equipo de una enfermera y una auxiliar de enfermería para:

- 6-8 pacientes en turno de día.
- 12-13 pacientes en turno de noche.
- Festivos igual.

**Tiempo de cuidados directos más tiempo de organización: 3,91 h paciente/día**

**Perfil de cuidados / 24 h**



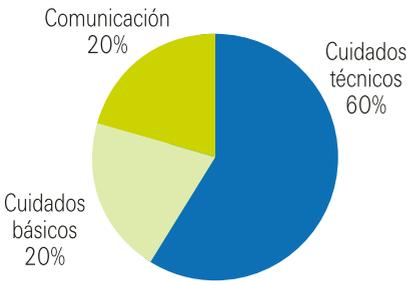
**Perfil del paciente**

- Paciente < de 74 años.
- Necesita ayuda total para al menos dos AVD.
- Proceso agudo médico o quirúrgico con comorbilidad.
- Por ejemplo: paciente oncológico, hematológico y infeccioso.

**Estándares de equipos**

Un equipo de una enfermera y una auxiliar de enfermería para:

- 8-10 pacientes en turno de día.
- 14-15 pacientes en turno de noche.
- Festivos igual.

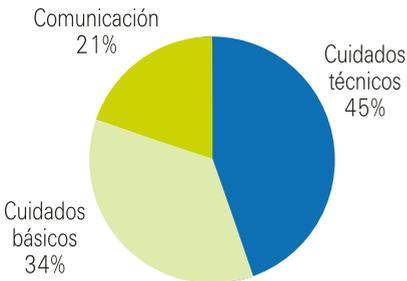
**Cuidados directos más organización: 2,8 h paciente/día****Perfil de cuidados / 24 h****Perfil del paciente**

- Paciente < de 74 años.
- Necesita ayuda parcial para dos AVD o más.
- Proceso agudo médico o quirúrgico sin comorbilidad destacable.

**Estándares de equipos**

Un equipo de una enfermera y una auxiliar de enfermería para:

- 10-12 pacientes en turno de día.
- 15-16 pacientes en turno de noche.
- Festivos igual.

**Cuidados directos más organización: 1,8 h paciente/día****Perfil de cuidados / 24 h****Perfil del paciente**

- Paciente < de 40 años.
- Proceso agudo sin comorbilidad destacable.
- Por ejemplo: parto sin complicaciones, cuidados de la madre y del bebé.

**Estándares de equipos**

Un equipo de una enfermera y una auxiliar de enfermería para:

- 12-15 pacientes en turno de día.
- 16-18 pacientes en turno de noche.
- Festivos igual.

**Tabla 11. Recomendaciones de espacios y equipamientos**

**Requerimientos generales**

- Se aconseja que las unidades de hospitalización comprendan tanto **habitaciones dobles** como **habitaciones de uso individual con posibilidad de convertirse en dobles**.  
**Las habitaciones de uso individual mejoran la comodidad de los pacientes y familiares**, lo que facilita la creación de un ambiente agradable y estimula la recuperación del paciente.
- En el caso concreto de la **unidad de hospitalización oncológica**, dada la tipología de los pacientes, **la mayoría de las habitaciones tendrían que ser de uso individual**.
- Todas **las unidades de hospitalización tienen que ser concebidas sin barreras arquitectónicas** para facilitar la movilidad y promover la autonomía.
- Debido al aumento de la complejidad de los pacientes hospitalizados, para poder garantizar y facilitar la actividad asistencial así como la atención multidisciplinaria coordinada e integrada:
  - **Las unidades de hospitalización se ordenarán siguiendo criterios de sinergias de perfiles de cuidados y perfiles de pacientes.**
  - **El área de hospitalización se localizará próxima y bien comunicada** al área de urgencias, bloque quirúrgico, radiología, bloque diagnóstico y hospitalización de críticos.
  - Se tendrá que **garantizar la conexión logística directa entre las áreas de hospitalización**, esterilización, farmacia y laboratorios.
- El diseño de las unidades de hospitalización tendrá que **favorecer la calidad de la práctica asistencial y la calidad de las infraestructuras hospitalarias**. Por todo esto, es fundamental tener en cuenta aspectos como la iluminación, la climatización y la amplitud de espacios, que “humanizan” las infraestructuras y favorecen la recuperación del paciente.

Requerimientos orientados al paciente y a su familia

- **El número de camas por habitación tendría que ser entre 1 y 2**, dependiendo de las necesidades que surjan y se explicitarán en el programa funcional.
- **Las medidas de las habitaciones tienen que garantizar un ambiente confortable para el paciente y dos acompañantes**, tienen que incluir lavabo, WC, ducha y mobiliario accesorio.
- La habitación tiene que permitir **acceso y movilidad fácil de los profesionales que realizan los cuidados**.
- **Las camas tienen que ser automatizadas y de altura variable**, que permitan la autonomía del paciente para su movilidad.
- **La unidad tiene que disponer de un baño asistido**.
- **La unidad tiene que disponer de intercomunicadores visuales y de voz**, que permitan la comunicación entre el paciente y los familiares con los profesionales.

Requerimientos enfocados a los profesionales

- **Control de enfermería ubicado en una zona que permita la vigilancia y seguridad de los pacientes**. Tiene que estar visible a la entrada de la unidad, facilitando la información a los visitantes.
- **Sistemas de información que faciliten la transmisión de información y la comunicación** entre profesionales.
- **Despacho para la gestora de la unidad**.
- **Zona de trabajo limpia** para preparar el material necesario para realizar las curas.
- **Sala de descanso** del personal.
- **Área común de trabajo**.
- **Lavabos para el personal**.

*Requerimientos orientados a las actividades de apoyo*

- **Sistema de preparación y distribución eficiente de medicamentos automatizada:** *Dosis unitaria y almacén informatizado.*
- **Local para los residuos:** *Tiene que ser un espacio reservado para poner los contenedores cerrados de residuos que se hayan generado en la unidad y de fácil recogida.*
- **Sistema de transporte directo entre áreas o servicios.** *Por ejemplo tubo neumático.*
- **Zona de almacenaje que facilite la visualización y la reposición para los productos** *de farmacia, el material fungible, el material de papelería, el material de limpieza, los productos de lavandería, para los equipos permanentes (bombas de administración de medicamentos, alimentación). Se aconseja incorporar los sistemas de carros y de fácil reposición.*
- **Zona de trabajo sucia:** *Tiene que ser un espacio reservado para circuito sucio y totalmente independiente de las zonas de trabajo relacionadas con el paciente.*
- **Office.**

## 14. Relación de gráficos y tablas

Gráfico 1	Módulos de actividad según el PRN. El sistema PRN mide la demanda global de cuidados enfermeros a través de tres módulos de actividades .....	25
Gráfico 2	Desglose de las intervenciones de las enfermeras.....	26
Gráfico 3	Cuidados directos e indirectos (CDI).....	27
Gráfico 4	Tasa de habitantes por enfermera en Cataluña .....	32
Gráfico 5	Número de unidades según número de camas por enfermera y turno.....	53
Gráfico 6	Valor máximo, moda y mínimo de la ratio pacientes - enfermera observado en cada turno.....	54
Gráfico 7	Distribución porcentual de las estancias parciales por grupos de hospitales .....	58
Gráfico 8	Distribución porcentual de les estancias parciales por tipo de unidades de hospitalización.....	58
Gráfico 9	Distribución de la actividad en un hospital del Grupo I .....	59
Gráfico 10	Distribución del tiempo medio de cuidados por tipo de intervención de cuidados en los hospitales estudiados.....	60
Gráfico 11	Distribución del tiempo medio de cuidados por tipo de intervención en unidades médicas .....	61
Gráfico 12	Distribución del tiempo medio de cuidados por tipo de intervención en unidades quirúrgicas.....	62
Gráfico 13	Distribución porcentual de las estancias totales por tiempo medio de cuidados por grupo de hospitales .....	63
Gráfico 14	Demanda de actividad global, en horas, de un hospital del Grupo IV en un período de 2 años .....	64
Gráfico 15	Evolución del perfil de cuidados en un hospital del Grupo IV en un período de 2 años .....	65
Gráfico 16	Evolución del tiempo medio de cuidados por paciente y día por tipo de especialidades en un hospital del Grupo IV en un período de 2 años .....	66
Gráfico 17	Intervalo de tiempo medio de cuidados, en horas, mínimo y máximo por especialidad médica en los hospitales estudiados.....	67
Gráfico 18	Perfil de cuidados de un paciente atendido en la especialidad de Medicina Interna en los hospitales estudiados.....	68
Gráfico 19	Perfil de cuidados de un paciente atendido en la especialidad de Cirugía General en los hospitales estudiados.....	68

Gráfico 20	Perfil de cuidados de un paciente atendido en la especialidad de Traumatología en los hospitales estudiados .....	69
Gráfico 21	Perfil de cuidados de un paciente atendido en la especialidad de Pediatría en los hospitales estudiados .....	69
Gráfico 22	Perfil de cuidados de un paciente atendido en la especialidad de Obstetricia en los hospitales estudiados .....	70
Gráfico 23	Distribución de las estancias por franjas de edad y grupos de hospitales .....	72
Gráfico 24	Distribución de las estancias en unidades médicas por franjas de edad y grupos de hospitales .....	73
Gráfico 25	Distribución de las estancias en unidades quirúrgicas por franjas de edad y grupos de hospitales .....	73
Gráfico 26	Perfil de cuidados de un paciente de 75 años atendido en especialidades médicas .....	74
Gráfico 27	Perfil de cuidados de un paciente de 75 años atendido en especialidades quirúrgicas .....	74
Gráfico 28	Perfil de cuidados de una mujer autóctona atendida por parto normal .....	76
Gráfico 29	Perfil de cuidados de una mujer extranjera atendida por parto normal .....	76
Gráfico 30	Tiempo de cuidados totales por día de la semana en los hospitales estudiados y por especialidad médica .....	78
Gráfico 31	Distribución porcentual del tiempo de cuidados por turnos de trabajo y por tipo de unidades de hospitalización .....	78
Gráfico 32	Tasa de ajuste de personal ante la actividad de cuidados en los hospitales del estudio .....	81
Gráfico 33	Tasa de ajuste de personal ante la actividad de cuidados por día de la semana y por tipo de unidades .....	81
Gráfico 34	Tasa de ajuste de personal ante la actividad de cuidados por grupos de hospitales .....	82
Gráfico 35	Tasa de adecuación de los cuidados dados en relación a los cuidados necesarios en los grupos de hospitales estudiados .....	83
Gráfico 36	Adecuación de las intervenciones de cuidados en minutos por paciente y día en los grupos de hospitales estudiados .....	84

Tabla 1	Medios de obtención del estado de opinión y temas tratados.....	21
Tabla 2	Preguntas formuladas a los tres grupos focales.....	22
Tabla 3	Número de respuestas generadas y síntesis final a partir del trabajo de los grupos focales.....	23
Tabla 4	Preguntas formuladas en el cuestionario distribuido por correo electrónico a las direcciones de enfermería.....	24
Tabla 5	Distribución de los 17 hospitales por grupos y cartera de servicios.....	28
Tabla 6	Pacientes por enfermera propuestos por distintas asociaciones californianas.....	51
Tabla 7	Pacientes por enfermera según tipo de unidad (valores estimados para todos los hospitales y unidades). Estudio hecho por el Departamento/CDS (California Department of Health Services).....	52
Tabla 8	Ratio camas - enfermera en 54 unidades de hospitalización de agudos de Cataluña.....	53
Tabla 9	Clasificación de los factores extrínsecos e intrínsecos que influyen en la buena práctica de la enfermera de noches para los grupos focales.....	87
Tabla 10	Recomendaciones de equipos de enfermería.....	108
Tabla 11	Recomendaciones de espacios y equipamientos.....	110

## 15. Bibliografía

1. Needelman J, Buerhaus P, Mattke S. Nurse-staffing levels and patient outcomes in hospital. Final report for Health Resources and Services Administration. Harvard School of Public Health, editor. 230-99-0021. 2001. Boston, MA. Ref Type: Report.
2. Kovner C, Gergen PJ. Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S hospitals. *Journal of nursing scholarship* 1998; 30(4):315-321.
3. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JF. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *Jama* 2002; 288(16):1987-1993.
4. Needelman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-Staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med* 2002; 346(22):1715-1722.
5. Hickam DH, Severance S, Feldestein A, et al. The effect of health care working conditions on patient safety. Evidence report/technology assessment number 74. Agency for health research and quality Publication 3-E301. 2003. Ref Type: Serial (Book, Monograph).
6. Sasichay T, Scalzi CC, Jaward AF. The relationship between nurse staffing and patient outcome. *J Nurs Adm* 2003; 33(9):478-485.
7. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 2003; 290(12):1617-1623.
8. Person SD, Allison JJ, Kiefe CI, Weaver MT, Williams OD, Centor RM. et al. Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Med Care* 2004; 42(1):4-12.
9. Mark BA, Harless DW, McCue M, Xu Y. A longitudinal examination of hospital registered nurse staffing and quality of care. *Health Services Research* 2004; 39(2):279-300.
10. Kovner C, Gergen PJ. Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S hospitals. *Journal of nursing scholarship* 1998; 30(4):315-321.
11. Unruh L. Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals. *Med Care* 2003; 41(1): 142-152.
12. Cho SH, Ketefian S, Smith DG, Barkauskas VH. The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. *Nursing Research* 2003; 52(2):71-79.
13. Tutuarima JA, Haan RJ, Limburg M. Number of nursing staff and falls: a case-control study on falls by stroke patients in acute-care settings. *Journal of Advanced Nursing* 1993; 18(7):1101-1105.
14. Donat DC. Impact of improved staffing on seclusion/restraint reliance in a public psychiatric hospital. *Psychiatr Rehabil J* 2002; 25(4):413-416.

15. Adams A, Bond S. Staffing in acute hospital wards: part 1. The relationship between number of nurses and ward organizational environment. *Journal of Nursing Management* 2003; 11(5):287-292.
16. Burke RJ. Hospital restructuring, workload, and nursing staff satisfaction and work experiences. *Health Care Manag* 2003; 22(2):99-107.
17. Needelman J, Buerhaus P, Mattke S. Nurse-staffing levels and patient outcomes in hospital. Final report for Health Resources and Services Administration. Harvard School of Public Health, editor. 230-99-0021. 2001. Boston, MA. Ref Type: Report.
18. Segovia C, Navalpotro S. Artículo comentado: Nivel educativo de las enfermeras de hospital y Mortalidad de pacientes quirúrgicos. *Enf Clin* 2005; 15(2):103-105.
19. Aiken LH, Smith H & Lake ET. Lower Medicare Mortality Among a Set Hospitals known for Good Nursing Care. *Medical Care* 1994; 32(8): 771-787
20. Lake ET. Development of practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*. 2002; 25: 176-188.
21. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos (Parte I). *Nursing*; 2005; 23 (3): 8-13.
22. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos (Parte II). *Nursing*; 2005; 23 (4): 15-19.
23. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos (Parte III). *Nursing*; 2005; 23 (5): 14-17.
24. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos (Parte IV). *Nursing*; 2005; 23 (6): 21-25.







COL·LEGI OFICIAL  
**INFERMERIA**  
DE BARCELONA



IL·LM. COL·LEGI OFICIAL  
DE DIPLOMATS EN INFERMERIA  
DE TARRAGONA



IL·LM. COL·LEGI OFICIAL  
DE DIPLOMATS EN INFERMERIA  
DE LLEIDA



**Col·legi Oficial de Diplomats en  
Infermeria de Girona**