

DIEGO AYUSO MURILLO  
RODOLFO F. GRANDE SELLERA  
(Directores-coordinadores)

# LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA Y LOS SERVICIOS GENERALES EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

2ª edición



Madrid • Buenos Aires • México • Bogotá



## AUTORES

---

### DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN

**Diego Ayuso Murillo.**

Graduado en Enfermería y Licenciado en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid. Máster en Dirección y Administración de Empresas ICAI-ICADE. Doctor por la UNED.

**Rodolfo Felipe Grande Sellera.**

Ingeniero T. Industrial y Técnico Superior de Prevención en la empresa. Máster en Gestión de la Prevención.

### AUTORES

**Laura Alfaro Cadenas.** Directora de Calidad, Medio Ambiente y RSC del Hospital Universitario General de Villalba. Collado Villalba. Madrid.

**Sonia Aparicio Ibáñez.** MBA en Gestión de la Salud. Enfermera Especialista en Pediatría. Experta en seguridad del paciente. Directora de Enfermería. Vithas Madrid Aravaca.

**Diego Ayuso Murillo.** Enfermero. Secretario General. Consejo General de Enfermería de España. Profesor Cursos FNN, Universidad Europea de Madrid y el Instituto Superior de Formación Sanitaria. Madrid.

**Luis Carretero Alcántara.** Licenciado en Económicas. Consultor en Telomera Healthcare. Palma de Mallorca.

**María Victoria Crespo Torres.** Directora Corporativa de Enfermería. Departamento Corporativo de Personas y Organización. Grupo QuironSalud. Madrid.

**Cristina Cuevas Santos.** Enfermera Experta en Gestión Sanitaria. Madrid.

**David Delgado Hidalgo.** Enfermero. Máster en Dirección y Gestión de Enfermería. Máster en Dirección e Intervención Sociosanitaria. Dirección de Enfermería y Servicios Sociosanitarios. Madrid.

**María Enríquez Jiménez.** Doctora en Enfermería. Supervisora de la unidad de Neumología del Hospital 12 de Octubre. Máster en Gestión de unidades clínicas asistenciales. Experto Universitario en Gestión y Calidad desde el liderazgo enfermero. Máster en investigación de cuidados de salud. Madrid.

**Juan Carlos Fernández Gonzalo.** Doctor en Enfermería. Profesor Universidad Europea de Madrid. Enfermero Urgencias. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

**Guadalupe Fontán Vinagre.** Enfermera gestora. Coordinadora del Instituto Español de Investigación Enfermera. Consejo General de Enfermería. Madrid.

**Soledad Gallardo Bonet.** Licenciada en Antropología, Diplomada en Enfermería. Directora Gerente Hospital de Inca. Palma de Mallorca.

**Rodolfo Felipe Grande Sellera.** Ingeniero Técnico Industrial. Jefe de Servicio de Mantenimiento e Infraestructuras. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

**María Guedes Perera.** Diplomada de Enfermería. Directora de Comunicación y Marketing Croma España. Supervisora Central Esterilización Hospital Universitario Burgos.

**Roberto Guerrero Menéndez.** Doctor en Enfermería. Clinical Instructor, Blackrock Health Hermitage Clinic, Dublín (Irlanda). Postgraduate Certificate (PGCert) in Healthcare Innovation (University College Dublin -UCD-), PGCert Strategic Leadership in Healthcare (UCD), PGCert Process Improvement in Healthcare, Lean Six-Sigma Greenbelt (UCD). Dublín.

**Jesús Guinea Jaime.** Supervisor de Productos, Equipamiento y Tecnología sanitaria. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

**Susana Lorenzo Martínez.** Doctora en Medicina y Cirugía. Jefe de Área de Calidad y Gestión de Pacientes. Admisión, Documentación Clínica, Atención al Usuario y Trabajo Social e Información. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

**José Macías Macías.** Ingeniero Técnico Industrial del Hospital Infanta Elena de Huelva. Profesor Asociado del Departamento de Ingeniería Eléctrica, Térmica, de Diseño y proyectos. Universidad de Huelva.

**Joan Carles March Cerdá.** Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Profesor Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

**Mariona Marrugat Brossa.** Enfermera Experta en Medicina Preventiva. Palma de Mallorca.

**David Medina Díaz.** Enfermero Gestor. Experto en seguridad del paciente. Coordinador de enfermería. Vithas Madrid Aravaca.

**Petra Moreno Martín.** Enfermera. Directora de Cursos FNN-Group. Madrid.

**Leticia Muller García.** Directora de Calidad, Medio Ambiente y RSC del Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro. Madrid.

**Antonio Palou Bretones.** Doctor en Derecho. Profesor Universidad Pontificia de Comillas. Madrid.

**Dolores Pita Tenreiro.** Directora de operaciones de Servicios Generales, SPS (Grupo QuirónSalud). Directora de Servicios Generales Hospital Universitario Fundación Jimenez Díaz. Madrid.

**M<sup>a</sup> Ángeles Prieto Rodríguez.** Doctora en Enfermería. Socióloga. Profesora Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

**Alberto Rando Caño.** Enfermero. Director de proyectos y formación cursos FNN-Group. Madrid.

**Manuel Revuelta Zamorano.** Enfermero. Máster Investigación en Cuidados. Coordinador Formación Continuada Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

**Pablo Emilio Rull Bravo.** Enfermero. Máster en Bioética. Formación Continuada Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

**María Cristina Sanchez Melgor.** Doctora en Biología. Directora de Calidad y Garante Técnico Croma España. Supervisora Central de Esterilización Hospital de Parla y Henares.

**Raquel Serrano Sanchez.** Diplomada en Enfermería. Directora de Operaciones Croma España.

**Aranzazu Tejero Zarca.** Responsable Nacional de Calidad y Área de Limpieza, SPS (Grupo QuirónSalud). Madrid.

**Blanca M<sup>a</sup> Tourné Izquierdo.** Supervisora de Productos, Equipamiento y Tecnología sanitaria. Hospital Universitario La Princesa. Madrid.

**Eloy Villalba Ballesteros.** Diplomado en enfermería. Executive MBA. Gerente SAMU061 Baleares. Palma de Mallorca.

## PRESENTACIÓN

---

En el año 1995 inicié mi trayectoria como gestor enfermero al asumir la responsabilidad y el puesto como Supervisor de Enfermería de la Unidad de Cuidados Críticos y Grandes Quemados en el Hospital Universitario de Getafe en Madrid. Había realizado un pequeño curso para supervisores de enfermería y mi desconocimiento del ámbito de la gestión era absoluto, pero el interés, empeño y gran tozudez en conseguir que yo asumiera el puesto de supervisión por parte de Maribel Carrión, mi supervisora de enfermería en ese momento y actual Directora de Enfermería del Hospital de Getafe, me llevó a decir sí a este reto, convencido de que yo era enfermero asistencial y que la gestión sería algo puntual en mi vida profesional. Sin duda estaba muy equivocado, ya que llevo 28 años dedicado a la gestión enfermera y la gestión sanitaria de forma exclusiva, y gracias a esa oportunidad he vivido con pasión mi vida profesional hasta la actualidad.

De la supervisión de enfermería en el Hospital Universitario de Getafe, pasé a ser Subdirector y Director de Enfermería en la Fundación Hospital Alcorcón, sin duda una experiencia única para mí y el espaldarazo definitivo a mi carrera profesional. Tener la oportunidad de participar en la apertura de un hospital, con un modelo de gestión sanitaria diferente al modelo clásico y con un equipo de profesionales irreplicable, trabajando unidos y en equipo, fue una experiencia clave para mí. Además, en este hospital conocí a mi compañero de proyecto en este libro, Rodolfo Felipe Grande Sellera, excelente gestor y conocedor en profundidad de la ingeniería hospitalaria, y lo mejor para mí, desde entonces amigos para siempre.

Durante mi trayectoria profesional he trabajado en nueve hospitales diferentes y he sido director de enfermería en siete de ellos, conociendo de primera mano la gestión sanitaria en cuatro comunidades autónomas de nuestro país, lo que me ha permitido conocer muchos equipos de gestión, mucha variedad en la manera de gestionar y adquirir una gran experiencia como gestor enfermero.

La gestión de enfermería tiene sentido estando coordinada con las otras grandes direcciones existentes en los hospitales, la dirección médica y la dirección de gestión

y servicios generales. Este libro es la segunda edición del manual que publicamos en 2006; tras el paso de 17 años es necesario modernizar los temas que tratamos inicialmente y darle un enfoque más real y actualizado de la gestión sanitaria adaptada a los momentos que vivimos ahora, como el cambio demográfico y social en nuestro país, que requiere un cambio de modelo asistencial más centrado en los pacientes con patologías crónicas, incorporando nuevos escenarios de cuidados acorde a las necesidades de la población, implantando tecnologías que ayuden a dar eficiencia al sistema y nuevos tratamientos. Sin duda incorporar esto en las organizaciones sanitarias requiere gestores con visión integral y trabajar de forma intensiva para la mejora continua de los procesos asistenciales con modelos de calidad basados en resultados en salud.

Todo lo anterior se enfoca en esta segunda edición, continuando con el planteamiento inicial que es poner en valor la relevancia de que la dirección de enfermería y sus equipos trabajen de forma coordinada y multiprofesional con la dirección de servicios generales, teniendo un objetivo principal, ofrecer los mejores servicios y cuidados tanto a pacientes como a familiares que acuden día a día a los hospitales para recibir la prestación sanitaria.

En esta segunda edición participan profesionales expertos en gestión sanitaria de enorme prestigio y a todos ellos les doy las gracias por su contribución y aportación en esta obra, planteando la gestión con un enfoque multidisciplinar y multiprofesional acorde con la realidad práctica del tema que abordamos.

Los capítulos que pueden encontrar en este libro son de enorme interés tanto para los gestores sanitarios que ya ejercen, como para los que tienen como objetivo algún día aportar y desarrollar su profesión en gestión sanitaria, haciendo un recorrido desde la importancia de gestionar personas, gestión de procesos, gestión de servicios y circuitos tanto en áreas asistenciales como no asistenciales, gestión de la calidad o gestión económica entre otros. En definitiva una visión amplia y global de las claves de la gestión sanitaria.

Mi puesto actual como Secretario General del Consejo General de Enfermería de España me permite tener una visión y un abordaje de temas de gran relevancia e impacto en las políticas de salud y gestión, gracias a ello puedo trabajar sin descanso por impulsar la profesión enfermera, a la que amo en todas sus vertientes, aportando mi granito de arena como gestor para seguir mejorando en la atención, los cuidados y la salud de ciudadanos y pacientes. Sin duda por todo ello me siento enormemente afortunado.

Espero que este libro sea de gran utilidad y sirva para conseguir mejorar e impulsar la gestión desde la experiencia y la aportación de todos los autores, compañeros y amigos que participan en este manual, y que sea de referencia para los amantes de la gestión sanitaria.

# ÍNDICE

---

<b>Autores</b> .....	7
<b>Presentación</b> .....	XI
<b>Capítulo 1. El paciente como eje central de la gestión sanitaria.</b> .....	1
<i>Diego Ayuso Murillo.</i>	
1. Introducción.....	1
2. Humanización de la asistencia.....	2
3. Los servicios de atención al paciente.....	7
4. Paciente activo.....	8
5. Asociaciones de pacientes.....	11
6. Enfermeras gestoras de casos y enlace.....	13
7. Gestión de la calidad asistencial centrada en los pacientes.....	16
8. Resumen.....	20
Referencias bibliográficas.....	21
<b>Capítulo 2. Gestión de personas en las organizaciones sanitarias.</b> .....	23
<i>Guadalupe Fontán Vinagre.</i>	
1. Introducción.....	23
2. El proceso clínico, los cuidados y los servicios generales.....	24
3. Gestión del centro. Plan estratégico.....	26
4. Política y gestión de personas.....	27
5. Ética en la gestión de personas.....	41
6. Tendencias de futuro para la gestión de personas.....	42
7. Resumen.....	44
Referencias bibliográficas.....	44
<b>Capítulo 3. Dirección por objetivos en las organizaciones sanitarias.</b> .....	48
<i>Luis Carretero Alcántara.</i>	
1. Introducción.....	48
2. El proceso de despliegue de los objetivos. Desde el hospital y el sistema de salud hasta las distintas unidades.....	49



3. Factores relevantes en la fijación de objetivos. ....	57
4. Objetivos y motivación.....	64
5. Resumen. ....	66
Bibliografía.....	67
<b>Capítulo 4. Claves para el desarrollo de un cuadro de mando.....</b>	<b>69</b>
<i>Rodolfo F. Grande Sellera.</i>	
1. Introducción.....	69
2. Definición de cuadro de mando. ....	69
3. Funcionalidad de los cuadros de mando. ¿Para qué sirve?.....	70
4. Decálogo en la elaboración de un cuadro de mando. ....	71
5. Componente clave del cuadro de mando: indicadores. ....	72
6. Clasificación de indicadores. Tipos. ....	73
7. Usuarios del cuadro de mando. El <i>controller</i> . ....	75
8. El cuadro de mando como herramienta en la política de dirección por objetivos.....	76
9. Buscando objetivos de mejora. Los mapas estratégicos.....	76
10. Procesado de información.....	78
11. Ejemplo práctico 1: cuadro de mando de gestión de residuos.....	80
12. Ejemplo práctico 2: cuadro de mando de gestión del área de Urgencias.....	84
13. Resumen. ....	89
Bibliografía.....	90
<b>Capítulo 5. Habilidades Directivas.....</b>	<b>93</b>
<i>Diego Ayuso Murillo.</i>	
1. Introducción.....	93
2. Definición de dirección.....	93
3. Liderazgo y dirección. ....	96
4. La motivación en el trabajo. ....	102
5. Negociación. ....	107
6. Descentralización de la gestión. ....	111
7. Instrumentos para la toma de decisiones. ....	112
8. La delegación de tareas.....	113
9. El trabajo en equipo. ....	114
10. Coaching.....	116
11. Resumen. ....	119
Bibliografía.....	120
<b>Capítulo 6. La comunicación interna en las organizaciones sanitarias. ....</b>	<b>123</b>
<i>Joan Carles March Cerdá. M<sup>a</sup> Ángeles Prieto Rodríguez.</i>	
1. Introducción.....	123
2. La gestión de la comunicación interna. ....	125

3. Principales variables que intervienen en la comunicación interna en los centros sanitarios.....	127
4. Auditorías de comunicación interna (ACI).....	131
5. Los planes de comunicación interna en las organizaciones sanitarias.....	140
6. Resumen.....	149
Bibliografía.....	149
<b>Capítulo 7. Unidades de hospitalización.....</b>	<b>153</b>
<i>Sonia Aparicio Ibáñez. David Medina Díaz.</i>	
1. Introducción.....	153
2. Hospitalización convencional o unidades de enfermería de hospitalización.....	154
3. Hospitalización alternativa.....	156
4. La gestión en las unidades de hospitalización.....	161
5. Análisis de las necesidades de la plantilla.....	166
6. Aumento de la esperanza de vida. Los niveles de dependencia.....	168
7. Los recursos materiales.....	169
8. La gestión de stock de farmacia y la unidosis.....	172
9. Resumen.....	173
Bibliografía.....	174
<b>Capítulo 8. La gestión del bloque quirúrgico.....</b>	<b>175</b>
<i>Maria Victoria Crespo Torres.</i>	
1. Introducción.....	175
2. Gestión de la actividad quirúrgica.....	176
3. Comisión de programación quirúrgica.....	179
4. Cuadro de mando en un bloque quirúrgico.....	179
5. Seguridad del paciente.....	180
6. Análisis y planeación de la calidad de un bloque quirúrgico.....	181
7. Gestor del bloque quirúrgico.....	181
8. Gestión de recursos materiales y control del gasto. Planificación de compras, organización de almacenes y control de consumos en un bloque quirúrgico.....	182
9. Central de esterilización.....	184
10. Limpieza y desinfección de un bloque quirúrgico.....	185
11. La bioseguridad en el bloque quirúrgico.....	186
12. Comité de infecciones.....	186
13. Resumen.....	187
Bibliografía.....	187
<b>Capítulo 9. Área ambulatoria.....</b>	<b>189</b>
<i>Roberto Guerrero Menéndez. María Enriquez Jimenez.</i>	
1. Introducción.....	189

2. Mejora de la calidad y atención centrada en la persona aplicados al diseño, distribución y funcionamiento de los centros de atención ambulatoria.....	191
3. Organización de la asistencia ambulatoria. Tipos de intervenciones asistenciales.....	197
4. Organización y gestión de las unidades asistenciales. Relación cliente/proveedor.....	205
5. Potenciación del rol enfermero en el área ambulatoria. ....	208
6. Citación en el área ambulatoria. ....	209
7. Resumen. ....	211
Referencias bibliográficas. ....	212
<b>Capítulo 10. Gestión de las centrales de esterilización. ....</b>	<b>217</b>
<i>Raquel Serrano Sánchez. María Guedes Perera. María Cristina Sánchez Melgor.</i>	
1. Introducción.....	217
2. De la descentralización a la centralización: un camino a medio recorrer.....	218
3. Trazabilidad, nuestra gran aliada.....	219
4. Trazabilidad digital mediante códigos UDI.....	220
5. El papel de la enfermería en las centrales de esterilización (CE) y su situación actual.....	221
6. Métodos de esterilización.....	222
7. Controles del proceso de esterilización.....	227
8. Pasos en el procesamiento del instrumental.....	230
9. Nuevo Real Decreto de productos sanitarios.....	236
10. Resumen.....	240
Bibliografía.....	241
<b>Capítulo 11. Admisión y gestión de camas.....</b>	<b>243</b>
<i>Juan Carlos Fernández Gonzalo.</i>	
1. Introducción.....	243
2. Área de admisión. Definición.....	244
3. Área de admisión. Modelo funcional.....	245
4. Área de admisión. Organigrama y estructura.....	247
5. Admisión de urgencias.....	249
6. Admisión de consultas externas o actividad ambulatoria.....	250
7. Admisión de hospitalización.....	252
8. Gestión de camas.....	254
9. Resumen.....	261
Bibliografía.....	262
<b>Capítulo 12. Gestión de cuidados.....</b>	<b>265</b>
<i>Cristina Cuevas Santos.</i>	
1. Introducción.....	265

2. Nuevos enfoques directivos.....	267
3. Líneas institucionales.....	268
4. Modelo de gestión de la división de Enfermería. ....	269
5. Resumen. ....	277
Bibliografía.....	278
<b>Capítulo 13. Servicios de limpieza y gestión integral de residuos. ....</b>	<b>281</b>
<i>Leticia Muller García. Laura Alfaro Cadenas.</i>	
1. Introducción.....	281
2. La limpieza de los centros sanitarios.....	282
3. La clasificación de las diferentes zonas de limpieza por su riesgo.....	286
4. Concepto y clasificación de residuos sanitarios.....	297
5. Marco legal en gestión de residuos.....	301
6. Segregación, recogida, manipulación y almacenamiento de residuos.....	304
7. Transporte intracentro de residuos.....	307
8. Tratamiento y eliminación de residuos.....	308
9. Resumen. ....	312
Bibliografía.....	313
<b>Capítulo 14. Bioseguridad hospitalaria.....</b>	<b>315</b>
<i>Mariona Marrugat Brossa.</i>	
1. Introducción.....	315
2. Gestión de la infección nosocomial.....	316
3. Higiene hospitalaria. ....	316
4. Lavado de manos. ....	316
5. Barreras de protección. ....	318
6. Limpieza del utillaje hospitalario. ....	319
7. Desinfección. ....	321
8. Normas de circulación. ....	322
9. Manipulación de ropa sucia. ....	322
10. Control de bioseguridad ambiental en zonas de alto riesgo. ....	322
11. Prevención de la legionelosis nosocomial. ....	329
12. Coordinación entre los servicios generales y enfermería. ....	335
13. Principales medidas de prevención y control de la infección.....	335
14. Resumen. ....	336
Bibliografía.....	338
<b>Capítulo 15. Servicio técnico de mantenimiento hospitalario.....</b>	<b>341</b>
<i>Rodolfo F. Grande Sellera. José Macías Macías</i>	
1. Introducción.....	341
2. Definición. ....	342
3. Cometidos básicos. ....	342
4. Funcionalidad del servicio.....	344

5. Medios y dotaciones del servicio técnico de mantenimiento. ....	345
6. Organización de los trabajos de mantenimiento. ....	347
7. Control y gestión económica de la actividad. ....	351
8. Control de máquinas e instalaciones. ....	352
9. Formación del personal. ....	353
10. Enfoque práctico de la relación entre el servicio de mantenimiento y la dirección de enfermería. ....	353
11. Protocolo de uso del servicio de mantenimiento. ....	355
12. Modelo de servicio: mantenimiento propio o externo. ....	356
13. Proceso de control de reparación de material electromédico. ....	365
14. Resumen. ....	370
Bibliografía. ....	371
<b>Capítulo 16. Servicio de alimentación a pacientes. ....</b>	<b>373</b>
<i>Aranzazu Tejero Zarca. Dolores Pita Tenreiro.</i>	
1. Introducción. ....	373
2. Tipo de hospital. ....	374
3. Características básicas en la cocina. ....	375
4. Definición de menús y dietas. ....	376
5. Composición de los menús. ....	380
6. Elección de menú y servicio de restauración en planta. ....	382
7. Protocolos de horarios. ....	382
8. Unidad de cocina. ....	383
9. Digitalización desde cocina a las distintas unidades. ....	388
10. Plan de calidad. ....	390
11. La instalaciones y el plan de mantenimiento. ....	391
12. ¿Quién hace qué? Formación de las plantillas. ....	393
13. Resumen. ....	394
Bibliografía. ....	396
<b>Capítulo 17. Logística, compras y suministros. ....</b>	<b>397</b>
<i>Blanca M. Tourne Izquierdo. Jesús Guinea Jaime.</i>	
1. Introducción. ....	397
2. La logística dentro de las organizaciones sanitarias. ....	398
3. Gestión de la seguridad de los productos sanitarios. ....	404
4. Gestión de la calidad y gestión medioambiental en la cadena de distribución. ....	405
5. La compra dentro de las organizaciones sanitarias. ....	406
6. Resumen. ....	415
Bibliografía. ....	416

<b>Capítulo 18. Gestión económica.....</b>	<b>417</b>
<i>Eloy Villalba Ballesteros. Soledad Gallardo Bonet.</i>	
1. Introducción.....	417
2. Análisis de cuentas anuales.....	417
3. Valoración de las inversiones.....	431
4. Elaboración y control presupuestario.....	433
5. Resumen.....	438
Bibliografía.....	439
<b>Capítulo 19. Estrategia empresarial.....</b>	<b>441</b>
<i>Petra Moreno Martín. Alberto Rando Caño.</i>	
1. Origen de la planificación estratégica: introducción e historia.....	441
2. Fases de la planificación estratégica.....	442
3. Plan de empresa para una organización sanitaria.....	448
4. Hospital magnético.....	453
5. Resumen.....	455
Bibliografía.....	455
<b>Capítulo 20. La gestión de servicios sociosanitarios y residencias de mayores.....</b>	<b>457</b>
<i>David Delgado Hidalgo.</i>	
1. Introducción.....	457
2. Marco actual.....	458
3. Los recursos.....	468
4. Relaciones internas.....	471
5. Relaciones externas.....	476
6. Resumen.....	478
Bibliografía.....	479
<b>Capítulo 21. Gestión de la calidad.....</b>	<b>481</b>
<i>Susana Lorenzo Martínez.</i>	
1. Introducción.....	481
2. Evolución histórica.....	483
3. Concepto de calidad asistencial.....	484
4. Herramientas de evaluación y mejora de la calidad.....	486
5. Elementos de la calidad: estructura, proceso y resultado.....	489
6. Resumen.....	502
Referencias bibliográficas.....	504
<b>Capítulo 22. Formación continuada.....</b>	<b>509</b>
<i>Manuel Revuelta Zamorano.Pablo Emilio Rull Bravo</i>	
1. Introducción.....	509
2. Concepto de formación.....	511
3. Objetivos de la formación continuada.....	513

4. Legislación de la formación continuada en el Sistema Nacional de Salud.....	514
5. Acreditación de la formación continuada. ....	518
6. La formación continuada en los centros sanitarios. ....	520
7. Nuevas metodologías formativas. ....	528
8. Carrera profesional. ....	530
9. Resumen.....	531
Referencias bibliográficas .....	<b>532</b>

**Capítulo 23. Las responsabilidades legales del personal de enfermería y del personal no sanitario..... 535**

*Antonio Palou Bretones.*

1. Introducción.....	535
2. Marco situacional de la responsabilidad del personal de enfermería. ....	537
3. Actividades de mantenimiento y asistencia técnica.....	540
4. Enfermería: material deteriorado. Responsabilidad. <i>Culpa in vigilando. Imprudencia leve.....</i>	544
5. Responsabilidad por descoordinación en el servicio de enfermería. ....	545
6. Medidas preventivas recomendadas en un servicio de enfermería.....	547
7. El derecho a la protección de datos en los centros sanitarios y el principio de confidencialidad. ....	547
8. La historia clínica. ....	554
9. Resumen. ....	556
Bibliografía.....	558
Normativa sobre responsabilidad y mantenimiento. ....	558
Normativa sobre protección de datos. ....	559

# 1

## EL PACIENTE COMO EJE CENTRAL DE LA GESTIÓN SANITARIA

---

Diego Ayuso Murillo

### 1. INTRODUCCIÓN

La prestación sanitaria en la actualidad debe estar centrada en la persona que se atiende, el paciente y su familia deben ser el eje central de la actuación profesional. Los circuitos y procesos, tanto asistenciales como no asistenciales, deben organizarse de tal forma que el paciente y su familia reciban las mejores prestaciones, minimizando la gestión que tenga que realizar el paciente para conseguir la prestación sanitaria, empatizando y conociendo las necesidades asistenciales reales de la población, para conseguir desde este enfoque gestionar y organizar los servicios de salud con el mayor nivel de excelencia.

En este contexto es clave tener en cuenta aspectos esenciales como el adoptar la humanización de la asistencia como un valor esencial por parte de los profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan en las organizaciones sanitarias, profundizar y avanzar en la relación con las asociaciones de pacientes que nos van a proporcionar las necesidades reales que tienen los pacientes y lo que esperan de nosotros como profesionales, permitiendo enfocar nuestras políticas de salud y estrategias organizativas al verdadero valor de todo lo que hacemos que son ellos, impulsando la formación de pacientes y familiares cuidadores para conseguir empoderar al paciente en su proceso de salud-enfermedad y que participe de forma activa en la toma de decisiones en cada momento, trabajar la mejora continua de procesos para conseguir la calidad asistencial de la atención y cuidados que ofrecemos a nuestros ciudadanos dentro de un enfoque de gestión de la calidad total.

En este primer capítulo vamos a abordar temas de gran interés para alcanzar que el paciente sea el eje central de la gestión sanitaria. Plantearemos la humanización de la asistencia y sus componentes esenciales, la relevancia de los servicios de atención a pacientes en los hospitales, cómo conseguir un paciente activo y empoderado, prescribir asociacionismo en nuestra práctica diaria y la relevancia de las enfermeras gestoras de casos y de continuidad asistencial para conseguir que al paciente se le proporcionen los recursos sanitarios disponibles de forma ágil y sencilla con una



valoración individual y holística que sin duda mejora la calidad de vida y la calidad percibida de la atención sanitaria que se le ofrece, siendo realmente el centro de todo el proceso asistencial.

## 2. HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

La práctica asistencial actual, estrechamente ligada al avance técnico y científico, conlleva un insospechado poder sobre las personas. Poder que, en ausencia de claros referentes éticos, puede conducir a un segundo plano la humanización de la asistencia (1).

Desgraciadamente, no es infrecuente escuchar, por parte de los profesionales en las organizaciones sanitarias, expresiones y situaciones del tipo: “Hazle tal cosa a la cama tal”, “la artroscopia de rodilla de ayer”, etc. Es la llamada cosificación del paciente, donde el paciente pierde sus rasgos personales e individuales, se prescinde de sus sentimientos y valores y se le identifica con sus rasgos externos.

Vivimos en una sociedad donde las relaciones interpersonales experimentan un palpable empobrecimiento al ser trastocadas en meras relaciones interindividuales, no nos interesa lo que le ocurre a los demás, no saludamos a nuestros vecinos, somos más egoístas, dudamos si alguien nos solicita ayuda. Esta situación desgraciadamente también se traslada a las organizaciones sanitarias, y es por ello por lo que desde la gestión debemos incidir y potenciar la humanización de la asistencia.

Por otro lado, con cierta frecuencia, es en la organización y funcionamiento de las estructuras sanitarias donde se hallan algunos de los factores que, de forma directa o indirecta, atentan contra una asistencia humanizada. A menudo el paciente se relaciona no con un médico o enfermera en particular, sino con un equipo más o menos extenso de personas. Esto impide la relación de confianza que solo es capaz de generarse en una comunicación interpersonal estrecha y fluida, a la vez que diluye el compromiso con su cuidado y la responsabilidad con los resultados de las acciones diagnósticas y terapéuticas. Por ello es fundamental asignar médico y equipo de enfermería responsable, con la mayor estabilidad posible de seguimiento de pacientes, siendo a veces muy complicado su logro por los ritmos de rotación del personal asistencial, pero tenemos que trabajar desde la gestión para conseguirlo en la mayor medida posible.

Otro factor de gran relevancia es la formación del personal sanitario, centrada de forma casi exclusiva en el desarrollo de habilidades técnicas, en detrimento de habilidades de comunicación y empatía, casi inexistentes en los programas de pre y postgrado, unido a la enseñanza de una ética deontológica limitada a códigos administrativos y procedimentales. Esto implica la existencia de profesionales con un elevado saber científico y gran pericia técnica, pero con una pobre formación humana y la consecuente incapacidad para interactuar con la persona enferma, lo cual impide comprender el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva holística e integra-

dora. La enseñanza de la ética y de la bioética en los estudios de pregrado, debería combinar una parte de formación básica en forma de conferencias y seminarios, y una parte más práctica e interactiva que coincida con la formación clínica, que lleve al entrenamiento activo de estas habilidades.

Una excesiva presión asistencial dada por la duración, intensidad y el elevado volumen de trabajo, favorecen la despersonalización de la atención sanitaria, ya que en ambientes sanitarios sobrecargados no habrá tiempo, disponibilidad ni oportunidad de establecer una verdadera relación humana. Por ello es fundamental buscar el equilibrio y establecer ratios de profesionales-pacientes, que posibiliten dichas relaciones mejorando las condiciones de trabajo.

La competencia profesional constituye uno de los pilares deontológicos básicos para una atención sanitaria humanizada. Ser competente significa estar capacitado para desarrollar la propia profesión de un modo óptimo. No basta la presencia de un conjunto de aptitudes sino también de actitudes, como la capacidad de escucha y de diálogo, la empatía, la simpatía y el respeto. Estas importantes dotes necesitan ser educadas y ejercitadas, desde los primeros momentos de la iniciación profesional. El ser competente exige del profesional sanitario un esfuerzo constante, pues el saber humano se transforma y se enriquece aceleradamente; su deber es dominarlo y emplearlo adecuadamente para lograr atender al enfermo de una manera eficaz y a la vez humana.

Para conseguir lo anterior hay que destacar la habilidad en las relaciones interpersonales que los profesionales sanitarios deben poseer. Este es un factor clave dado que, tanto en la práctica asistencial como en la gestión, existe un punto común: la relación con las personas. Y por ello, la dirección y el personal sanitario han de ser muy hábiles en sus relaciones humanas, sin perder de vista la empatía, para atender a los pacientes de la mejor forma posible.

Si nuestra actuación profesional se sustenta en un trato más humano, potenciando las relaciones interpersonales empáticas, sin duda se logrará mejorar la calidad de las prestaciones asistenciales que se ofrecen a los usuarios de la sanidad.

Las virtudes que debería poseer idealmente el profesional sanitario son la veracidad, la intimidad, la confidencialidad, la compasión, el discernimiento, la confiabilidad y la integridad. Es decir, en especial la virtud de mostrar empatía con el malestar y el sufrimiento de los demás y la habilidad de llegar a una relación profesional de cordialidad y respeto, sin juicios de valor.

El principio que orienta y limita toda la actividad bioética se encuentra en la dignidad humana, los principios que tenemos que aplicar siempre como profesionales son la salvaguardia de la dignidad y los derechos de los seres humanos.

Los principios de la ética son las pautas para la toma de decisiones morales en el ejercicio profesional. Sirven para justificar las reglas seguidas en la atención del paciente. Los principios éticos más importantes en la práctica de las profesiones sanitarias son los siguientes: beneficencia y no maleficencia, justicia, veracidad y fidelidad.

Los profesionales sanitarios y de servicios generales deben tener una gran implicación en los aspectos bioéticos, fundamentalmente en lo que se refiere a la práctica del cuidado y el trato personal a partir de los valores de las personas, la relación de agencia que mantenemos con las personas enfermas y sus familias, la autonomía del paciente, el valor del autocuidado, los conflictos al final de la vida, en el mantenimiento del confort, etc.

El deber de los profesionales sanitarios es propiciar el mayor bien para sus pacientes; es decir, defender sus mejores intereses, que son la vida y la salud. Si como profesionales de la salud, en nuestra práctica profesional, nos ponemos a reflexionar si este o aquel acto mío va a beneficiar a mi paciente o a la comunidad, estoy adelantando un juicio ético.

Solo el desarrollo personal de hábitos intelectuales y morales nos pone en condiciones de tratar los problemas humanos en sus justos términos, en nuestra actuación profesional.

El proceso de humanización es parte fundamental de la calidad del servicio que se presta. Cuando una persona enferma, se sitúa en un estado de vulnerabilidad extrema, por lo que resulta crucial la actitud de los profesionales, dispuestos a respetar a las personas y su dignidad. La presencia humana ante las personas con enfermedad, sufrimiento y dolor es insustituible: mirar, hablar, sonreír, mostrar calidez, escuchar, mostrar sensibilidad y comprensión a la situación del otro.

Hay que destacar en este enfoque de humanización de la asistencia las habilidades de comunicación y la empatía, la cual consiste en escuchar atentamente realizando una adecuada escucha activa para comprender las peticiones de los familiares y dudas sobre la situación de su familiar.

Los profesionales sanitarios deben contar con unas competencias de comunicación que les ayuden a encarar de manera más satisfactoria las distintas situaciones que se presentan en su día a día, en la relación con pacientes, familiares y resto del equipo asistencial; esto es clave desde un enfoque humanista (2). La comunicación, igual que otras competencias, se puede aprender y practicar. Entre las habilidades comunicativas básicas se encuentran las siguientes:

- Escucha activa. Saber escuchar es una habilidad de comunicación básica, pero, aunque parezca simple, no todo el mundo tiene esta habilidad. Muchas veces solo oímos en vez de escuchar, y otras, nos escuchamos a nosotros mismos en vez de escuchar al otro con una actitud correcta. La escucha activa, tal y como su nombre indica, significa escuchar activamente, es decir, con atención plena, prestando atención con los cinco sentidos. La escucha activa hace referencia a atender no solamente a lo que la persona dice, sino también a los sentimientos, ideas o pensamientos que el individuo expresa.
- Empatía. En la comunicación eficaz, la empatía es importante para situarse en el lugar del otro. Los profesionales sanitarios y no sanitarios deben tener la

habilidad de percibir los sentimientos del paciente, “ponerse en su lugar”, para comprender en profundidad su situación. Debe obtener una percepción particularmente fina y sensible de los sentimientos, vivencias, etc., de la otra persona con la intención de conectar con el mundo interior del otro y el propósito de facilitarle la resolución de sus necesidades. La comprensión empática consiste en hacer el esfuerzo por entrar en el mundo del paciente para intentar comprender su experiencia y transmitirle comprensión. Se trata de intentar adoptar el punto de vista del paciente y familia para comprender su situación con el objetivo de poder transmitirle comprensión. Empatizar significa percibir en profundidad el significado especial y único que para cada enfermo en particular tiene su enfermedad, cómo la entiende, cómo la siente y cómo la acepta.

- Validación emocional, que sería la aceptación y el *feedback* para comunicar mejor. Porque cuando tenemos a otros delante, es necesario escuchar sin juzgar y es un requisito indispensable comunicar a la otra persona que se le ha entendido. La validación emocional mejora la comunicación puesto que el otro interlocutor se siente reconocido y comprendido, y así incrementa la verbalización de lo que piensa. La validación emocional tiene un efecto positivo pues crea un ambiente de confianza. Decirle a la otra persona que le has entendido, demostrarle que le has estado escuchando y dejarle claro que respetas su opinión son suficientes para crear un entorno comunicativo propicio.
- Comunicación no verbal, la postura corporal, el contacto visual o los gestos también comunican. Estar relajado y transmitir lo que intentamos decir puede maximizar el mensaje que queremos enviar a los demás. Un estudio llevado a cabo por Albert Mehrabian afirma que en una conversación cara a cara, el componente verbal es un 35% y más del 65% es comunicación no verbal. Según las palabras del propio Mehrabian: “El componente verbal se utiliza para comunicar información y el no verbal para comunicar estados y actitudes personales”.
- La habilidad de resolver conflictos de manera eficiente requiere una actuación calmada, no defensiva y respetuosa. Cuando uno controla sus propias emociones, es posible comunicar las propias opiniones sin que parezcan amenazas o ataques sino mostrando asertividad y convicción en su lenguaje y comportamiento.
- Lenguaje verbal. Uno de los elementos básicos de un buen comunicador es cómo suena frente a los demás. Hablar en voz demasiado baja o en voz alta, arrastrar las palabras, o utilizar demasiados términos de relleno como “ah”, “eh” o “um”, puede causar que el mensaje y la conexión con el interlocutor se pierdan. Por tanto, es necesario ser claro, utilizar ejemplos concretos, tener una buena capacidad de improvisación, vocalizar correctamente, considerar

los tiempos, y en definitiva expresar correctamente lo que tenemos en mente para conectar con nuestro interlocutor.

- Respeto. Las personas están más abiertas a comunicarse si mostramos respeto hacia ellas y sus ideas. Acciones simples como dirigirse al paciente por su nombre, tener contacto visual que indique sinceridad, y reflejar la escucha activa hace que la otra persona se sienta respetada y tenida en consideración.
- Persuasión. La persuasión es una herramienta de comunicación clave, especialmente a la hora de convencer a pacientes y familiares, clave en educación sanitaria y para la salud, porque transforma ideas, creencias, actitudes y comportamientos, e intenta satisfacer las necesidades de ambas partes. Para persuadir hay que estar convencidos de lo que decimos y dar ejemplo.
- Credibilidad. Si pensamos en el punto anterior, es imposible persuadir a un paciente si no demostramos credibilidad y autoridad. La credibilidad genera confianza, y, como ocurre con el respeto, la confianza es una gran aliada de la comunicación. Las personas están más receptivas cuando hay confianza. Por eso, es necesario ser coherente con lo que se dice y lo que se hace. Por ejemplo, que haya sintonía entre la comunicación verbal y no verbal.

Profundizando un poco más en la escucha activa como habilidad que puede ser adquirida y desarrollada con la práctica, en mi experiencia es más importante escuchar de forma activa que hablar y comunicar adecuadamente, ya que si escuchamos activamente al paciente y a la familia, estamos generando en el paciente un nivel de confianza, por un lado, de alto nivel, y por otro lado, nos permitirá conocer realmente las verdaderas necesidades y preocupaciones del mismo, lo que nos hará tener un nivel de partida envidiable, para actuar en el plan terapéutico y diseñar el plan de cuidados con los recursos que realmente necesita el paciente.

Uno de los aspectos más influyentes en la mejora de la comunicación es el desarrollo de los hábitos de escucha. Sin embargo, escuchar no es algo tan fácil y automático como oír y por experiencia se sabe que muchas veces se oye, pero no se escucha. El proceso de escuchar empieza primero como fisiológico y enseguida se convierte en proceso psicológico: “Escuchar es un proceso psicológico que, partiendo de la audición, implica otras variables del sujeto: atención, interés, motivación, etc. Y es un proceso mucho más complejo que la simple pasividad que asociamos al dejar de hablar” .

Sin embargo, la escucha activa no es solo una técnica, se trata de una actitud que exige del profesional sanitario una competencia especial: consiste en ayudar al paciente a exponer su situación y saber detectar lo que el paciente no ha dicho. Son habilidades que se aprenden y es necesario tener formación específica y entrenamiento.

La hipótesis de la que se parte es que la mayoría de las personas son capaces de resolver sus propios problemas si se les da la oportunidad. Teniendo esto en cuenta,

la función del profesional de la salud, a través de la escucha, es ayudar a las personas a encontrar sus propias soluciones; conseguir que el paciente, a través de sus propios conocimientos, opiniones y creencias se responsabilice y tome conciencia de que la solución de su problema depende, principalmente, de sí mismo. Esto es posible cuando se acepta al enfermo como persona madura y responsable capaz de transformar sus actitudes y resolver sus conflictos. Por lo tanto, la escucha activa es una destreza muy importante para aprender y dominar, porque sin ella no se podrá ofrecer una “respuesta” eficaz y sin duda es el inicio para conseguir pacientes activos e involucrados con la gestión de la enfermedad.

Es fundamental conocer y aplicar la legislación vigente relacionada con los derechos y deberes de los pacientes que aparecen en la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (3), donde aparece el derecho por parte del paciente a recibir información clara y sencilla de todos los profesionales que intervienen en su proceso asistencial, el consentimiento informado, el derecho a la intimidad, etc., sin duda esta Ley es de obligado conocimiento por parte de todos los trabajadores de la salud. Además es clave seguir fielmente los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias, para que la humanización sea una prioridad ineludible en la actuación profesional, velando por la calidad y la seguridad de los pacientes, incorporando el trato, la comunicación, la escucha activa y el respeto tanto al paciente como a sus familiares.

Siendo más humanos ganamos todos, nuestra sociedad, los pacientes, los familiares y nosotros como profesionales. No olvidemos que lo que más valoran los pacientes de la atención sanitaria es el trato, el respeto, la atención humana y la información que les proporcionamos.

### **3. LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE**

Los servicios de atención al usuario o atención al paciente comenzaron a desarrollarse a principios de los años 80, como una necesidad de cambio en el sistema sanitario de nuestro país, con la intención de acercar las organizaciones sanitarias a los pacientes, y hacer más amable y más fácil la atención que se prestaba a los ciudadanos (4).

El servicio de atención al usuario realiza una labor de apoyo fundamental, tanto a pacientes como a familiares, que sirve sin duda de soporte a la actividad asistencial realizada en los centros sanitarios.

La percepción del usuario hacia este servicio es altamente satisfactoria, ya que las funciones que realizan resuelven en parte la falta de información de los usuarios y les ayuda a abordar situaciones desconocidas. Facilitando el adaptarse a un medio, muchas veces complejo para una gran parte de la población, siendo más fácil su estancia y acceso a los distintos servicios sanitarios.

Entre las funciones fundamentales del servicio de atención al usuario está:

- Facilitar información, para ello se debe ubicar el servicio de información de modo estratégico en los accesos principales del centro y en puntos bien visibles.
- Proporcionar documentación de apoyo y soporte, como son los manuales de acogida en los hospitales, planos, etc.
- Responder a las reclamaciones verbales, intentando buscar soluciones ágiles.
- Proporcionar la documentación para realizar reclamaciones escritas, sugerencias o felicitaciones.
- Realizar el acompañamiento al ingreso en hospitalización.
- Realizar visitas en planta, para atender distintas necesidades de los pacientes.
- Información y soporte a pacientes y familiares en la atención de urgencias.

En las urgencias hospitalarias el servicio de información que proporciona el equipo de atención al paciente, dando soporte a los familiares respecto a información no clínica, pero sí de cómo va transcurriendo el proceso de atención y en qué fase se encuentra en cada momento: pendiente de placa de toráx, pendiente de analítica, se está valorando la situación, pendiente de cama, etc., proporciona una calidad asistencial enorme a los familiares que están a la espera de conocer la situación del paciente.

#### 4. PACIENTE ACTIVO

Entendemos por paciente activo aquella persona con uno o varios problemas de salud que demuestra una capacidad para buscar, entender, valorar y utilizar la información disponible sobre la salud y es responsable de sus acciones de autocuidado y de la toma de decisiones informadas (5). El paciente activo que se implica en la gestión de su enfermedad demuestra competencia para:

- Acceder a información sobre salud y a los recursos existentes.
- Entender la información sobre salud.
- Identificar y reconocer los mensajes necesarios para cuidar de su salud.
- Distinguir la información correcta y útil.
- Identificar la aplicabilidad de la información para su vida y su salud.
- Participar activa y positivamente en la toma de decisiones junto a los profesionales sanitarios.
- Aprender nuevas técnicas y habilidades.
- Demostrar una actitud y enfoque constructivo en la resolución de problemas en su vida relacionados con la salud.
- Autoevaluar, comprender y controlar lo que le sucede.
- Planificar sus autocuidados.
- Realizar sus autocuidados; realizar y mantener conductas y hábitos saludables.

- Resolver problemas.
- Tomar iniciativa en la comunicación con los profesionales.
- Identificar signos de alarma y saber actuar.
- Cumplir el régimen terapéutico.

El proceso de participación e involucración de las personas con su propia salud, así como con la organización y el uso de los diferentes servicios sanitarios, presenta un continuo que se puede clasificar en tres fases secuenciales: activación, empoderamiento y liderazgo compartido.

La activación es la disposición de conocimiento, habilidades y confianza por parte del individuo para manejar su propia salud y atención sanitaria, de modo que refleje de forma global el autoconcepto que tiene la persona como gestor de su propia salud y su percepción de confianza en ese rol. Un paciente activo es alguien que sabe cómo manejar su enfermedad y prevenir el deterioro de su salud.

Existen numerosos estudios que han investigado y que permiten afirmar, en relación a la activación de pacientes, lo siguiente:

- Cuenta con un elevado grado de uniformidad conceptual.
- Cuenta con una métrica robusta a través del *Patient Activation Measure* (PAM).
- Dispone de un cuerpo de evidencia sólido y creciente (EE.UU, Dinamarca, Japón, Noruega, Canadá, Australia y Reino Unido).
- Los cambios en el nivel de activación tienen un carácter perdurable en el tiempo.

La activación, por lo tanto, se entiende como la disposición de conocimiento y habilidades por parte de la persona para manejar su propia salud.

*Patient Activation Measure* (PAM) es una herramienta que mide la activación del paciente en una escala de cuatro niveles y que ha sido validada en numerosas patologías (asma, hipertensión, EPOC, diabetes, esclerosis múltiple, párkinson, cáncer, dolor crónico, osteoporosis, artritis, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca congestiva, esquizofrenia, depresión, entre otras) y en diferentes entornos geográficos (Japón, Alemania, Dinamarca, Holanda, Australia, Noruega, Canadá, EE UU y Reino Unido). La evidencia existente en este ámbito señala que los pacientes más activados presentan las siguientes características:

- Más participativos y empoderados. Presentan una mayor participación y compromiso con hábitos preventivos y de autocuidado.
- Más sanos.
- Con mejor calidad de vida.
- Más satisfechos con los servicios recibidos.



- Con mejores estilos de vida.
- Mejor informados.
- Más dispuestos a cambiar hacia hábitos de vida más saludables.
- Más “cumplidores” con los tratamientos.
- Más satisfechos en su trabajo.
- Con diferente conceptualización del autocuidado como capacidad para seguir con sus vidas.
- Menor uso de los recursos sanitarios: realizan menos visitas médicas y recurren en menor medida a urgencias. Asimismo, presentan un menor número de ingresos y estancias en hospital.
- Menos costosos: son pacientes con menor gasto sanitario (21% menos).

El empoderamiento del paciente es la adquisición de la capacidad y la motivación que los pacientes pueden utilizar para involucrarse o participar en la toma de decisiones.

Para desarrollar el empoderamiento es preciso que el individuo alcance el nivel de motivación necesario para adquirir una mayor responsabilidad en el cuidado de su condición de salud y asumir un rol más activo en su relación con el profesional sanitario.

A este respecto, un paciente empoderado (no solo activado) se convierte en un agente comunitario que contribuye activamente al propio proceso de activación y cambio.

Para conseguir pacientes activos y cuidadores principales implicados en el cuidado es necesario desarrollar las escuelas o universidades de pacientes. Una escuela de salud para los ciudadanos es un espacio de participación ciudadana y de aprendizaje compartido que tiene por objetivo promover la adopción de hábitos y estilos de vida saludables y fomentar la corresponsabilidad de las personas en el cuidado de su salud y en la autogestión de su enfermedad. Permite el intercambio de conocimientos y experiencias y ofrece a los pacientes y sus asociaciones, a las personas cuidadoras, a los profesionales sanitarios y a la población general, información de calidad y formación *on line* y/o presencial relacionada con la salud (6).

Una escuela de salud desarrolla la gestión del conocimiento y difunde las mejores prácticas de promoción y educación para la salud, así como incrementa la alfabetización sanitaria proporcionando a la ciudadanía información básica sanitaria actualizada, contrastada y veraz que pretende servir de apoyo para la toma de decisiones dirigidas a promover y mantener una buena salud.

En las escuelas de salud para la ciudadanía se ofertan cursos, talleres, actividades, encuentros dirigidos a ciudadanos con el objetivo de entrenar y educar para que las personas sean competentes y sean capaces de cuidar de su vida, de su salud y de su bienestar.