

Incorporar la enfermera clínica y la los nuevos modelos organizativos el “modelo Bellvitge”

M. Lluïsa Ridao March, Pedro Garzón Martínez, Alfredo García Díaz, Albert Salazar Soler y Xavier Corbella Virós

Dirección de Enfermería. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

Resumen

Introducción. Los importantes cambios experimentados en el actual entorno social y económico están determinando que los sistemas sanitarios deban adaptar sus modelos organizativos, priorizando la gestión clínica y la gestión de los recursos para mantener sus estándares de calidad. En esta línea de pensamiento, desde la Dirección de un hospital público universitario de nivel III nos decidimos, a principios de 2009, a impulsar el diseño y desarrollo de un nuevo modelo organizativo de enfermería, con la idea de adaptar las necesidades y exigencia, actuales y futuras, a los nuevos escenarios sanitarios y académicos, con la convergencia europea de titulaciones de grado.

Objetivos. El objetivo principal ha sido diseñar y desarrollar un nuevo modelo organizativo de enfermería en un hospital universitario terciario que permitiera tres objetivos secundarios: mayor desarrollo de las competencias de enfermería, mayor participación de enfermería en el proceso asistencial del paciente y organizar los cuidados en base a la agrupación de áreas de competencia clínica enfermera y no en base a las especialidades médicas tradicionales.

Método. Lugar. Hospital Universitario de Bellvitge, perteneciente al Institut Català de la Salut y afiliado a la Universidad de Barcelona, un centro público terciario para adultos, situado en el área metropolitana sur de Barcelona. Dispone de 800 camas de hospitalización y de 4.200 profesionales, con una actividad de 35.000 pacientes ingresados/año, 120.000 visitas urgentes y un programa activo de trasplantes que incluye riñón, hígado y corazón.

Diseño. Estudio cualitativo y descriptivo, basado en técnicas grupales de recogida de datos. Fuente de datos. Ideación y definición del modelo a través de grupos de trabajo diferenciados por categorías: enfermeras de base, enfermeras con cargo de responsabilidad y enfermeras expertas de reconocido prestigio.

Resultados. El nuevo modelo organizativo de enfermería definido se estructuró en base a tres resultados principales: 1) definición de nuevos roles de enfermería que sustituyen a los definidos en los modelos tradicionales, que permiten un mejor aprovechamiento de las competencias enfermeras; 2) redefinición del rol enfermero como parte activa del equipo multidisciplinario responsable del proceso asistencial, y 3) reordenación organizativa en base al conocimiento de las competencias enfermeras en áreas de cuidados integradas y especialización.

Conclusiones. Los nuevos escenarios sanitarios requieren de una reordenación organizativa que permita a la enfermería desarrollar plenamente las actuales y futuras competencias. En nuestro centro, una metodología basada en la participación de los profesionales ha permitido diseñar y desarrollar un nuevo modelo organizativo de enfermería que define nuevos roles y áreas de conocimiento y que nos permite afrontar con garantías y eficiencia el difícil futuro económico y la convergencia europea de titulación de grado.

Introducción

De forma universal, los sistemas sanitarios parecen estar condenados a gestionar lo que es una carrera de colisión entre las necesidades de la población (envejecimiento, inmigración) y el coste de los servicios (nueva tecnología, nuevos tratamientos). Si a todo ello le unimos la tendencia creciente de los sistemas de salud a dar una atención personalizada centrada en el paciente, los cambios en las expectativas de la sociedad, el mayor acceso a la información por parte del usuario y la creciente complejidad de los cuidados, entendemos que los modelos de organización sanitaria tradicional están llegando a su obsolescencia.

En este sentido es necesario reorientar la organización de los cuidados de enfermería hacia modelos que prioricen la gestión clínica con una visión más integrada y poblacional, la gestión eficiente de los recursos, la garantía de la continuidad de cuidados y la coordinación entre niveles asistenciales.

Esta necesidad de cambio a nivel sanitario y social de la enfermería viene además condicionada por los procesos de convergencia europea en materia educativa. La irrupción de la titulación de grado, del doctorado y la especialización comportará la aparición de nuevos roles profesionales que ya son objeto de estudio e interés en muchos países de nuestro entorno.

El desarrollo de nuevas competencias se ha abordado históricamente bajo dos prismas conceptuales: por un lado, bajo el conocimiento académico reglado, donde

enfermera gestora en de enfermería:

destaca el modelo inglés y canadiense (enfermería de práctica avanzada), y por otro, bajo el conocimiento a través de la experiencia y pericia clínica práctica. En esta última forma son relevantes los trabajos realizados por Margot Phaneuf en Estados Unidos, validando la experiencia como criterio competencial. Sin embargo, las dificultades administrativas que existen en nuestro país para el despliegue de estas figuras competenciales descritas anteriormente, sin reconocimiento orgánico, han comportado que, en la práctica, la gestión clínica enfermera haya quedado en una mera idea conceptual sin implantación real.

Desde este punto de vista, pensamos que el trabajo que presentamos tiene el valor de aportar una experiencia real y pionera en el diseño y desarrollo de un nuevo modelo organizativo de enfermería que armoniza cuidados y resultados clínicos, a través de una coordinación eficiente de los conocimientos y de los recursos de enfermería. Creemos además que los beneficios conseguidos en nuestro caso son evidentes y exportables a otros centros.

Metodología

Lugar

Hospital Universitario de Bellvitge, perteneciente al Institut Català de la Salut y afiliado a la Universidad de Barcelona, un centro público terciario para adultos, situado en el área metropolitana sur de Barcelona. Dispone de 800 camas de

hospitalización y de 4.200 profesionales, con una actividad de 35.000 pacientes ingresados/año, 120.000 visitas urgentes y un programa activo de trasplantes que incluye riñón, hígado y corazón.

Objetivos

El objetivo principal fue diseñar y desarrollar un nuevo modelo organizativo de enfermería en un hospital universitario terciario que permitiera tres objetivos secundarios: mayor desarrollo de las competencias de enfermería, mayor participación de enfermería en el proceso asistencial del paciente y organizar los cuidados en base a la agrupación de áreas de competencia clínica enfermera y no en base a las especialidades médicas tradicionales.

Diseño

La estrategia metodológica utilizada es cualitativa y descriptiva, basada en técnicas grupales para el planteamiento del proyecto, definición y recogida de datos.

En una **primera fase** (fase de diseño) se creó una comisión de trabajo liderada por la Dirección de Enfermería, con el objeto de velar por el mantenimiento de los objetivos del proyecto, centrando el trabajo de los grupos en una estrategia

de cambio de modelo organizativo que situara al paciente en el centro del sistema y al profesional en el centro de la organización. Esta comisión tenía el apoyo explícito de la Gerencia y especialmente de la Dirección Médica como copartícipes del proyecto alineado con las Direcciones clínicas y como nuevo modelo asistencial y así se comunicó al resto de la organización.

En una **segunda fase** (fase de desarrollo) se seleccionaron diferentes grupos de participantes como fuente de datos para la ideación y definición del modelo. Estos grupos de trabajo fueron diferenciados en tres categorías:

- Grupo de enfermeras de base (n=2).
- Grupo de enfermeras con cargo de responsabilidad (n=13).
- Grupo de enfermeras expertas de reconocido prestigio (procedentes del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, de la Direcció de Processos, Cures i Qualitat de l'ICS, del Col·legi d'Infermeria de Barcelona y de la Escola Universitària d'Infermeria de Barcelona).

La recogida y el análisis de datos se plantearon mediante tres técnicas distintas:

Es necesario reorientar la organización de los cuidados de enfermería hacia modelos que prioricen la gestión clínica con una visión más integrada y poblacional, la gestión eficiente de los recursos, la garantía de la continuidad de cuidados y la coordinación entre niveles asistenciales.

- Técnicas grupales como Focus Group y grupos de discusión, con el objetivo de detectar necesidades, evidenciando acuerdos y desacuerdos, y validando puntos clave que se alinearan estratégicamente con el proyecto.
- Talleres de trabajo, que a través de plantillas estructuradas guiaran al grupo a adaptar el modelo teórico a la realidad de nuestro entorno hospitalario.
- Sesiones con expertos, con el objeto de incorporar conocimiento académico y adaptar el nuevo modelo con los nuevos escenarios de convergencia europea.

En una **tercera fase** (fase de seguimiento), la comisión de trabajo identificó las dificultades de implantación y los resultados tras la puesta en marcha, dando soporte metodológico a la medición de resultados en procesos clave y en el global de la organización.

Período de trabajo

El grupo se constituyó en julio del 2008, se plantearon los objetivos y se realizaron los primeros borradores a finales de diciembre del mismo año.

Durante el primer trimestre del 2009 se presentó al Comité de Dirección del

Tabla 1. Figuras de enfermería

Figuras	Nivel de autonomía
Enfermera asistencial	Gestiona el plan terapéutico individual del paciente
Enfermera clínica de proceso	Gestiona y coordina el proceso del paciente
Enfermera clínica transversal	Gestiona un programa de cuidados
Enfermera gestora	Gestiona los recursos
Enfermera jefa de área	Gestiona la idoneidad de los cuidados, el nivel de eficiencia, el análisis de la gestión de recursos que impactan en la gestión de cuidados

Centro, a la Junta Clínica, a la Junta de Enfermería, a la Directiva Médica y a la Directiva de Personal, recogiendo en el documento las aportaciones que se plantearon.

Durante la primera quincena de abril se realizan las reuniones con los profesionales de todos los turnos, distribuidos por las áreas que el modelo organizativo de enfermería plantea.

El 15 de abril se despliega en las áreas de Enfermedades del Aparato Respiratorio, Digestivo y Neurológico.

El 1 de mayo lo hace en las áreas de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Vascular, Proceso Urgente y unidades de críticos.

Queda pendiente para una segunda fase la organización del área de enfermedades médicas urológicas y las del sistema locomotor.

Resultados

Planteamiento y definición del nuevo modelo organizativo de enfermería

Los principales resultados obtenidos permitieron estructurar el nuevo modelo incorporando tres ejes estratégicos para el cambio:

- **Mayor desarrollo de las competencias de enfermería.** Se propone incorporar, en el nuevo modelo organizativo, nuevas

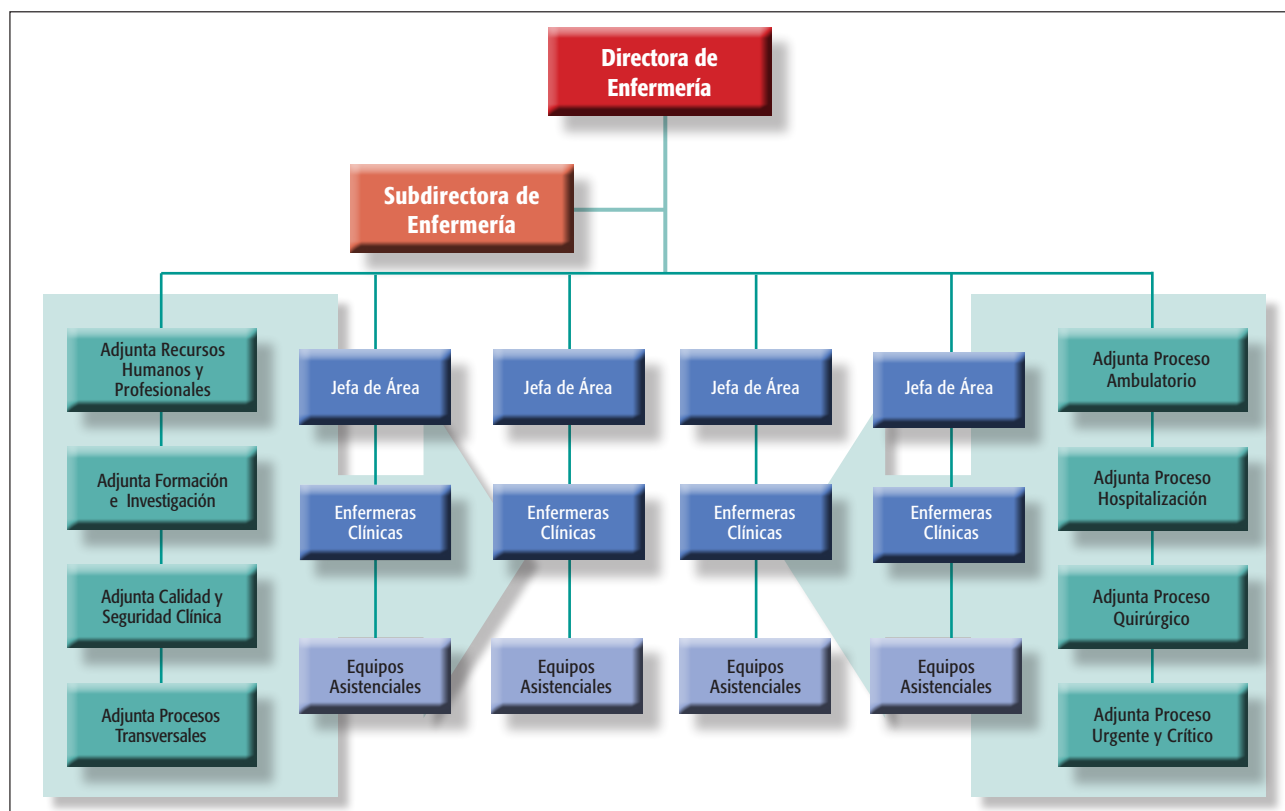


Figura 1. Organigrama.

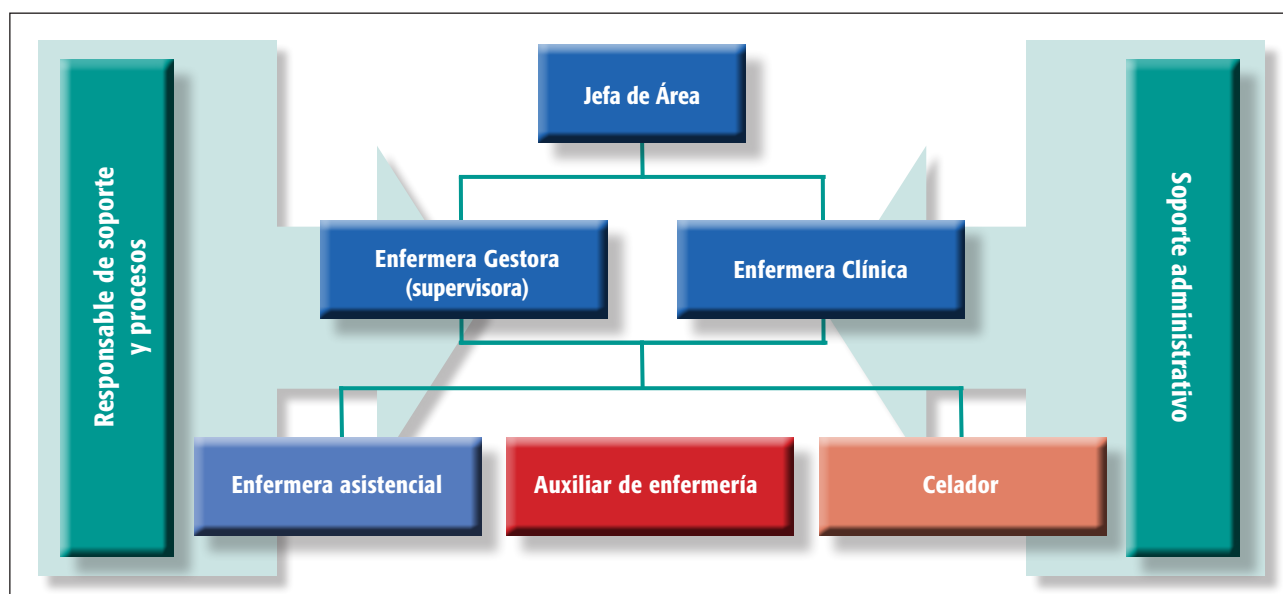


Figura 2. Organigrama: área de conocimiento.

figuras que permitan redefinir los roles de enfermería en base a diferenciar la gestión de cuidados (enfermeras asistenciales y clínicas) y la gestión de recursos (enfermeras gestoras). El nuevo modelo propone, pues, sustituir el binomio tradicional enfermera asistencial-supervisora de unidad como únicas figuras clave de la organización, por otro que, sin incrementar la dotación final de plantilla, sustituye la supervisión de unidad para incorporar *enfermeras clínicas de procesos asistenciales* (expertas en 10-12 procesos asistenciales clave: p. ej., cirugía de colon, insuficiencia cardíaca, etc.), *enfermeras clínicas de procesos transversales* (p. ej., expertas en cura de ostomías, infección nosocomial, etc.) y *enfermeras gestoras* (expertas en gestión de recursos humanos y materiales) (tabla 1). El modelo se organiza por áreas integradas de cuidados y de competencia (p. ej., área de aparato respiratorio), que integran bajo el mando de una única *jefa de área de enfermería* todos los recursos de enfermería, del área administrativa y de los celadores (figs. 1 y 2).

● **Participación más activa en la gestión del proceso asistencial.** Se propone incorporar las enfermeras clínicas como parte activa del equipo multidisciplinar que atiende el proceso asistencial, mediante la participación en sesiones clínicas multidisciplinarias, pase de visita conjunto, gestión y seguimiento de pruebas complementarias, identificación de continuidad de curas (traslado/alta de unidad de cuidados intensivos, alta a atención primaria...).

Permite definir una cartera de servicios de la enfermera clínica dependiendo del proceso específico del que sea responsable (tabla 2).

● **Organización por áreas integradas de cuidados y de conocimiento.** Se definen ocho áreas clínicas integradas de conocimiento y similitud de cuidados, que

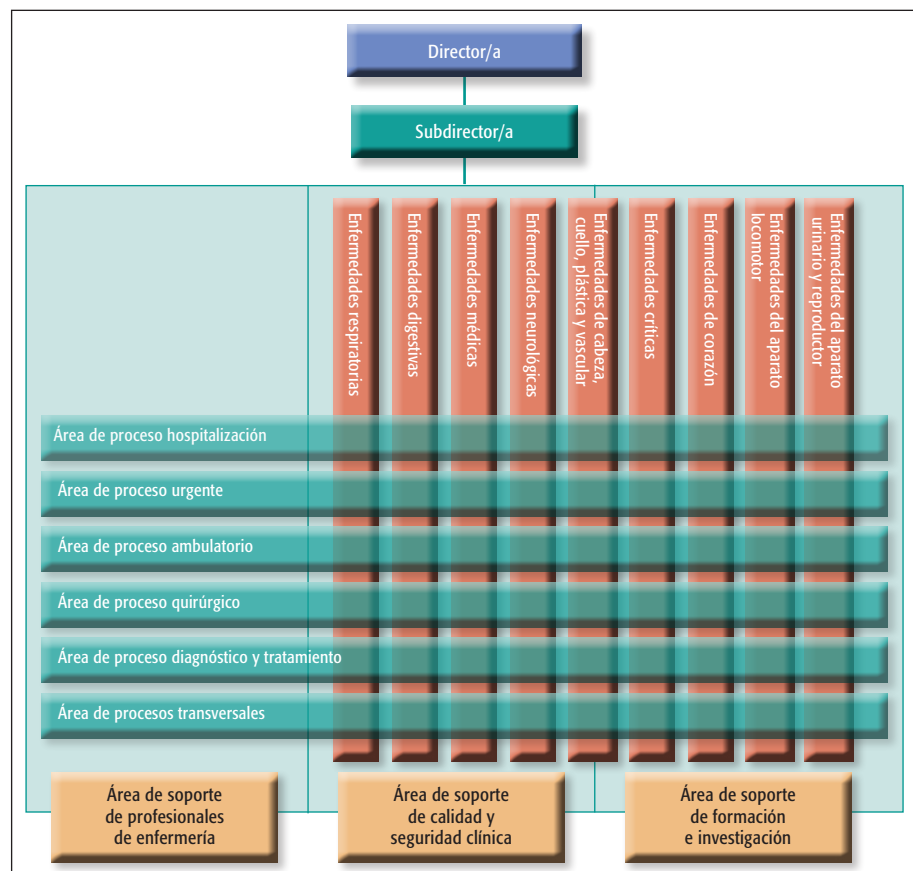


Figura 3. Nuevo organigrama.

Tabla 2. Cartera de servicios: enfermeras clínicas

Impacto actividad Enfermeras Clínicas/Enfermeras Referentes NMO	
Proceso clínico	
Total pacientes con seguimiento del proceso clínico	
Pacientes ingresados en el servicio (Nº pacientes)	
<ul style="list-style-type: none"> • Valoración inicial • Valoración continuada (seguimiento) • Intervención proactiva • Intervención respuesta interconsulta SAP • Interconsultas telefónicas • Asesoramiento enfermera asistencial (soporte en los cuidados) • Educación sanitaria paciente/familia (incluye técnicas deglución) • Cuidados complejos • Coordinación y seguimiento otros servicios médicos (interconsultas, etc.) • Valoración Programa Pre-Alt • Programa Pre-Alt 	
Pacientes ectópicos (Nº pacientes)	
<ul style="list-style-type: none"> • Valoración inicial • Valoración continuada (seguimiento) • Intervención proactiva • Intervención respuesta interconsulta ?? • Interconsultas telefónicas • Asesoramiento enfermera asistencial (soporte en los cuidados) • Educación sanitaria paciente/familia (incluye técnicas deglución) • Cuidados complejos • Coordinación y seguimiento otros servicios médicos (interconsultas, etc.) • Valoración Programa Pre-Alt • Programa Pre-Alt 	
Soporte paciente ambulatorio (Nº pacientes)	
<ul style="list-style-type: none"> • Visitas • Cuidados complejos • Seguimiento (visita enfermera) en cabeza y cuello prótesis fonatoria • Intervención respuesta interconsulta ?? • Educación sanitaria paciente/familia • Continuum asistencial telefónico (seguimiento pro-activo) • Peticiones telefónicas paciente o familia <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento • Cuidados específicos • Cambios sintomatología • Otros. 	
Impacto actividad Enfermeras Clínicas/Enfermeras Referentes NMO	
Proceso clínico	
Actividad generada	
Solicitud interconsultas:	
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera de Enlace (activación Pre-Alt) • UFISS Geriatria • Trabajo Social • HAD • UFISS Paliativos • Otras enfermeras clínicas • Dietética • Rehabilitación • Tabaco • Alcohol • Logopedia • Terapeuta ocupacional • Hemostasia • ORL • Solicitud aparato ortopédico • Otros 	
Gestora de casos ELA Cex, ¿es otra enfermera, tiene que tener una casilla aparte?	
Educación sanitaria grupal	
Sesiones impartidas	
<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones por pacientes • Familiares asistentes • Coordinación grupo de ayuda mutua 	
Coordinación territorial	
<ul style="list-style-type: none"> • Interconsultas enfermeras gestoras AP • Sesiones clínico-formativas compartidas con AP 	
Coordinación Planta	
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas informes de alta • Coordinación visitas CEX/Dir • Reclamación de pruebas • Reclamación HC archivo • Soporte a familias o a pacientes ingresados • Pedidos/Silicon, Esterilización... Gestión de camas • Soporte informático 	
Docencia interprofesional/intraprofesional	
Sesiones impartidas	
Asistentes	
Acogida (Personal nueva incorporación / Alumnas pre-grado)	
Documentación	
Elaboración/validación Planes de cuidados	
Elaboración Procedimientos	
Elaboración documentos educativos	
Otros documentos	
Investigación	
Comunicaciones/Pósters/Participación en mesas redondas	
Artículos publicados	

sirven de base para una nueva organización funcional del área médica en áreas de gestión clínica, identificando una única *jefa de área de enfermería*. Las áreas definidas son: área de sistema nervioso, área de aparato respiratorio, área de aparato digestivo, área de aparato locomotor, área de corazón, área médica, área de cabeza y cuello y área de aparato genitourinario. A su vez se identifican áreas de proceso transversal, con una única *jefa de área de enfermería* responsable que incluye: proceso urgente, proceso crítico, proceso quirúrgico, proceso ambulatorio, proceso hospitalización, laboratorio y radiología, y fisioterapia y rehabilitación. Finalmente se identifican unas áreas de soporte, con también una única *jefa de área*, que incluye: calidad y seguridad clínica, recursos profesionales y docencia e investigación (fig. 3).

Conclusiones

Esta reorganización de la gestión enfermera ha permitido:

- Incorporar un elemento de reflexión y mejora a través de la participación que estimula el compromiso y la autoestima.
- Desarrollar las competencias enfermeras y la implicación de estos profesionales en el proceso asistencial. Aprovechar lo que sabe hacer cada uno y potenciar el liderazgo clínico, con resultados evidentes asistenciales (tabla 3 y fig. 4).
- Definir una cartera de servicios enfermeros y por tanto plantear indicadores de actividad, de eficiencia y de seguridad clínica.
- Mejorar la gestión de recursos. Evidenciar herramientas eficaces de gestión. Promover una mejor eficiencia. Proporcionar evidentes resultados

económicos. Definir perfiles profesionales y plantear nuevas políticas en la gestión de los profesionales basadas en su grado de competencia.

- Utilizar este instrumento como motor de cambio en las relaciones laborales basadas en los profesionales y diferenciar la relación laboral de la profesional.
- Posicionar a las enfermeras en la organización alineadas con las competencias presentes y futuras que inevitablemente planteará el nuevo escenario de convergencia europea.

Colaboradores

María José Argerich González, Montse Balletbó Gómez, Antonia Casado García, Rosa Cercos Recuenco, Ana Fábregas Lorenzo, Montserrat Ferrer Fernández, Gemma Martínez Estalella, Cristina

Tabla 3. Cuadro de mandos: actividad de las enfermeras clínicas en el modelo organizativo de enfermería

1er. SEMESTRE DE 2010	NEUROCIENCIAS		ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	APARATO DIGESTIVO				ORL/CMF		TOTAL
Proceso Clínico	Enfermera Clínica Paciente Neuroquirúrgico	Enfermera Clínica Paciente Quirúrgico	Enfermera Clínica Enfermedades Respiratorias	Enfermera Clínica Estomatoterapeuta	Enfermera Clínica Pr. Intestino	Enfermera Clínica Sangrantes	Enfermera Clínica THO-Hepatobiliar/pancreático	Enfermera Clínica ACV	Enfermera Clínica ORL/CMF	
Total pacientes con seguimiento de proceso clínico	50	30	258	137	552	801	97	59	139	2.123
Pacientes Ingresados en el servicio (N. pacientes)			192	92	199	500	90	59	100	1.232
Pacientes ectópicos (N. pacientes)	50	30	66	45	57	300	0		39	587
Cuidados y rehabilitación compleja		25		103	0	48	21		707	904
Coordinación/Servicios de soporte	240	259	223	2	121	300	52	50	0	1.247
Coordinación territorial: soporte al alta	4	27	39	4	2	19	0	43		138
Soporte en los cuidados	50	29		426	80		2		94	775
Continuum asistencial	28	25/35		373/379		21/87	7/54		23/97	449/680
Formación y docencia	8/26	28/22	14/583	8/179	10/109	2/8	20/226		5	87/1.158

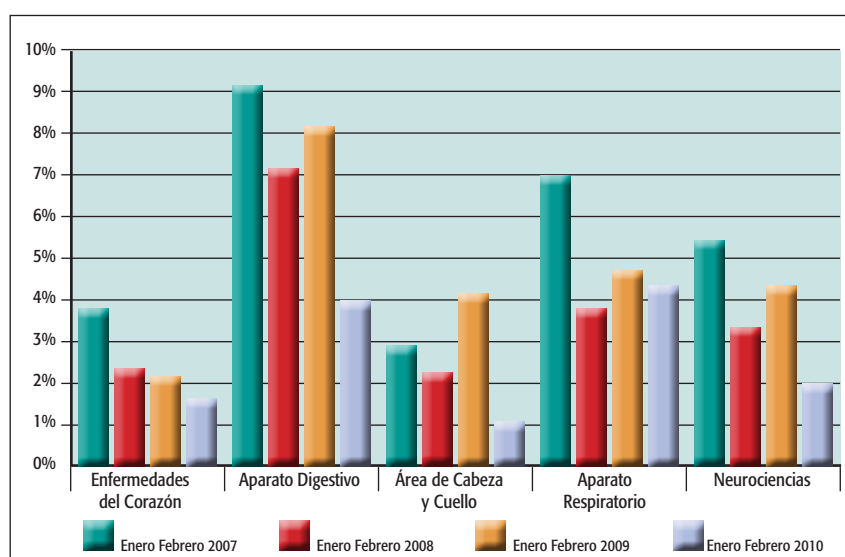


Figura 4. Reingreso urgente <30 días.

Matud Calvo, Cristina Ortega Matas, Lourdes Pastor Maylin, Pilar Muñoz Rey, Rosa María Sánchez Cabrera, Juan José Sánchez Requena, Lia Tamar Sánchez Salido, Rosa Solá Herrera, Rosa Soldevila Cases y María Fe Viso Cano. [ae](#)

Bibliografía

American Association of Colleges of Nursing (AACN). White Paper on the Education and Role of the Clinical Nurse Leader TM. February 2007 (revised and approved by AACN Board of Directors July 2007).
American Association of Colleges of Nursing (AACN). Working Statement comparing the Clinical Nurse

Leader sm and Clinical Nurse Specialist Roles: Similarities, Differences and Complementarities. Washington, DC: American Association of Colleges of Nursing; December 2004

American Association of Colleges of Nursing (AACN). Working Statement comparing the Clinical Nurse Leader sm and Clinical Nurse Manager Roles: Similarities, Differences and Complementarities. Washington, DC: American Association of Colleges of Nursing; March 2006.

Brennan PF, Anthony MK. Nursing practice models: implications for information system design. Journal of Nursing Administration. 1998;28:26-31.

Castells X, Mercadé LI, Riu M. Envejecimiento y utilización hospitalaria. Informe SESPAS; 2002.

Competencias de la Profesión Enfermera COIB. Consultado el 20 de septiembre de 2010.

Disponible en: <http://www.coib.cat/Genericques.aspx?dPagina=442&idMenu=212>

Gornemann I, Zunzunegui MV. Incremento en la utilización de servicios hospitalarios por las personas mayores de 55 años: envejecimiento poblacional y respuesta del sistema de servicios de salud. Gac Sanitaria. 2002;16:156-9.

Jadad A, Lorenzo S, Fernández A. ¿Cómo serán los buenos pacientes del futuro? Implicaciones para la gestión sanitaria. Rev Calidad Asistencial. 2003;18:323-4.

Lobo E. Evaluación del coste-efectividad de una intervención de enfermería de gestión de casos frente al cuidado estándar. Enferm Clin. 2009;19:98-99.

Marchant L. Actualizaciones para el management y desarrollo organizacional [monografía en internet]. Loreto Marchant R, editor. Viña del Mar; 2007 [acceso 19 de abril de 2010]. Disponible en: www.eumed.net/libros/2007a/223/

Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ, Morales Asencio JM, Gonzalo Jiménez E. Oportunidades para la Atención Integral. Enferm Comunit. 2005;1:37-42.

Phaneuf M. Le suivi systématique des clientèles: pour des soins centrés sur la personne. Aout 2005. Disponible en: http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Suivi_systematique_des_clienteles.pdf

Scott JG, Sochalski J, Aiken L. Review of magnet hospital research: findings and implications for professional nursing practice. Journal of Nursing Administration. 1999;29:9-19.

Spilsbury K, Meyer J. Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. Journal of Clinical Nursing. 2001;10:3-14.

Villeneuve L. Le suivi systématique de clientèles: une solution infirmière. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 1996.

Correspondencia: M.L. Ridao
Correo electrónico: mrldao@gencat.cat