

**DIEGO AYUSO MURILLO**

**Dirección y Coordinación**

Diplomado en Enfermería. Licenciado en Psicología.  
Master en Dirección y Administración de Empresas

# **LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA Y LA DIVISIÓN MÉDICA COMO DIRECCIÓN ASISTENCIAL**



© Diego Ayuso Murillo, 2007  
Reservados todos los derechos.

«No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.»

Ediciones Díaz de Santos  
Internet: <http://www.diazdesantos.es/ediciones>  
E-mail: [ediciones@diazdesantos.es](mailto:ediciones@diazdesantos.es)

ISBN: 978-84-7978-830-8  
Depósito Legal: M. 38.423-2007

Fotocomposición: P55 Servicios Culturales  
Diseño de cubierta: P55 Servicios Culturales  
Impresión: Fernández Ciudad  
Encuadernación: Rústica-Hilo

Printed in Spain - Impreso en España

## **Autores**

---

**Carlos Aibar Remón.** Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Zaragoza. Zaragoza.

**Jesús M<sup>a</sup> Aranaz Andrés.** Departamento Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología. Universidad Miguel Hernández de Elche. Alicante.

**Diego Ayuso Murillo.** Director de Enfermería. Capiro Hospital de Valdemoro. Profesor Universidad Francisco de Vitoria y Escuela de Ciencias de la Salud. Madrid.

**Nieves Bea Alonso.** Supervisora de Área Diagnóstico por la Imagen. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**M<sup>a</sup> Isabel Carrión Bolaños.** Directora de Enfermería. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

**Emilia de Dios Montoto.** Jefe de Servicio Ginecología. Hospital de Móstoles. Madrid.

**Fidel Fernández Fernández.** Director Médico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**Pilar Fernández Fernández.** Directora Escuela Ciencias de la Salud. Vicepresidenta Consejo General de Enfermería. Madrid.

**Juan Carlos Fernández Gonzalo.** Subdirector de Organización Operativa y Enfermería. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.

**Carmen Fuentelsaz Gallego.** Enfermera. Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii). Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

**Fernando García Navarrete.** Director Gerente. Área 5. Atención Primaria. Madrid.



- Máximo A. González Jurado.** Presidente de la Organización Colegial de Enfermería en España. Madrid
- Esther González Maria.** Enfermera Investigación. Hospital Vall d'Hebron. Instituto Catalán de Salud. Barcelona.
- Juan Antonio Gómez Gerique.** Jefe de Servicio Análisis Clínicos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.
- Rodolfo F. Grande Sellera.** Ingeniero Técnico. Master en Servicios de Prevención. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.
- Carmen Henche Peinado.** Enfermera Experta en Gestión. Hospital de Móstoles. Madrid.
- Almudena Hormigos Agraz.** Enfermera Consultora en Sistemas de Información Hospitalaria. Madrid.
- Francisco Javier López Gómez.** Supervisor Recursos Materiales. Madrid.
- Vicente Martín López.** Enfermero Experto en Gestión. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.
- Luis Martínez Dhier.** Médico Especialista en Medicina Nuclear. Master en Gestión Sanitaria y Economía de la Salud. Responsable Medicina Nuclear. Capiro Hospital Tres Culturas. Toledo.
- M<sup>a</sup> Teresa Moreno Casbas.** Enfermera. Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii). Instituto de Salud Carlos III. Madrid.
- Juan Ángel Moreno Barbas.** Enfermero Experto en Gestión Sanitaria. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.
- Margarita Muñoz Cano.** Enfermera Experta en Gestión. Hospital de Móstoles. Madrid.
- Isabel Sampedro García.** Subdirectora Médico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.
- M<sup>a</sup> Luisa Sánchez Noriega.** Coordinadora Servicio Admisión. Capiro Fundación Jiménez Díaz. Madrid.
- Rubén Sanz Cartagena.** Director Gerente. Capiro Hospital Tres Culturas. Toledo.
- Concepción Sanz Díaz.** Matrona. Supervisora Bloque Obstetrico. Hospital de Fuenlabrada. Madrid.
- Enrique Terol García.** Dirección General de la Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Dolores Valenzuela Álvarez.** Supervisora de Área Bloque Quirúrgico. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

# Índice

---

## **PRÓLOGO**

Paloma Salvadores Fuertes .....	XIX
---------------------------------	-----

## **Capítulo 1**

### **GESTIÓN CLÍNICA Y GESTIÓN POR PROCESOS**

Rubén Sanz Cartagena

1.1. Introducción .....	1
1.2. Gestión del conocimiento .....	2
1.3. Reingeniería de procesos .....	4
1.4. ¿Qué entendemos por gestión clínica? .....	5
1.5. Gobierno clínico .....	6
1.6. Algunas experiencias exitosas de gestión clínica .....	11
1.7. Resumen .....	12
Bibliografía .....	13

## **Capítulo 2**

### **LA INTEGRACIÓN DE LA DIRECCIÓN MÉDICA Y DE ENFERMERÍA, COMO DIRECCIÓN ASISTENCIAL, SIGUIENDO EL MODELO EFQM**

Diego Ayuso Murillo

2.1. Introducción .....	15
2.2. Liderazgo .....	17
2.3. Política y estrategia .....	20
2.4. Personas .....	24
2.5. Alianza y recursos .....	29
2.6. Procesos .....	33

2.7. Resultados en los clientes .....	38
2.8. Resultados en las personas .....	39
2.9. Resultados en la sociedad .....	41
2.10. Resultados clave .....	42
2.11. Resumen .....	44
Bibliografía .....	45

### **Capítulo 3**

#### **LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA**

Carmen Henche Peinado, Margarita Muñoz Cano

3.1. Introducción .....	47
3.2. La historia clínica electrónica .....	51
3.3. Ventajas de los sistemas de información integrados .....	65
3.4. El papel de los profesionales .....	68
3.5. Seguridad y confidencialidad .....	69
3.6. Resumen .....	71
Bibliografía .....	72

### **Capítulo 4**

#### **LA BIOÉTICA EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL**

Diego Ayuso Murillo

4.1. Introducción .....	75
4.2. Conceptos generales. Ética, moral y bioética .....	76
4.3. Derechos de los pacientes .....	79
4.4. Código deontológico médico y de enfermería .....	88
4.5. Los comités de ética asistencial .....	93
4.6. Los comités éticos de investigación clínica .....	95
4.7. La humanización en la práctica asistencial .....	100
4.8. Resumen .....	104
Bibliografía .....	105

### **Capítulo 5**

#### **EL PROBLEMA DE LOS EFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA SANITARIA. EL RIESGO ASISTENCIAL**

Carlos Aibar Remón, Jesús M<sup>a</sup> Aranaz Andrés, Enrique Terol García

5.1. Introducción .....	107
5.2. Seguridad del paciente .....	111



5.3. La seguridad del paciente y los efectos adversos de la asistencia sanitaria: magnitud y trascendencia .....	112
5.4. Los efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. Un problema evitable .....	121
5.5. La cultura de la seguridad: prevención primordial de los sucesos adversos .....	126
5.6. La atención centrada en el paciente: una dimensión complementaria de la calidad asistencial .....	129
5.7. Resumen .....	133
Bibliografía .....	134

## Capítulo 6

### LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA Y DE ENFERMERÍA

Teresa Moreno Casbas, Carmen Fuentelsaz Gallego, Esther González María

6.1. Introducción .....	141
6.2. El conocimiento y su incorporación a la práctica clínica .....	142
6.3. Importancia de la investigación en el ámbito de los cuidados .....	143
6.4. Instituciones que apoyan la investigación de enfermería .....	144
6.5. Investigación y desarrollo profesional .....	147
6.6. La unidad de coordinación y desarrollo de la investigación en enfermería (Investén-isciii) .....	149
6.7. Ayudas a la investigación en el contexto del Instituto de Salud Carlos III .....	154
6.8. Resumen .....	156
Bibliografía .....	156

## Capítulo 7

### LA FORMACIÓN CONTINUADA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Máximo A. González Jurado, Pilar Fernández Fernández

7.1. Introducción .....	159
7.2. La formación a lo largo de la vida .....	162
7.3. Formación continuada y desarrollo profesional .....	163
7.4. ¿Cómo potenciar la formación continuada? .....	163
7.5. Acreditación de la formación continuada en ciencias de la salud .....	164
7.6. La organización colegial de enfermería en España y la formación continuada .....	168
7.7. ¿Por qué acredita el Consejo General de Enfermería?	

La encomienda de gestión .....	170
7.8. Resumen .....	170
Bibliografía .....	171

## **Capítulo 8**

### **LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS MATERIALES, EQUIPAMIENTO E INVERSIONES**

Francisco Javier López Gómez

8.1. Introducción .....	173
8.2. ¿Qué son las unidades de recursos materiales? .....	173
8.3. Evaluación de productos nuevos .....	178
8.4. Evaluación de las deficiencias de material .....	179
8.5. Elaboración de plan de adquisiciones con cargo al Capítulo VI .....	179
8.6. Elaboración de planes de nueva acción .....	180
8.7. Planes de montaje y desmontaje .....	180
8.8. Perfil del responsable de la unidad de recursos materiales .....	181
8.9. Dependencia jerárquica y funcional .....	181
8.10. Presencia de las unidades de recursos materiales en distintas comisiones .....	182
8.11. Relaciones con departamentos no dependientes de la Dirección de Enfermería .....	183
8.12. Reuniones intercentros de los responsables de las unidades de recursos materiales .....	184
8.13. Resumen .....	185
Anexo I. Cuestionario de evaluación de productos nuevos y de muestras presentadas a concurso .....	186
Bibliografía .....	187

## **Capítulo 9**

### **LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y EL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

Rodolfo F. Grande Sella

9.1. Introducción .....	189
9.2. Directrices de la acción preventiva .....	190
9.3. Organización de la prevención .....	192



9.4 Funciones de los servicios de prevención .....	197
9.5 Comité de Seguridad y Salud .....	197
9.6 Delegados de prevención .....	198
9.7 Elementos para la gestión de un sistema preventivo .....	199
9.8. Accidentes de trabajo .....	201
9.9. Resumen .....	204
Anexo I. Glosario y marco legal .....	205
Anexo II. Ejemplos documentos riesgos laborales .....	210
Bibliografía .....	220

## **Capítulo 10**

### **GESTIÓN DE PACIENTES EN ATENCIÓN**

#### **ESPECIALIZADA**

María Luisa Sánchez Noriega

10.1. Introducción .....	223
10.2. Organización sanitaria .....	224
10.3. Admisión .....	225
10.4. Consultas externas .....	228
10.5. Gestión de camas .....	230
10.6. Admisión de urgencias .....	233
10.7. Lista de espera quirúrgica .....	234
10.8. Resumen .....	236
Bibliografía .....	238

## **Capítulo 11**

### **ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL ÁREA DE URGENCIAS**

#### **HOSPITALARIAS**

Juan Carlos Fernández Gonzalo

11.1. Introducción .....	241
11.2. Servicio de urgencias. Estructura y organización .....	243
11.3. Gestión de recursos humanos .....	247
11.4. Gestión de cuidados de enfermería .....	254
11.5. Gestión de recursos materiales .....	259
11.6. Gestión de recursos informáticos en el área de urgencias .....	264
11.7. Resumen .....	273
Bibliografía .....	274

## **Capítulo 12**

### **GESTIÓN ENFERMERA DE UNIDADES DE DIÁLISIS**

Juan Ángel Moreno Barbas

12.1. Introducción .....	277
12.2. Gestión económica .....	281
12.3. Gestión asistencial .....	288
12.4. Gestión del conocimiento .....	293
12.5. Gestión de la calidad .....	296
12.6. Resumen .....	298
Bibliografía .....	299

## **Capítulo 13**

### **LA GESTIÓN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS**

Diego Ayuso Murillo

13.1. Introducción .....	301
13.2. Los recursos humanos .....	302
13.3. La estructura, el equipamiento y los recursos materiales .....	306
13.4. La organización asistencial: el trabajo en equipo médico y enfermería .....	310
13.5. La información y comunicación con el paciente y la familia .....	315
13.6. Los grupos relacionados con el diagnóstico en UCI y la cartera de servicios .....	320
13.7. La informatización de la historia clínica en las UCC .....	324
13.8. Calidad en las unidades de cuidados críticos .....	327
13.9. Resumen .....	330
Bibliografía .....	332

## **Capítulo 14**

### **LA GESTIÓN DEL BLOQUE OBSTÉTRICO**

Concepción Sanz Díaz

14.1. Introducción .....	335
14.2. Recursos humanos .....	336
14.3. Estructura y equipamiento .....	337
14.4. Organización asistencial .....	344
14.5. Informatización de la asistencia .....	351
14.6. Calidad en el bloque obstétrico .....	354

14.7. Resumen .....	356
Bibliografía .....	357

## **Capítulo 15**

### **LA GESTIÓN EN UN SERVICIO DE GINECOLOGÍA**

Emilia de Dios Montoto

15.1. Introducción .....	361
15.2. ¿Qué significa gestión sanitaria? .....	363
15.3. Sistema Nacional de Salud español: ¿Qué es? ¿Cómo funciona? .....	364
15.4. Definición de la especialidad .....	369
15.5. Bases e instrumentos de la gestión clínica .....	371
15.6. Gestión de los recursos humanos .....	373
15.7. Gestión de estructuras y espacio físico .....	374
15.8. Cartera de servicios .....	374
15.9. Recursos materiales inventariables .....	378
15.10. Objetivos estratégicos y planes de mejora .....	380
15.11. El jefe de servicio del siglo XXI .....	383
15.12. Resumen .....	387
Bibliografía .....	388

## **Capítulo 16**

### **LA GESTIÓN EN LOS SERVICIOS DE PEDIATRÍA**

Vicente Martín López

16.1. Introducción .....	391
16.2. Unidad de hospitalización pediátrica .....	392
16.3. Carta Europea de los derechos de los niños hospitalizados .....	415
16.4. ¿Es necesario hospitalizar a tantos niños, durante tantos días? .....	415
16.5. ¿Qué son los ingresos inadecuados? .....	416
16.6. Criterios de adecuación de estancias pediátricas .....	418
16.7. Causas de estancia inadecuada .....	420
16.8. Tratamiento del dolor en pediatría .....	421
16.9. Grupos relacionados con el diagnóstico más frecuentes en hospitalización pediátrica .....	422
16.10. Espacios físicos disponibles del área de hospitalización de pediatría .....	424

16.11. Equipamiento de la unidad de hospitalización .....	430
16.12. Resumen .....	431
Bibliografía .....	432

### **Capítulo 17**

#### **GESTIÓN DEL BLOQUE QUIRÚRGICO Y DE LA LISTA DE ESPERA**

M<sup>a</sup> Isabel Carrión Bolaños y Dolores Valenzuela Álvarez

17.1. Introducción .....	435
17.2. Indicadores de actividad quirúrgica .....	436
17.3. Gestión de lista de espera quirúrgica (LEQ) .....	444
17.4. Resumen .....	455
Bibliografía .....	457

### **Capítulo 18**

#### **LA GESTIÓN EN EL ÁREA DE LOS SERVICIOS MÉDICOS**

Almudena Hormigos Agraz

18.1. Introducción .....	459
18.2. Las unidades de hospitalización médica y el producto enfermero .....	459
18.3. Organización interna de una unidad de hospitalización .....	461
18.4. Características del paciente de una unidad médica .....	461
18.5. Relaciones con otras áreas .....	466
18.6. El trabajo en equipo .....	470
18.7. Protocolización de los cuidados de enfermería .....	471
18.8. Cuadernos de mando .....	473
18.9. Resumen .....	475
Bibliografía .....	476

### **Capítulo 19**

#### **LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA**

Fernando García Navarrete

19.1. Introducción .....	479
19.2. Cartera de prestaciones del servicio de traumatología y cirugía ortopédica .....	480
19.3. Modelo organizativo y funcional .....	490
19.4. Instrumentos de gestión .....	491



19.5. Gestión del conocimiento .....	495
19.6. Gestión de las competencias .....	498
19.7. Relación con otros servicios y unidades .....	499
19.8. Docencia e investigación .....	500
19.9. Resumen .....	501
Bibliografía .....	501

## **Capítulo 20**

### **GESTIÓN INTEGRAL DE LOS LABORATORIOS COMO SERVICIOS CENTRALES**

Juan Antonio Gómez Gerique, Isabel Sampedro García,  
Fidel Fernández Fernández

20.1. Introducción .....	503
20.2. Gestión del proceso, desde la petición a la disponibilidad del resultado .....	505
20.3. Archivo de muestras .....	525
20.4. Sistema de gestión de la calidad. Instauración en el laboratorio .....	526
20.5. Ventajas del laboratorio «CORE» sobre los laboratorios descentralizados .....	533
20.6. Resumen .....	534
Bibliografía .....	535

## **Capítulo 21**

### **LA GESTIÓN EN LOS SERVICIOS DE RADIODIAGNÓSTICO**

Nieves Bea Alonso

21.1. Introducción .....	537
21.2. Organización de los recursos humanos .....	538
21.3. Estructura y equipamiento .....	539
21.4. Contrato de gestión y dirección por objetivos .....	541
21.5. Cartera de servicios .....	545
21.6. Los sistemas de información en radiología .....	547
21.7. Organización de la protección radiológica en un departamento de diagnóstico por imagen .....	550
21.8. Productos y gestión por procesos en diagnóstico por la imagen .....	551
21.9. Resumen .....	553
Bibliografía .....	554

## Capítulo 22

### LA GESTIÓN EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA NUCLEAR

Luis Martínez Dhier

22.1. Introducción. ¿Qué es la medicina nuclear? ¿En qué consiste? ¿Qué actividades desarrolla? .....	555
22.2. Descripción del espacio físico de las unidades .....	562
22.3. Descripción genérica de las técnicas y de los equipamientos específicos .....	563
22.4. Definición de puestos. Funciones .....	564
22.5. Flujos de trabajo .....	567
22.6. Documentación propia de los servicios .....	575
22.7. Resumen .....	577
Anexo I. Cartera de servicios de la especialidad .....	578
Anexo II. Ejemplo de manual de procedimientos normalizados de trabajo. La gammagrafía ósea .....	587
Bibliografía .....	591
<b>ÍNDICE ANALÍTICO .....</b>	<b>593</b>

# Prólogo

---

En los últimos 150 años, la asistencia sanitaria ha pasado de ser un servicio social que prestaban los médicos en sus domicilios, a convertirse en un complejo sistema de relaciones profesionales, estructuras y jerarquías.

Si tuviéramos que definir qué es gestionar diríamos que:

... Gestionar es hacer hacer...

Esto significa que se han de establecer objetivos y asignar recursos, se han de asignar tareas y responsabilidades, se ha de supervisar las personas que intervienen en el proceso y evaluar el producto final. Cuando hablamos de gestión, hablamos de dos grandes fases: «la de pensar», que comprende las etapas de planificación y organización, y «la de hacer», que incluye las etapas de dirección y control, y todas ellas necesitan de conocimiento, experiencia e intuición, y de la integración de todos en un medio cambiante y complejo como es una organización hospitalaria. La gestión no sólo aporta una forma concreta para que la planificación sanitaria se ponga en marcha, sino que además pretende encontrar cuál es la mejor manera de adecuar la estructura a los procesos y al resultado, y determinar el trabajo a realizar, los medios necesarios, la forma de realizarlos, las líneas de responsabilidad, el contenido de cada puesto de trabajo, la participación de todos los elementos y los canales de comunicación y coordinación. La organización hospitalaria debe estar estructurada para conseguir alcanzar los objetivos fijados, y estos se fijarán teniendo en cuenta las necesidades reales de los clientes internos y externos de una organización, así como una de las claves de la formulación de un objetivo está en que deben nacer de los

miembros de la organización. La gestión sanitaria debe intentar la coordinación de los diferentes componentes de la organización, establecer líneas de comunicación y situar los elementos humanos en el lugar y tiempo preciso.

En cuanto a la definición del rol del gestor diríamos que:

- Establece y pone en desarrollo las políticas de gestión de recursos materiales y humanos, para obtener de ellos cuidados de enfermería de máxima calidad, eficiencia y eficacia.
- Participa en el diseño, planificación, promoción y dirección de las actividades de mejora del hospital.
- Elabora y gestiona la parte del presupuesto del hospital que le corresponde.
- Garantiza que los estándares de la práctica enfermera estén en consonancia con los avances actuales en la investigación de enfermería.

La meta que persigue esta obra se centra en poner a disposición de los profesionales, docentes y alumnos de Ciencias de la Salud un texto cuyos objetivos se centran básicamente en:

- Reconocer las características de la gestión sanitaria y la implicación de sus diferentes actores.
- Analizar los problemas fundamentales en la gestión siguiendo los principios básicos de la administración a través del enfoque sistémico.
- Desarrollar actitudes y habilidades en la aplicación del proceso organizativo, así como la solución de problemas, demostrando capacidad de programación, de liderazgo y de trabajo en equipo.

Pero fundamentalmente, y este es el gran reto de este Manual, es dar una visión de la gestión integral, con enfoque pluridisciplinar, y no como compartimientos estancos entre las diferentes direcciones o estamentos que configuran o actúan en la planificación y gestión hospitalaria. Es verdad que la estructura organizativa proporciona el marco formal dentro del cual se verifica el proceso administrativo, pero también la estructura organizativa proporciona un sistema de trabajo, un sistema de comunicaciones y de identidad para los individuos y la organización. El problema es cuando los textos o manuales reproducen en su contenido y desarrollo esta visión formalista y no integradora.

Sin embargo, esta publicación intenta romper con una acentuada división del trabajo, que en muchas ocasiones implica una restricción de la visión de conjunto que, a su vez, puede producir una sobrevaloración de la importancia del propio ámbito funcional junto con una interpretación de los fines generales de la organización según la óptica de grupo, estamento o dirección, perdiéndose la importancia del trabajo en equipo que es esencial en la gestión sanitaria.

Tal como sugiere Koontz y O'Donnell, gestionar es conseguir resultados logrando al mismo tiempo satisfacción individual y colectiva y desarrollo humano y profesional del equipo; el éxito en la gestión está determinado por la comprensión de la complejidad y actitud de cada persona del grupo, el abordaje de los temas se ha realizado a través del trabajo en equipo de las diferentes direcciones y estamentos que integran el ápice estratégico y de toda la estructura hospitalaria. La gestión eficaz exige la interrelación de sus componentes, y la conceptualización de la organización hospitalaria debe hacerse desde la perspectiva de un sistema de elementos interdependientes en un proceso de intercambio continuo que permita la adaptación de unos y otros para sobrevivir. El hospital, como organización, es un sistema humano abierto de tipo social. Los sistemas abiertos, como los organismos vivos, se mantienen gracias al intercambio de energía con el entorno y al equilibrio interno que mantienen todas sus partes.

Este planteamiento integrador ha sido posible gracias a que los autores que han elaborado los diferentes capítulos que componen este texto son profesionales con experiencia y de diferentes ámbitos o perfiles profesionales dentro de la gestión hospitalaria. Podemos asegurar que queda patente la intención holística de esta publicación.

El contenido de la obra arranca en sus primeros capítulos con la Gestión Clínica y por Procesos, la integración de la Dirección Médica y de Enfermería como Dirección Asistencial, siguiendo el modelo EFQM. Otro aspecto de gran interés es el que se plantea en el Capítulo tercero que trata todo lo referente a la historia clínica informatizada, haciendo especial hincapié en las ventajas de los sistemas de información integrados.

No resulta fácil encontrar reunida en un solo texto información que abarque desde la bioética en la práctica asistencial a la seguridad del paciente, la monitorización de efectos adversos en la práctica asistencial, la investigación biomédica y de enfermería, la formación continuada en ciencias de la salud, la gestión de los recursos materiales, el equipamiento e inversiones, los servicios de prevención de riesgos laborales y el comité de seguridad y salud en el trabajo, y todo el desarrollo de la

gestión de pacientes en atención especializada, así como las peculiaridades de los diferentes servicios, unidades o áreas que conforman o integran un hospital (la gestión del área de urgencias, la gestión de los servicios de nefrología, la gestión en las unidades de cuidados críticos, la gestión del bloque obstétrico, la gestión en un servicio de ginecología, la gestión en pediatría, la coordinación del bloque quirúrgico y anestesia, la gestión en el área de los servicios médicos, la gestión en traumatología y ortopedia, la gestión del área de laboratorios, del área de radiodiagnóstico, y la gestión en medicina nuclear).

En cuanto al lenguaje, su rigor viene acompañado de claridad en la expresión, homogeneidad, así como la continuidad en los contenidos, lo que sin duda facilitará la lectura. En resumen, se trata de una obra razonablemente fácil de leer, muy completa y que permite consultar de forma rápida los aspectos esenciales de la gestión hospitalaria en sus diferentes áreas y aspectos. Además, es útil su lectura desde cualquier capítulo, pues tocan parcelas o áreas diferentes. Para el lector o estudiante que se acerca por primera vez al tema, el texto puede resultar de gran interés.

Sin lugar a dudas este texto contribuye al conocimiento y la reflexión para los profesionales de la gestión y la administración sanitaria, ya que los profesionales de la gestión hospitalaria asumen un papel de una gran responsabilidad y deben formarse continuamente para mejorar y asignar de manera eficaz los recursos, y construir estrategias de mejora continua de la calidad asistencial. Este manual permite mejorar el conocimiento de los problemas del sector hospitalario y su gestión, por la actualidad de los temas, su planteamiento integrador y la calidad de la redacción.

*...No hay viento favorable para quien no sabe dónde se dirige. Séneca.*

Paloma Salvadores Fuertes.  
*Catedrática Escuela Universitaria de Enfermería.  
Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.*

La efectividad de un plan preventivo en una empresa, se consigue con el compromiso por parte de toda la Organización (de cada uno de sus trabajadores), ya que de no ser así, es difícil lograr el éxito en sus objetivos.

## 9.2. DIRECTRICES DE LA ACCIÓN PREVENTIVA

Siempre que desarrollamos nuestra actividad laboral, estamos sometidos a ciertos factores de *riesgo* (condiciones de seguridad, medio ambiente físico de trabajo, contaminantes químicos y biológicos, cargas de trabajo, organización del trabajo), con los cuales se pueden generar errores, incidentes, o averías, que pueden poner en peligro nuestra integridad física y mental, provocando *daños* para nuestra salud.

Cuando existe un alto grado de riesgo, se puede convertir la situación en *peligro*, por lo que hay que minimizar las consecuencias: eliminando, evitando y si no se puede, evaluando, reduciendo o controlando el riesgo.

Un principio básico que debe imperar en la actividad laboral es que el primero que debe poner los medios para evitar accidentes, ponerse en riesgo para preservar su salud, es el propio trabajador; y también es responsable de preservar la salud de aquellas otras personas a las que pueda afectar su actividad laboral.

Evidentemente, el empresario es el responsable de velar por la salud y seguridad del conjunto de trabajadores, poniendo todos los medios a su alcance para conseguir dicho objetivo.

Es imprescindible que la Dirección asuma su responsabilidad general en materia de prevención y actúe en consecuencia, haciendo asumir las suyas a los componentes del siguiente nivel jerárquico de la empresa, para que estos hagan lo propio y la necesidad de integrar la prevención en todos los niveles de la empresa se establezca y promueva «de arriba abajo, en cascada».

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), en su Art. 15 define los principios generales de la acción preventiva que el empresario debe aplicar en la ejecución de las actividades de prevención en la empresa. Estos son los siguientes (transcripción):

1. Evitar los riesgos.
2. Evaluar los riesgos que no se pueden evitar.
3. Combatir los riesgos en su origen.
4. Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concep-

ción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.

5. Tener en cuenta la evolución de la técnica.
6. Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
7. Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo.
8. Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
9. Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

Con la concienciación y responsabilidad de todos, y con la adopción de medidas preventivas apropiadas, se lograrán combatir de manera muy efectiva los riesgos que surgen cada día en el trabajo.

La prevención de riesgos laborales, debido a la gran cantidad de accidentes de trabajo que existen, es siempre un tema de máxima actualidad, sobre el que es fundamental luchar para intentar minimizar o eliminar los riesgos y peligros existentes.

Por ello, enunciaremos a continuación una serie de líneas de trabajo para mejorar tanto el clima laboral como la siniestralidad en el ámbito laboral:

1. Fomentar la prevención de riesgos laborales, concienciando a los empresarios sobre la importancia de implantar una cultura preventiva.
2. Formación e información por parte del empresario a todos sus trabajadores (incluidas empresas contratistas) en materia preventiva. Que participen y se impliquen será garantía de un bienestar social en el ámbito del trabajo, y que desarrollen de forma segura su actividad laboral.
3. Selección de profesionales altamente cualificados en el equipo del Servicio de Prevención.
4. Integración de la planificación de la acción preventiva y la evaluación de riesgos en los objetivos estratégicos de la empresa. Implantar y mantener un sistema de gestión de la prevención con procedimientos y normas que ayuden a desarrollar de forma eficaz la política de prevención, que se integrará en todas las actividades que se desarrollen.
5. Análisis de los factores desencadenantes de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, para buscar su optimización o eliminación.

6. Aplicar la normativa vigente en tareas de prevención de riesgos laborales. Debe respetarse íntegramente su cumplimiento.
7. Perseguir que cada trabajador aplique la política de prevención en su área de trabajo, realizando las actividades de forma segura para autoprotegerse y proteger a otros que puedan verse afectados por sus actuaciones. Suministradores y empresas contratistas se tienen que integrar en la política de prevención establecida en el centro.
8. Evaluaciones de la accidentalidad, estudiando las posibles causas y los efectos colaterales ocasionados, para establecer programas de mejora del nivel de prevención.

### 9.3. ORGANIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN

Las empresas tienen como principales objetivos la obtención de resultados, conjugando la correcta organización de sus medios materiales y humanos, con un fin de ser rentables y que produzcan beneficios.

No obstante, no se debe interpretar que el objetivo de la prevención es únicamente perseguir la rentabilidad de la empresa, ya que el clima laboral y la seguridad de los trabajadores está muy por encima de los factores económicos.

Cuando en una empresa existe un gran número de accidentes o enfermedades profesionales, no es puntera ni competitiva frente a sus homólogas en el mercado.

Por lo tanto es fundamental la implantación de una cultura preventiva, con una estructura organizada, que permita sacar la máxima rentabilidad a sus recursos, con medidas de contención que ayuden a prevenir los riesgos para la salud de los trabajadores (evitándolos o disminuyéndolos). Existe una relación directa en el control de los riesgos laborales, para que disminuyan los accidentes y enfermedades profesionales.

De una manera global, podríamos hacer una definición de lo que significa el concepto *organización preventiva*: unión de recursos humanos con sus respectivas competencias, que integrados en el organigrama operativo de la empresa, tienen como principal misión la administración y aplicación de funciones preventivas, desarrollo e implantación de políticas en materia de riesgos laborales, vigilancia y búsqueda de soluciones a la realidad preventiva de la empresa, cuyo fin consiste en garantizar la adecuada protección de la seguridad y salud de los trabajadores.

La implantación de un sistema organizativo en prevención en cualquier empresa, consta de varias etapas:

- a) Selección de profesionales. Se efectuará un proceso de elección de los mejores candidatos, teniendo en cuenta su capacidad, formación y experiencia contrastada en la materia objeto de su contratación.
- b) Definición de funciones. Dentro de la estructura departamental, es preciso que se definan las funciones y responsabilidades de cada miembro del equipo, y que se establezcan las competencias específicas del puesto de trabajo, para evitar que existan solapamientos o cruces con tareas de otros compañeros.
- c) Elaboración del organigrama operativo. Distribución de los integrantes del servicio dentro de una estructura jerárquica, detallando en cada función, las actividades a desarrollar por cada componente del equipo. Se definirán los recursos necesarios (materiales, económicos y humanos) para que el servicio de prevención pueda desarrollar su labor, además de un calendario/cronograma de objetivos y su consecución.
- d) Analizar la situación de la empresa. Índice de siniestralidad, bajas laborales, medios destinados a la prevención, política en materia preventiva, formación, etc.

El Artículo 30 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, describe ante la protección y prevención de riesgos profesionales, que: «En cumplimiento del deber de prevención de riesgos profesionales, el empresario designará uno o varios trabajadores para ocuparse de dicha actividad, constituirá un servicio de prevención o concertará dicho servicio con una entidad especializada ajena a la empresa».

«Esos trabajadores deberán tener la capacidad necesaria, disponer del tiempo y de los medios precisos y ser suficientes en número teniendo en cuenta el *tamaño de la empresa*, así como *los riesgos* a que están expuestos los trabajadores y *su distribución* en la misma», bajo las obligaciones y restricciones expuestas en dicha Ley.

La actividad preventiva consta de cuatro especialidades, cuyas tareas están orientadas a examinar, analizar y proponer soluciones sobre todos los ámbitos de la actividad laboral.

Estas especialidades son:

- **Medicina del trabajo.** Según definición de la Organización Mundial de la Salud: «La especialidad médica que, actuando aislada o comunitariamente, estudia los medios preventivos para conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores, en relación con la capacidad de éstos, con las características y riesgos de su trabajo, el ambiente laboral y la



influencia de éste en su entorno, así como promueve los medios para el diagnóstico, tratamiento, adaptación, rehabilitación y calificación de la patología producida o condicionada por el trabajador». Su objetivo básico es promover y velar por la salud de los trabajadores, efectuando un control de los mismos a través de una vigilancia periódica, recuperando la salud de los que por enfermedad o accidentes se vea mermada. También evaluarán, identificarán y combatirán los riesgos de la salud y sus agentes causantes.

- **Seguridad en el trabajo.** Analiza, identifica, evalúa y controla los procedimientos, recursos, técnicas y el equipamiento e instalaciones del lugar de trabajo, para lograr el objetivo de eliminar o reducir los riesgos de accidentes laborales. Para ello, propondrá soluciones técnicas, de protección y organizativas que logren neutralizar los riesgos (en los casos que esto sea posible). Acciones y actividades que hacen que el trabajador realice su actividad en condiciones seguras (ambientales y personales) preservando la salud.
- **Higiene industrial.** Es la ciencia que tiene como principal misión la identificación, evaluación y control de factores de riesgo (agentes físicos, químicos, biológicos) dañinos en el lugar de trabajo, los cuales pueden provocar enfermedades profesionales y perjuicios a la salud o bienestar de los trabajadores.
- **Ergonomía y psicología aplicada.** La ergonomía estudia la adecuación de equipos, productos, instalaciones y sistemas a las condiciones de los usuarios, valorando las necesidades y limitaciones de cada uno de ellos (confort *versus* eficacia), para obtener la máxima seguridad y bienestar (adaptación mutua hombre con su trabajo). La psicología estudia el entorno de trabajo, satisfacción del trabajador, ambiente laboral, percepción del trabajador en su integración con los compañeros, teniendo en consideración su cultura, capacidad, necesidades, condicionantes ajenos al trabajo, etc. Analiza y propone soluciones para adecuar las tareas al trabajador, con el objeto de optimizar los riesgos de carga psíquica y emocional.

El empresario deberá establecer un organigrama de distintas responsabilidades dentro de la organización preventiva. Tendrá que designar trabajadores que desarrollen la actividad preventiva en función de su nivel de cualificación, a no ser que opte por asumir personalmente o utilizar servicios de prevención propios o ajenos.

Los servicios de prevención podrán ser propios, externos o mixtos (mancomunados), en función del número de trabajadores, incluso de la estrategia empresarial ante esta actividad.

Los *servicios de prevención propios* tendrán que tener profesionales con dedicación en exclusiva a la actividad preventiva, y al menos deberán tener dos especialidades de las enunciadas anteriormente. Se tendrán que someter a auditorías externas con una frecuencia de cinco años. De esta forma se comprobará la eficacia y eficiencia del sistema de prevención implantado.

Tendrán que contar con las instalaciones y los medios materiales y humanos necesarios, para llevar a cabo la actividad preventiva que tengan encomendada en la empresa. Anualmente, la empresa tiene que elaborar la memoria y programación del servicio de prevención, y tenerlo a disposición de las autoridades laborales que se lo puedan reclamar.

La actividad preventiva no asumida por medios propios, tendrá que ser concertada con medios externos.

Para que el empresario o gerente de la empresa se acoja a esta opción, depende de tres circunstancias (Art. 14 del RD 39/1997, Reglamento de los Servicios de Prevención):

- A) La empresa tiene que superar los 500 trabajadores.
- B) Si las empresas desarrollan actividades con un riesgo importante (incluidas en Anexo I del RD 39/1997 Reglamento de los Servicios de Prevención), el tramo de trabajadores estará comprendido entre 250 y 500.
- C) En empresas no incluidas en los anteriores apartados, si lo decide la autoridad laboral (con informe previo de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, o de autoridades de las comunidades autónomas), en función de la peligrosidad de la actividad desarrollada, o por la gravedad y frecuencia de la siniestralidad en la empresa.

Los *servicios de prevención ajenos o externos*, están regulados por el Art. 16 del RD 39/1997, Reglamento de los Servicios de Prevención.

En él se definen los condicionantes para que el empresario recurra a este tipo de contratación:

- A) Que la designación de uno o varios trabajadores sea insuficiente para la realización de la actividad de prevención y no concurren las circunstancias que determinan la obligación de constituir un servicio de prevención propio.

- B) No haber optado por constituir un servicio de prevención propio.
- C) Haber asumido de manera parcial la actividad preventiva.

«Los representantes de los trabajadores deberán ser consultados por el empresario con carácter previo a la adopción de la decisión de concertar la actividad preventiva con uno o varios servicios de prevención ajenos» (Art. 16 Apartado 2, del RD 39/1997, Reglamento de los Servicios de Prevención).

Evidentemente, el grado de exigencias y características aplicables a los servicios de prevención propios, son extensibles a los externos.

Estos servicios tendrán que estar acreditados por la autoridad competente y desarrollarán sus trabajos en las especialidades que el empresario le contrate. Básicamente, proporcionarán apoyo y asesoramiento en:

- Formación e información a los trabajadores.
- Vigilancia de la salud de los trabajadores, vinculados a los riesgos en el lugar de trabajo.
- Efectuar la evaluación de riesgos y su seguimiento, proponiendo las acciones preventivas que se precisen.
- Diseño, implantación y seguimiento de un manual de gestión de la prevención (definición de procedimientos y normas, estudio y desarrollo de planes preventivos, estructura organizativa, etc.).

Los *servicios de prevención mancomunados* (Art. 21 del RD 39/1997, Reglamento de los Servicios de Prevención) se diseñan para empresas que desarrollan simultáneamente actividades en un mismo centro de trabajo, edificio o centro comercial, siempre que quede garantizada la operatividad y eficacia del servicio.

El acordar la constitución de este tipo de opción, requiere la consulta con los representantes legales de los trabajadores de cada empresa afectada, y se debe indicar qué condiciones mínimas debe desarrollar este servicio de prevención.

La actividad preventiva de los servicios mancomunados se limitará a las empresas participantes, poniendo a disposición de las autoridades (cuando estas lo requieran) la documentación e información de las distintas empresas que componen el servicio, así como el grado de participación de las mismas.

#### 9.4. FUNCIONES DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN

El RD 39/1997, Reglamento de los Servicios de Prevención, en sus Artículos 35, 36 y 37, detalla las funciones específicas de los servicios de prevención, en función de los distintos niveles de capacitación o formación. No obstante, haremos un resumen de las mismas, referenciado en el Art. 31 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL):

- Asesoramiento y apoyo a la dirección, delegados de prevención, comité de seguridad y salud, trabajadores, etc., en función de los tipos de riesgo de la empresa.
- Evaluar los riesgos para la salud y seguridad de los trabajadores siguiendo el Art. 16 de la LPRL (modificado por la Ley 54/2003), diseñando un plan que permita coordinar y gestionar la actividad preventiva de forma integrada.
- Priorización en la adopción de medidas preventivas apropiadas y el seguimiento de su eficacia.
- Procurar la formación e información de los trabajadores. Impartirla.
- Diseñar las medidas y planes de emergencia.
- Vigilar la salud de los trabajadores en función de los riesgos de su trabajo, y organizar la asistencia sanitaria de urgencia (primeros auxilios).
- Investigar accidentes e incidentes, elaborando informes sobre índices de accidentalidad.
- Elaboración del sistema de gestión de la prevención.
- Interlocutor con las autoridades (sanitarias, inspección de trabajo, etc.) en materia de prevención.
- Elaboración, custodia y mantenimiento de la documentación exigida por la legislación vigente.

#### 9.5. COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD

Según establece el Art. 38 de la LPRL, «el comité de seguridad y salud es el órgano paritario y colegiado de participación destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones de la empresa en materia de prevención de riesgos».

Está integrado en su composición por delegados de prevención y por representantes elegidos por la dirección del centro en una proporción de igual número de ambos. Siempre que una empresa cuente con más de 50 trabajadores, tiene que constituir un comité de seguridad y salud. Pueden participar en sus reuniones (que como mínimo se deben realizar cada tres meses) con voz y sin voto, delegados sindicales o cualquier trabajador que con una capacitación técnica pueda ser consultado en cuestiones relacionadas con la seguridad y salud.

En el caso de que sus propuestas en materia de prevención no sean aceptadas; o después de haber analizado el plan de prevención de la empresa estiman que las medidas y medios sobre riesgos propuestos por la empresa no son suficientes, podrán recurrir a la inspección de trabajo o cualquier otra autoridad competente, y denunciarlo.

Las funciones principales de este comité son las siguientes:

- Participación en los planes de prevención de riesgos (elaboración, implantación, evaluación) antes de su puesta en práctica.
- Control y supervisión de la calidad y evolución de los planes de prevención.
- Análisis y evaluación de las estadísticas de accidentalidad.
- Análisis de las no conformidades y seguir su plan de corrección.
- Promover iniciativas sobre procedimientos y métodos para una prevención efectiva y eficaz.
- Propuesta de mejoras en las condiciones de trabajo.
- Conocer todos los documentos e informes relativos a las condiciones de trabajo que sean necesarios, para el cumplimiento correcto de sus funciones.
- Colaboración con las autoridades en cualquier información demandada sobre riesgos en la empresa.
- Conocer e informar la memoria y programación anual del servicio de prevención.

## 9.6. DELEGADOS DE PREVENCIÓN

En materia de prevención de riesgos en el trabajo, representan a la junta de personal, y en consecuencia a todos los trabajadores de la empresa. Son designados por y entre los representantes del personal, con una presencia en porcentaje, en función del número de trabajadores.

Deben ser informados por la dirección de todos los daños producidos en la salud de los trabajadores, tendrán acceso a información y documentación (guardando la confidencialidad necesaria) relativa a la actividad preventiva de la empresa y condiciones de trabajo.

Sus principales competencias son (Arts. 35 y 36 de LPRL):

- Colaborarán con la dirección en la mejora de la prevención, así como en el control de los riesgos que se detecten.
- Promoverán y fomentarán la cooperación de los trabajadores en la aplicación de la normativa sobre prevención de riesgos.
- Ejercerán una labor de vigilancia y control sobre el cumplimiento de lo dispuesto en la planificación preventiva.
- Participarán en el Comité de Seguridad y Salud. Propondrán y plantearán mociones en materia de prevención.
- Acompañarán a los técnicos en las evaluaciones de riesgos, así como a cualquier autoridad en riesgos laborales (inspectores de trabajo) en visitas al centro de trabajo.
- Visitarán lugares de trabajo para ejercer una labor de vigilancia y podrán proponer, para su valoración, la paralización de actividades si estiman que existen riesgos para la salud y seguridad de los trabajadores.

## 9.7. ELEMENTOS PARA LA GESTIÓN DE UN SISTEMA PREVENTIVO

Para poder llevar a cabo una gestión eficaz en un sistema preventivo, es preciso tener en consideración los siguientes elementos descritos en el *Manual de procedimientos de prevención de riesgos laborales. Guía de elaboración* (M. Bestratén Belloví, 2003):

- *Identificación y evaluación de riesgos*  
Inicialmente, se tendrá que identificar y evaluar el alcance de todos los riesgos posibles que se pueden producir en cada puesto de trabajo de la empresa, incluso los que no hayan sido posible eliminar. Una vez hecho esto, se planificará la acción preventiva de la empresa, revisándola cada vez que se produzca una modificación de esas condiciones de trabajo.



- *Política*

La dirección del centro, y todos los estamentos en la jerarquía de la empresa, deben alcanzar un compromiso firme con las directrices y objetivos relativos a la prevención de riesgos laborales. Para ello se perseguirán los siguientes principios:

- *Mejora continua.* Vigilancia y control continuos, para mejorar los niveles de protección.
- *Integración de la actividad preventiva.* Concienciar a todos los niveles de la organización el integrar la acción preventiva a cualquier actividad o decisiones a adoptar en la empresa.

- *Organización*

La dirección definirá las funciones y responsabilidades en materia preventiva, que deberá tener cada miembro del personal, con las competencias correspondientes a su nivel en el organigrama jerárquico de la empresa. Para ello, establecerá un sistema organizativo en donde se describen y adjudican dichas funciones.

- *Planificación preventiva*

Es preciso efectuar la evaluación inicial de riesgos, donde surgirán las necesidades preventivas a aplicar. Una vez conocidos el alcance de los riesgos y su dimensión, se desarrollará una planificación preventiva, que tendrá en cuenta las prioridades de actuación, medidas de contingencia, plazos, etc.

Puntos básicos de la planificación:

- *Medidas-actividades para eliminar y reducir riesgos.* Medidas preventivas de protección, formación e información.
- *Información, formación y participación de los trabajadores,* sobre medidas preventivas y riesgos a los que están expuestos en su puesto de trabajo.
- *Actividades para el control de riesgos.* Seguimiento periódico de las condiciones de trabajo, vigilancia de la salud y control de la actividad de los trabajadores.
- *Actuaciones frente a cambios previsibles.* Cualquier variación sobre las condiciones de trabajo puede ser determinante en la seguridad y salud de los trabajadores. Para ello, la empresa tendrá que adecuarse a las nuevas

relacionados con el tiempo constituyen una de las claves para mejorar la eficiencia de la planificación y funcionamiento del BQ.

La sanidad pública española garantiza la universalidad de acceso a prácticamente todos los servicios sanitarios. Por ello, las listas de espera constituyen un claro factor regulador de la demanda. Sin embargo, los tiempos muy prolongados, tanto en los procedimientos diagnósticos como en los terapéuticos, pueden comprometer de manera sensible el principio de equidad que inspira a estos sistemas sanitarios.

Cualquier estrategia de actuación frente a las listas de espera debe partir del análisis inicial de las causas que la motivan, dimensionando y descartando, en primer lugar, los posibles problemas estructurales, para centrarse, a continuación, en las limitaciones de la capacidad de oferta.

Para afrontar este hecho se han diseñado múltiples estrategias de corte político y socioeconómico, y se ha concienciado a los profesionales sanitarios para que busquen soluciones técnicas y organizativas más eficientes que permitan no sólo el mantenimiento de la asistencia, sino su progreso en cantidad y calidad.

Las listas de espera son un claro ejemplo de sistemas de información para la toma de decisiones, por lo cual resultan obligadas la normalización y la actualización permanente de los datos.

Siguiendo en la línea de mejorar la organización de la asistencia sanitaria, se publica en BOE del 5 de junio de 2003 el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Su aplicación ha cambiado de forma sustancial la gestión de nuestras listas de espera, sobre todo la lista de espera quirúrgica (LEQ).

## **17.2. INDICADORES DE ACTIVIDAD QUIRÚRGICA**

Se definen a continuación los diferentes indicadores de actividad quirúrgica relacionados con el tiempo:

### **17.2.1. Tiempo diario disponible (sesión quirúrgica)**

Valor teórico fijado por la Gerencia del hospital en función de la disponibilidad del personal. Es el horario durante el cual los quirófanos de un determinado hospital pueden ser realmente utilizados para la actividad quirúrgica programada.

El tiempo diario disponible es una variable cuyo valor actuará como marco general al que se ceñirá toda la actividad quirúrgica, independientemente de cualquier otro valor o consideración.

Lo habitual es considerar como tiempo diario disponible la sesión quirúrgica, con una jornada de 7 h (420 min.), de 8 h a 15 h, dedicada a la actividad quirúrgica programada.

La asignación de sesiones de quirófano para su uso programado se hará teniendo en cuenta las necesidades de cada servicio quirúrgico en función de su lista de espera y sus tiempos de respuesta.

### **17.2.2. Intervenciones quirúrgicas programadas por sesión (IQP/S)**

Es el número de intervenciones quirúrgicas programadas que se realizan en cada sesión de quirófano. Se refiere al índice relativo que resulta de dividir el número total de intervenciones quirúrgicas (correspondientes a un servicio determinado o al conjunto del bloque quirúrgico), entre las sesiones quirúrgicas asignadas (a un servicio o al conjunto del bloque quirúrgico).

Este indicador caracteriza, en cuanto a necesidades de tiempo, la específica actividad de un determinado servicio. Puede servir como índice de complejidad relativo. También es un valor variable que puede aumentar o disminuir el rendimiento, pero no por sí mismo, sino por el número de tiempos interquirúrgicos que impone. Lógicamente cada especialidad quirúrgica de cada hospital, experimentará necesidades distintas y responderá a ellas de formas distintas: mayor o menor número de intervenciones, mayor o menor complejidad y duración de las mismas.

### **17.2.3. Rendimiento quirúrgico**

El rendimiento quirúrgico es la relación existente entre el tiempo quirúrgico utilizado y el tiempo quirúrgico disponible. Es el porcentaje del tiempo disponible de quirófano que realmente se utiliza para la actividad quirúrgica. Medir el rendimiento es medir el aprovechamiento del tiempo. Se considera como tiempo quirúrgico utilizado el sumatorio de los tiempos de entrada-salida, es decir, el tiempo en el que realmente hay pacientes en el quirófano.



Una buena organización puede mejorar sensiblemente el rendimiento evidenciando, para poder incidir, los momentos críticos de entrada y salida del quirófano. Deben analizarse los factores más importantes de la desviación de este índice: limpieza, preparación, tiempo de traslado y tiempo previo a la inducción anestésica, demoras en la llegada de cirujanos, anestesistas y personal de enfermería al bloque quirúrgico. Cuando el rendimiento baja por alguno de estos factores, la mayor dificultad consiste en cambiar los hábitos de conducta.

De cualquier modo, el rendimiento del quirófano no es un parámetro que pueda estudiarse aisladamente, sino que debe contemplarse conjuntamente con otros, como duración media de las intervenciones en el conjunto del hospital, «mix» de patologías, procedencia de los pacientes, etc.

Un rendimiento adecuado sólo puede conseguirse aumentando el uso real del tiempo disponible. El cumplimiento y la aplicación de una normativa quirúrgica específica para cada hospital son indispensables para la consecución de unos buenos indicadores de actividad. Los responsables de los diferentes servicios y unidades quirúrgicas deben tomar las medidas oportunas tanto para que el inicio como la finalización del acto quirúrgico no se demoren o prolonguen.

Los rendimientos altos de los quirófanos sigue siendo uno de los principales puntos de conflicto entre profesionales del BQ y directores. No existe un acuerdo universalmente aceptado sobre cuál es el nivel óptimo de utilización. Las referencias de la literatura proponen una banda entre el 75 y el 90%. La diferencia es debida a la forma de calcular el rendimiento, es decir, teniendo en cuenta además de los tiempos de entrada-salida (TE-S), los tiempos de cambio o interquirúrgicos (TIQ).

Ejemplos: en un mismo BQ y en un mismo periodo de tiempo los valores del rendimiento cambian según la fórmula utilizada para su cálculo (Figuras 17.1 y 17.2):

$$\text{Ejemplo 1: Rendimiento} = \frac{\sum T. E-S}{\text{Tiempo disponible}} \times 100$$

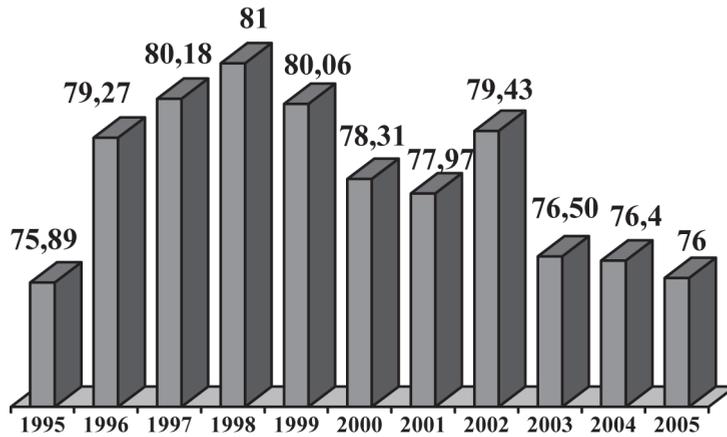


Figura 17.1.

$$\text{Ejemplo 2: Rendimiento} = \frac{\sum T. E-S + \sum T.I.Qs.}{\text{Tiempo disponible}} \times 100$$

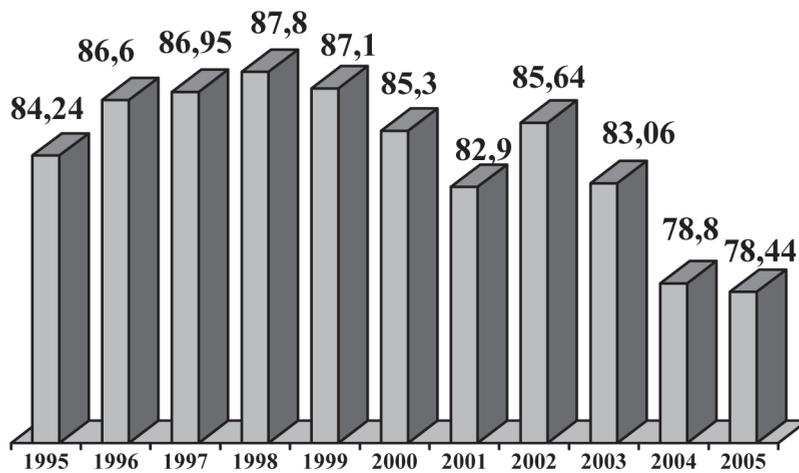


Figura 17.2.



#### **17.2.4. Tiempo de entrada-salida (duración E-S)**

Es el tiempo durante el cual el quirófano permanece ocupado. Es la suma resultante de los tiempos desde la entrada hasta la salida de quirófano de cada uno de los pacientes intervenidos.

La duración entrada-salida es la suma de: tiempo de inducción anestésica, tiempo de preparación del paciente, tiempo de incisión-sutura y tiempo de despertar.

#### **17.2.5. Tiempos muertos**

Esta denominación se refiere a los tiempos en los cuales no hay pacientes dentro del quirófano. Dentro de cada sesión quirúrgica se diferencian tres tiempos muertos:

*a) Tiempo de retraso en el inicio de la sesión (retraso inicio):* es el tiempo transcurrido desde las 8 h hasta que entra el primer paciente en un quirófano.

Durante este tiempo se realiza la preparación del quirófano, dotándole de los materiales, instrumental, aparataje, etc., necesarios para realizar la intervención y también para la limpieza prequirúrgica de las superficies y mobiliario del quirófano.

Existen diferentes causas que retrasan el inicio de la sesión, tales como:

- Demora en la llegada del equipo quirúrgico: cirujanos, anestesistas, personal de enfermería.
- Pacientes no disponibles.
- Retraso en el traslado de los pacientes al bloque quirúrgico.
- Preoperatorio incompleto.
- Analítica incorrecta.
- Insuficiente evaluación preoperatoria del paciente por presentar otras patologías.
- Quirófano no disponible.
- Instrumental preparándose.
- Fallos en el aparataje.
- Etc.

*b) Tiempo de adelanto del fin de la sesión (adelanto fin):* es el tiempo transcurrido desde que sale el último paciente hasta las 15 h.

Debido a la prolongación de las sesiones, algunas veces este tiempo puede ser cero o negativo, en cuyo caso, y a efectos de cómputo de rendimiento, normalmente se contabiliza el tiempo utilizado sobreañadido en el numerador, pero se mantiene fijo el tiempo disponible de 7 h en el denominador. En mi opinión, y para especialidades con intervenciones largas y complejas, no debería sobreañadirse, ya que se pueden obtener rendimientos elevados con retrasos en el inicio (tiempo muerto) muy prolongados.

Las prolongaciones de las sesiones quirúrgicas merecen el estudio expreso de sus causas para evitarlas, acortarlas o solucionar los problemas de personal. Como hay especialidades que por su complejidad no pueden evitar las intervenciones quirúrgicas largas, estas deben ser programadas con antelación para que los responsables del personal del BQ planifiquen los recursos humanos.

*c) Tiempo interquirúrgico de cambio:* es el tiempo, expresado en minutos, transcurrido entre la salida de un paciente de quirófano y la entrada, en el mismo, del siguiente paciente.

Se utiliza la media aritmética de la suma de tiempos interquirúrgicos ocurridos para un servicio o conjunto de servicios determinados, dividido entre el número de periodos con la consideración de tiempos interquirúrgicos.

Es un valor teórico resultante de medir y promediar los tiempos concretos, que se utilizan en un determinado hospital, para realizar la salida y entrada de pacientes del quirófano y el acondicionamiento del mismo. También reflejará, si se lo relaciona con los de otros hospitales, los diferentes grados de eficacia de las áreas quirúrgicas que vienen condicionados por la eficiencia profesional del personal y la idoneidad de las plantillas.

Este tiempo depende en gran medida del personal de enfermería, excluidas otras causas de retraso, ya que es el tiempo destinado a la limpieza y recogida del quirófano después de la salida del paciente y preparación antes de la siguiente intervención.

Las causas más habituales de la prolongación de este tiempo pueden ser:

- Personal de limpieza no disponible.
- Quirófano infectado que requiere una limpieza específica. Los pacientes infectados deberán programarse los últimos de la sesión, siempre que otra circunstancia de carácter clínico no lo desaconseje.

- Preparación previa del paciente para la cirugía con la intervención de otro servicio (anclaje de mama en RX, intubación con fibrobroncoscopio, presencia de patólogos para biopsia en fresco, etc.).
- Disponibilidad del instrumental o aparataje necesario para la cirugía.
- Celadores no disponibles.
- Ausencia temporal no prevista de alguno de los miembros del equipo quirúrgico.
- Valoración de alguna complicación del paciente.
- Etc.

Los tiempos interquirúrgicos o de cambio deben ser los mínimos y objeto de gran atención, pero eso no debiera hacer olvidar el obligado seguimiento de los tiempos anestésicos y operatorios, y su ajuste a los estándares aceptados en cada hospital.

### **17.2.6. Suspensiones**

El índice de suspensiones es un indicador de porcentaje relativo, de resultado (adverso) y de calidad, que ofrece una idea de conjunto de la organización del bloque quirúrgico e incluso del servicio de anestesia.

Es el índice relativo que resulta de dividir el total de intervenciones suspendidas de la programación quirúrgica para un servicio o conjunto de servicios determinados, entre el número total de intervenciones programadas. Se habla de este indicador como el porcentaje de cumplimiento de la programación quirúrgica definitiva; por tanto, la monitorización del índice de suspensiones es de gran utilidad para la detección de problemas en la gestión de la programación quirúrgica y sus tiempos.

Detectando los factores que originan la suspensión de una intervención quirúrgica se puede disminuir significativamente este porcentaje. Es importante conocer las causas de las suspensiones para implantar acciones de mejora, por tanto se hace necesario establecer un sistema de registro de causas. La suspensión de una intervención quirúrgica puede ser debida a:

- Falta de tiempo.
- Causa del paciente.
- Problemas de estructura.
- Problemas de personal.

Debe hacerse un seguimiento detallado de las causas que originan las suspensiones, a tal fin, cuando se suspenda una intervención quirúrgica deberá quedar reflejada esta incidencia en un impreso debidamente firmado por el responsable de la suspensión, con su correspondiente registro en la historia clínica del paciente.

La suspensión de una intervención quirúrgica programada es costosa para un hospital, conlleva un incumplimiento frente al paciente, un aumento de la estancia media preoperatoria, supone un periodo de inactividad para el equipo quirúrgico con la disminución de las horas de utilización de quirófano programado; pero sobre todo, produce graves molestias para el paciente y sus familiares. No se debe someter al paciente y a su familia al estrés de una intervención quirúrgica y a las incómodas preparaciones preoperatorias para que finalmente la intervención sea pospuesta para otro día.

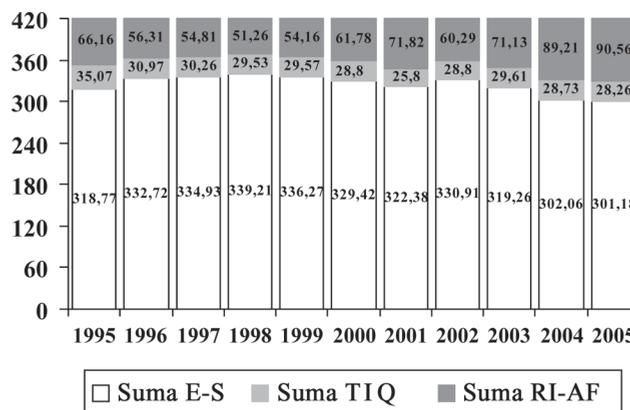
La suspensión de una intervención quirúrgica de un paciente programado en un parte definitivo e ingresado en el centro conlleva una nueva inclusión en el siguiente parte quirúrgico, pero evitando que esta desencadene una nueva suspensión. No se debe programar un paciente suspendido al final de una programación.

### 17.2.7. Resumen global de utilización de tiempos

El siguiente gráfico es un ejemplo del resumen de utilización de tiempos en una sesión quirúrgica programada, muy útil para ver la evolución, en el periodo de estudio, del conjunto de los tiempos y del rendimiento.

En la Tabla 17.1, en una sesión de 420 minutos (eje de ordenadas) podemos diferenciar tres tipos de tiempos agrupados por cada año de estudio (eje de abscisas):

Tabla 17.1.



**Sumatorio de Entrada-Salida ( $\Sigma$  E-S):** es el tiempo durante el cual el quirófano está ocupado con pacientes en una sesión quirúrgica diaria. El  $\Sigma$  E-S se calcula multiplicando la duración media de E-S por el IQP/S. Por ejemplo, en el año 2000, la duración media de E-S fue de 126,7 y el IQP/S fue de 2,6. El  $\Sigma$  E-S equivale a 329,42 minutos, resultado de multiplicar 126,7 y 2,6. El cociente entre el  $\Sigma$  E-S y el tiempo máximo disponible proporciona el rendimiento.

**Sumatorio de tiempos interquirúrgicos ( $\Sigma$  TIQ):** es la suma de los tiempos de cambio entre paciente y paciente. Se calcula utilizando la media de tiempo de cambio anual (18 minutos) y el IQP/S (2,6), aplicando la fórmula:

$$\Sigma \text{ TIQ} = \text{TIQ} (\text{IQP/S} - 1)$$

$$28,8 = 18 (2,6 - 1)$$

Resultando el valor 28,80 minutos para el año 2000.

**Sumatorio de retraso en el inicio más adelanto del fin ( $\Sigma$  RI – AF):** Es la suma del tiempo que transcurre desde las 8 h hasta que entra el primer paciente a quirófano, más el tiempo que transcurre desde que sale el último paciente de quirófano hasta las 15 h. En el año 2000 la hora media de inicio fue 8 h 35 min., y la hora media de finalización fue 14 h 33 min. El  $\Sigma$  RI + AF será igual 35 min. más 27 min., utilizando el valor ajustado en el gráfico de 61,78. La suma de los tres tiempos, en el ejemplo del año 2000, ha de ser por tanto igual a 420 minutos.

### 17.3. GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (LEQ)

La Constitución Española (1978) en su Artículo 43, consagra el «derecho a la protección de la salud».

La Ley General de Sanidad (1986):

- Diseñó nuestro actual Sistema Nacional de Salud (SNS).
- Confirmó un sistema descentralizado con autonomía de gestión para las comunidades autónomas (CC AA).
- Determinó que el acceso a las prestaciones sanitarias se realizara en condiciones de igualdad efectiva.
- Establece el derecho a la información sobre los servicios sanitarios a los que se puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.

- Atribuye a la Administración General del Estado la implantación de medios que garanticen la información y la comunicación recíprocas entre las administraciones sanitarias del Estado y de las CC AA.
- Establece criterios mínimos, básicos y comunes de evaluación de la eficacia y el rendimiento de los programas, centros o servicios sanitarios.

El Real Decreto 63/1995 de Ordenación de las Prestaciones Sanitarias del SNS reglamentó los derechos de los ciudadanos respecto a las prestaciones que el sistema debe ofrecerles como mínimo en todos los servicios de salud.

En el marco de las actuaciones derivadas de la debida coordinación, y para la mejora de la asistencia sanitaria, es necesario:

- Diseñar instrumentos, medidas y mecanismos que potencien y aseguren el Sistema de Información Sanitaria sobre listas de espera en el SNS.
- Asegurar la disponibilidad de la información y la comunicación recíprocas entre la Administración General del Estado y las CC AA.
- Garantizar el funcionamiento cohesionado y la calidad de la asistencia sanitaria dentro del SNS.

A principios de los noventa, comienzan a estudiarse, aplicarse y evaluarse todas las técnicas de gestión con el objetivo general de reducir la demora de los pacientes en lista de espera quirúrgica; y con objetivos específicos como mejorar la gestión de pacientes, incrementar la actividad quirúrgica e implantar un sistema de información eficaz para la toma de decisiones.

En enero de 1999 se empieza a aplicar la Guía para la Gestión de Lista de Espera Quirúrgica, con el fin de:

- Establecer criterios consensuados que permitan un modelo de gestión integral.
- Definir las responsabilidades de los diferentes niveles de gestión.
- Establecer los requisitos de los sistemas de información.
- Definir los criterios de evaluación y control de calidad.

Los ya conocidos *comités de quirófano* deben funcionar también como comisiones de programación, cuyo objetivo fundamental debe ser:

- Organización y planificación racional de todas las actividades necesarias para

realizar una programación quirúrgica efectiva y eficiente que haga que cada paciente sea intervenido cuando más favorezca a su salud, y que se utilicen con responsabilidad los recursos del BQ del hospital.

Programar las actividades quirúrgicas significa planificar con antelación suficiente: para que el servicio de anestesia pueda organizar sus actividades y distribuir sus anestesistas en función de la cirugía a realizar, para que el ciudadano sea avisado con el tiempo necesario para preparar su ingreso en el hospital con el menor perjuicio posible, para que la enfermería del centro pueda gestionar adecuadamente los stocks y el material necesario para la cirugía, para que se optimice racionalmente el recurso sesión quirúrgica/especialidad, para distribuir equitativamente el trabajo de los cirujanos; en fin, programar es planificar pensando en el ciudadano y en el profesional del hospital.

Como en toda organización, en el BQ debe existir un marco preciso en el que desarrollar la actividad. Dicho marco será la *normativa quirúrgica* que debe estar formulada por escrito, y es deber de los trabajadores conocerla y respetarla. La formulación concreta varía de acuerdo a la organización y estructura de cada BQ, pero en general debe ser lo suficientemente amplia y detallada para que los aspectos más importantes de la actividad estén recogidos y expuestos con poco margen para dudas. Anexo a la normativa o incluido en esta debe existir, además, un glosario que defina los conceptos de gestión a utilizar en el BQ.

En julio de 2001, la Subdirección General de Atención Especializada remite a los hospitales las Instrucciones para el Cumplimiento de los Objetivos Institucionales de LEQ y las incorporen en el Contrato de Gestión, para lo cual se establecen:

- **Objetivos de demora** (para las intervenciones quirúrgicas no urgentes):
  - Demora media de 55 días.
  - Demora máxima de 6 meses, con la excepción de las intervenciones de cirugía cardiaca que será de 2 meses.
- **Actuaciones:**
  - Aumentar las intervenciones quirúrgicas en un 2,5% y monitorizar los rendimientos quirúrgicos.
  - Protocolizar la indicación quirúrgica de los procesos más prevalentes en lista de espera.