

Curso EIR 2019/2020

GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN EN ENFERMERÍA

ESENCIALES A⁺





Esenciales Aulaplas
Gestión y administración en enfermería
Curso EIR 2019/20

Aulaplas Formación, S. L.
www.aulaplasformacion.es
info@aulaplasformacion.es

Diseño, maquetación e ilustraciones:
Aulaplas Formación, S. L.
Shutterstock, Flaticon

Impresión: www.aulaplasformacion.es

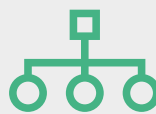
Sumario



Estadísticas



**Líneas
de tendencia**



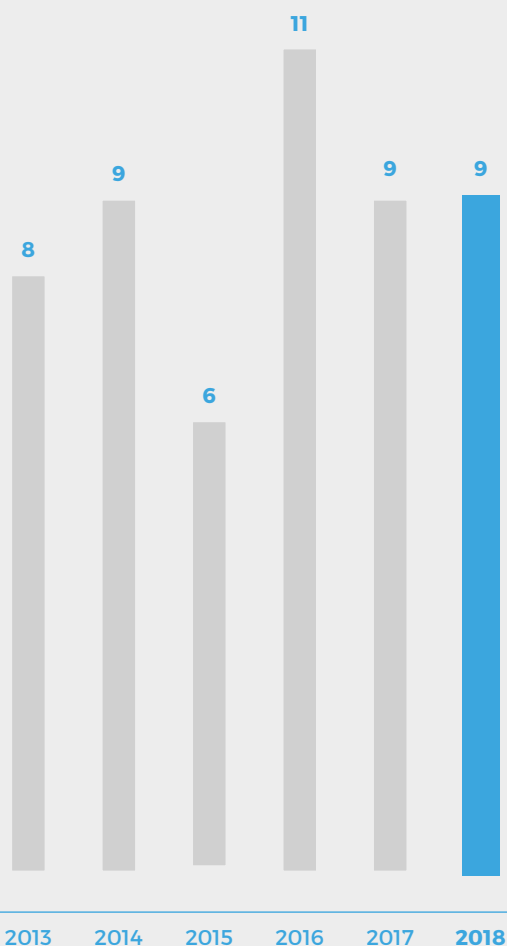
**Mapas
conceptuales**



Actualizaciones



Tendencia general (2013-2018)

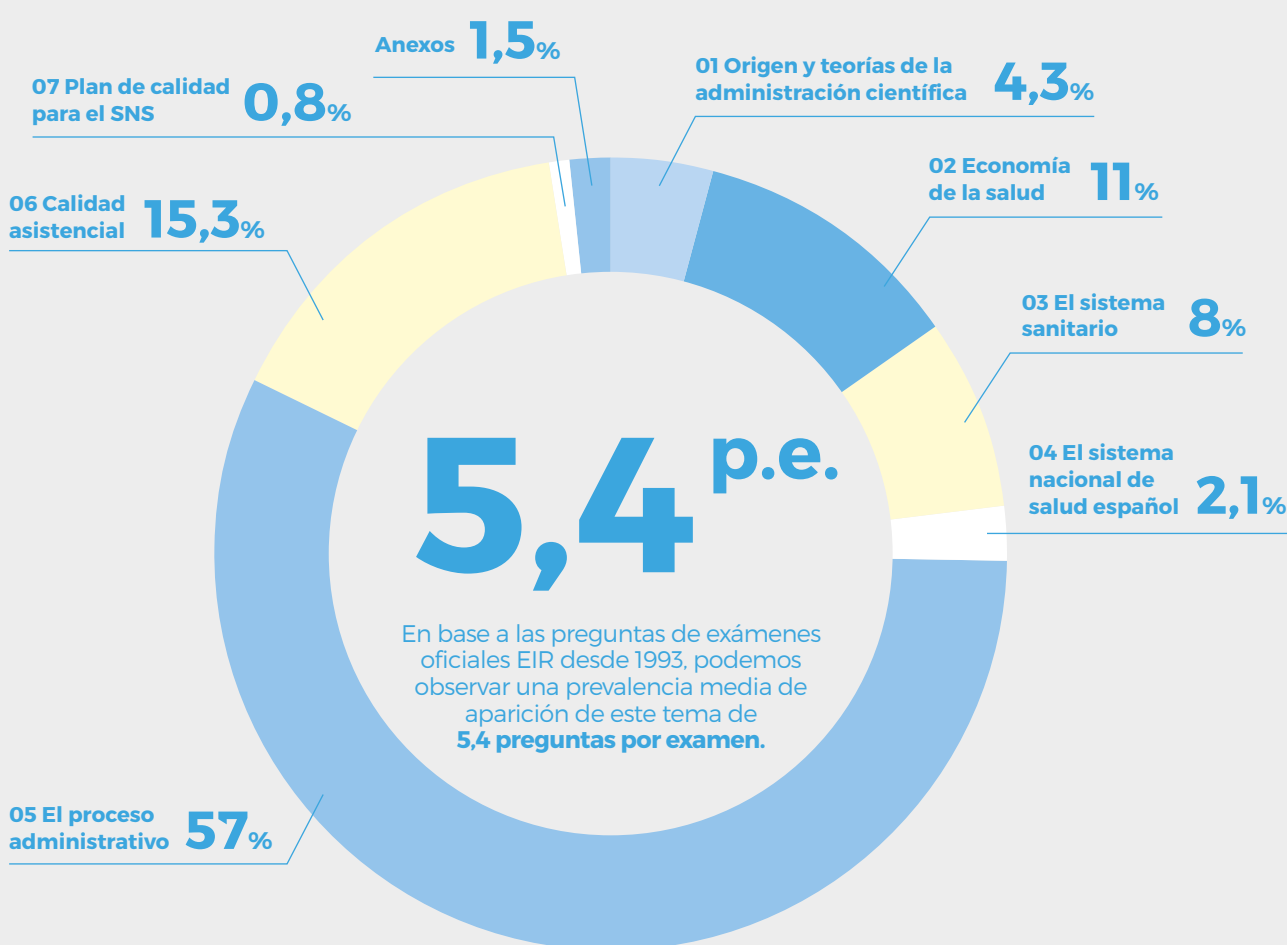
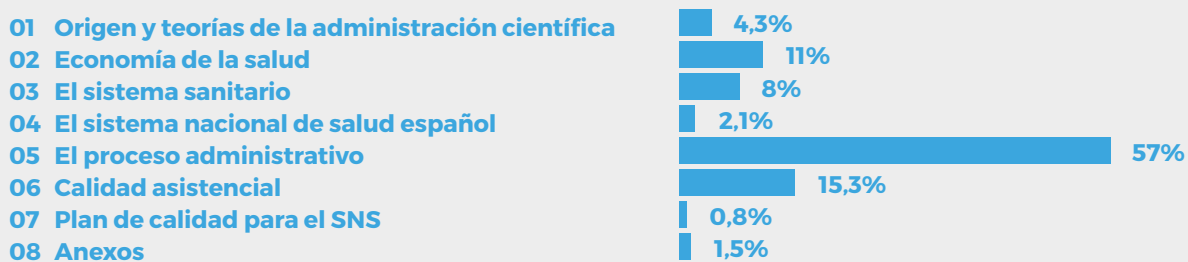


Importancia de la asignatura dentro del histórico de exámenes EIR

ASIGNATURA	N.º Preg.	%
Salud Pública y Comunitaria	246	6,8 %
Fundamentos	219	6,1 %
Maternal	202	5,6 %
Epidemiología	202	5,6 %
Respiratorio/equilibrio	202	5,6 %
Psicosocial	199	5,5 %
Neurología	178	4,9 %
Cardiología	172	4,8 %
Nutrición	164	4,6 %
Farmacología	163	4,6 %
Salud mental	157	4,4 %
Investigación	150	4,2 %
GESTIÓN	136	3,7 %
Oncohematología	135	3,7 %
Infantil	121	3,3 %
Geriatría	120	3,3 %
Bioética	120	3,3 %
Digestivo	112	3,1 %
Traumatología	100	2,8 %
Endocrinología	94	2,7 %
Modelos	89	2,4 %
Nefrourología	85	2,3 %
Urgencias	82	2,3 %
Quirúrgico	76	2,1 %
Dermatología	73	2 %

Gestión y administración en enfermería

Distribución por temas en el histórico del EIR.
Total: 136 preguntas.





Líneas de tendencia

Gestión y administración en enfermería

Total: **136 preguntas** de las cuales se distribuyen en líneas de tendencia las siguientes:

01 ECONOMÍA DE LA SALUD	16 p.
02 TIPOS DE SISTEMAS SANITARIOS	11 p.
03 PROCESO ADMINISTRATIVO	79 p.
04 CALIDAD ASISTENCIAL	21 p.

01 ECONOMÍA DE LA SALUD

N.º Preguntas: **16**

Conceptos clave

Las preguntas relacionadas con valoración del rendimiento (7 preguntas) y medición de los productos sanitarios, incluyendo codificaciones (9 preguntas) **comenzaron en el EIR 1994**, con preguntas relacionadas valoración del rendimiento: eficiencia, eficacia y efectividad. Actualmente, **las preguntas se centran** en los mismos elementos de valoración del rendimiento y en diversas codificaciones para medir los productos sanitarios.

Nivel complejidad

Estas preguntas desde un inicio se han basado en descripciones básicas de la valoración del rendimiento, **sin incrementar la complejidad** de las mismas hasta el EIR 2019. En cambio, las preguntas de medición del producto sanitario, cada vez son más concretas sobre codificaciones ya preguntadas como GRD, y algunas preguntas se dirigen hacia nuevas codificaciones.

Tendencia esperada:



La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:

1. Valoración del rendimiento, centrandolo las preguntas en elementos de análisis del rendimiento aún sin preguntar, y en ejemplos que muestren las diferencias entre ellos.
2. Incremento de la complejidad de preguntas en las codificaciones de medición de los productos sanitarios, y/o variando las preguntas a codificaciones no preguntadas aún.

02 TIPOS DE SISTEMAS SANITARIOS

N.º Preguntas: **11**

Conceptos clave

Las preguntas en esta línea de tendencia se realizan desde el primer examen EIR de 1993. Es una línea de tendencia muy sencilla, que en los últimos años está perdiendo relevancia. De los 6 modelos de sistema sanitario solo hay preguntas de 2 de ellos. Las preguntas más actuales se centran en definiciones sencillas relacionadas con el sistema sanitario.

Nivel complejidad

El nivel de complejidad de las preguntas es bajo y ha permanecido estable a lo largo de los años.

Tendencia esperada:



La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:

1. Preguntas de mayor complejidad sobre los dos sistemas sanitarios ya preguntados, o preguntas sencillas sobre el resto de modelos sanitarios.

03 PROCESO ADMINISTRATIVO

N.º Preguntas: **79**

Conceptos clave

Desde el EIR de 1993 que tuvimos la primera pregunta hasta el actual examen EIR, hemos tenido preguntas del Proceso Administrativo. La tendencia a tener **preguntas de las herramientas, métodos y elementos**, empleados en cada una de las fases del proceso administrativo.

Nivel complejidad

La primera pregunta EIR (1993) sobre las fases que tiene la etapa de organización, en el proceso administrativo. A partir de esta pregunta, tuvimos preguntas estándar sobre las etapas de las distintas fases del proceso administrativo. Observamos que tenemos 26 preguntas de la primera fase (planificación), 33 de la segunda (organización) 15 preguntas de la tercera (dirección) y 3 de la última (control). **El nivel de complejidad cada vez es mayor**, teniendo preguntas de mayor dificultad sobre herramientas, métodos o elementos, de cada una de las etapas.

Tendencia esperada:



La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:

1. Preguntas similares a las realizadas sobre elementos, métodos y herramientas, de cada fase, sobre todo las dos primeras (planificación y organización). Además, incremento de la complejidad sobre las herramientas de para ordenar, obtener y evaluar la información en cada etapa.
2. Incremento de la complejidad sobre preguntas de los elementos que contienen cada fase, sobre todo las dos primeras.

04 CALIDAD ASISTENCIAL

N.º Preguntas: **21**

Conceptos clave

Se centran en preguntas relacionadas con los elementos de la calidad y evaluación de la calidad, centrado tanto en las propuestas, evolución como en las herramientas para medirla y acreditarla. Atención especial a los planes de calidad, en los que, cada vez, está tomando protagonismo los conceptos relacionados son seguridad clínica.

Nivel complejidad

El perfil de pregunta no es complejo, aunque está incrementando la diversificación de preguntas hechas, sobre todo hacia conceptos relacionados con seguridad clínica.

Tendencia esperada:



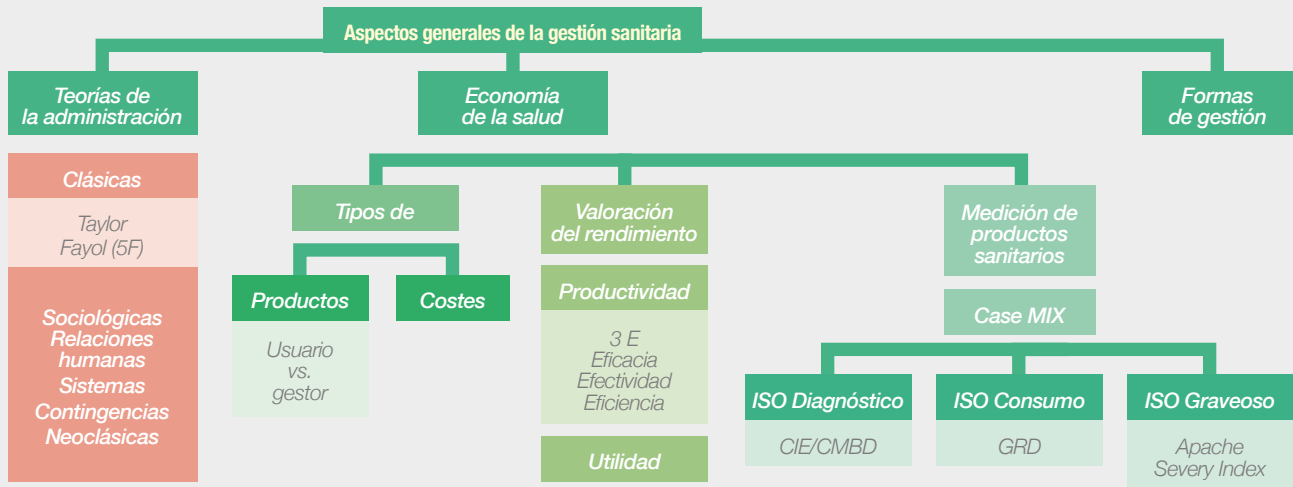
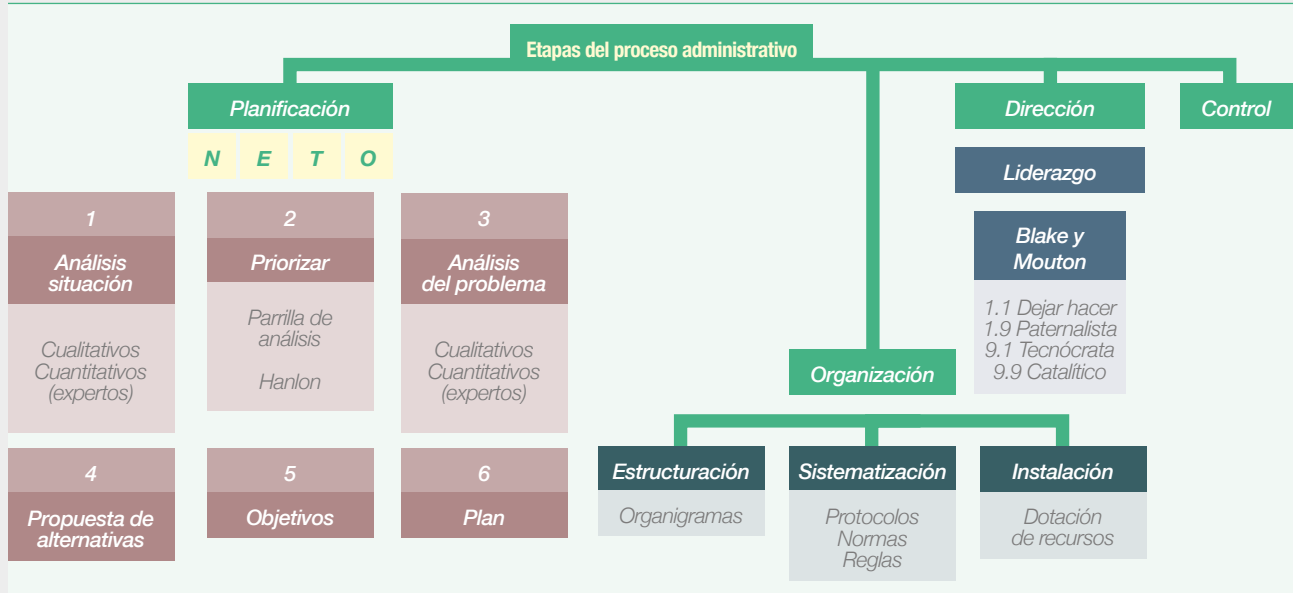
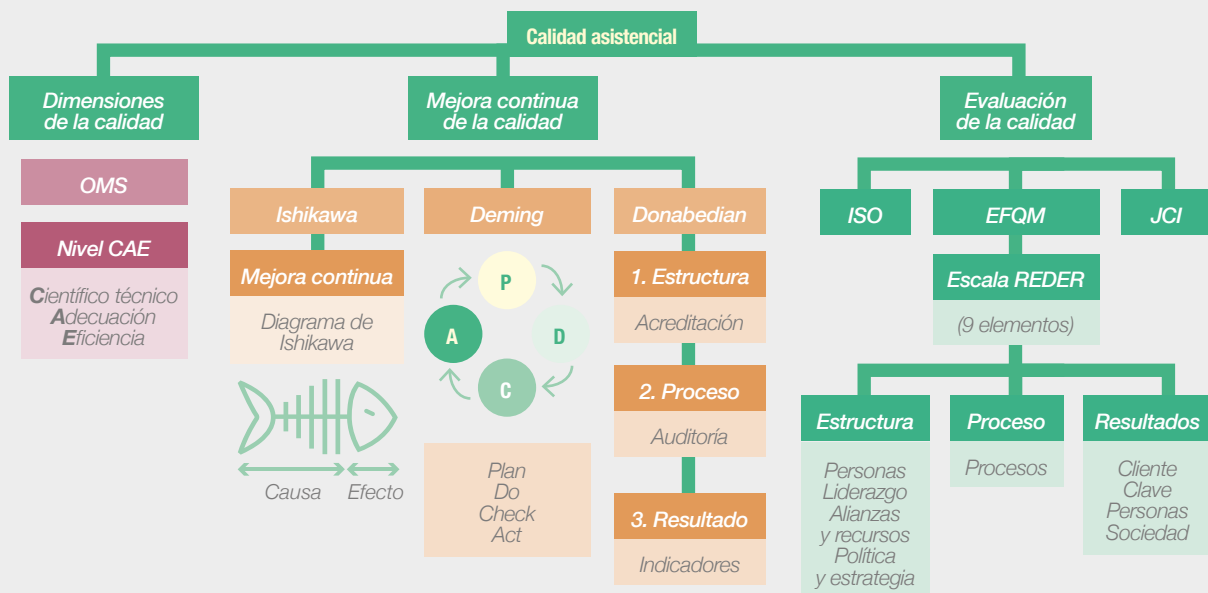
La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:

1. Propuestas para valorar la calidad de las instituciones (EFQM, JOINT COMMISSION e ISO).
2. Elementos de la calidad y desarrollo de la misma con los autores más relevantes.
3. Publicaciones del Ministerio de Sanidad relacionadas con seguridad clínica. Atención al documento de Plan de Calidad del SNS, a y las publicaciones relacionadas con seguridad clínica.

Las teorías de la administración científica, no tienen suficientes preguntas para marcar una tendencia, tan solo 7 preguntas en toda la historia de exámenes EIR.



Mapa conceptual





Anexo I Contenido del CMBD (2015) (31 ítems)

1. Tipo de código de Identificación Personal.
2. Código de Identificación Personal.
3. Número de historia clínica.
4. Fecha de nacimiento.
5. Sexo.
6. País de nacimiento.
7. Código postal del domicilio habitual del paciente.
8. Municipio del domicilio habitual del paciente.
9. Régimen de financiación.
10. Fecha y hora de inicio de la atención.
11. Fecha y hora de la orden de ingreso.
12. Tipo de contacto.
13. Tipo de visita
14. Procedencia.
15. Circunstancias de la atención.
16. Servicio responsable de la atención.
17. Fecha y hora de finalización de la atención.
18. Tipo de alta.
19. Dispositivo de continuidad asistencial.
20. Fecha y hora de intervención.
21. Ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos.
22. Días de estancia en Unidad de Cuidados Intensivos.
23. Diagnóstico principal.
24. Marcador POA1 del diagnóstico principal.
25. Diagnósticos secundarios.
26. Marcador POA2 de los diagnósticos secundarios.
27. Procedimientos realizados en el centro.
28. Procedimientos realizados en otros centros.
29. Códigos de morfología de las neoplasias.
30. Centro sanitario.
31. Comunidad autónoma del centro sanitario.

Anexo II seguridad del paciente. Estrategias para una asistencia sanitaria más segura

Cinco transiciones para la seguridad del paciente

- Comprender los riesgos y los daños desde la perspectiva del paciente.
- Evaluar los beneficios y los daños en los episodios de atención sanitaria.
- La seguridad del paciente como gestión del riesgo a lo largo del tiempo.
- Diferentes modelos de seguridad según el contexto.
- Empleo de un abanico más amplio de estrategias e intervenciones de seguridad.

Contemplar la seguridad a través de los ojos del paciente

- Los errores e incidentes aislados son, por lo general, menos importantes que la coordinación total de la atención y la prevención de fallos importantes.
- La coordinación de la atención adquiere mucha más importancia como problema de seguridad.
- Los pacientes que padecen múltiples problemas tienen que hacer frente a grandes desafíos en la coordinación de su propia atención, lo que puede ser una carga considerable y una fuente de ansiedad.
- Las intervenciones de seguridad para apoyar a los pacientes en el domicilio tendrán que centrarse en intervenciones a nivel de la organización, como la respuesta rápida a las crisis y la coordinación entre las instituciones.
- El sistema de asistencia sanitaria tiene que prestar más atención a la perspectiva de los pacientes y las familias en lo relativo a la vigilancia y el mantenimiento de la seguridad.

Un compendio de estrategias de seguridad

Hemos propuesto cinco estrategias generales de seguridad, cada una de ellas vinculada un grupo de intervenciones. Hemos proporcionado ejemplos de cómo podría aplicarse cada una de ellas en el hospital, el domicilio y la atención primaria. La realidad es, sin duda, mucho más complicada y tenemos que seguir estudiándola. Pero incluso ahora, con una comprensión aún incompleta, podemos establecer un conjunto de intervenciones posibles para mejorar la seguridad y la gestión del riesgo. La [Tabla "Un compendio de las estrategias e intervenciones de seguridad"](#) recopila muchas de las intervenciones y estrategias que hemos detallado en los capítulos anteriores y ofrece algunos comentarios sobre su uso actual y los problemas para su puesta en práctica. Estas estrategias e intervenciones pueden funcionar en distintos niveles y éstos se han dividido en: primera línea, institucional y de sistema. No se trata de ningún modo de un análisis exhaustivo, pues para empezar no hemos incluido a los pacientes y a sus familias como usuarios de estos modelos. Sin embargo, sirve para destacar que algunas intervenciones son más útiles en la primera línea, mientras que otras lo son a nivel del sistema. Por ejemplo, los paquetes de prácticas clínicas (bundles) forman parte de las intervenciones de primera línea, aunque los gestores y las autoridades normativas pueden promover o incluso exigir su empleo. Los modelos de control de riesgos pueden usarse por el equipo asistencial para decidir que no se inicie una intervención quirúrgica a no ser que todo el equipamiento esté disponible. Sin embargo, la mayoría de las intervenciones de control de riesgos, como la limitación de la demanda o el control de las condiciones de trabajo, se darán a un nivel institucional o del sistema y exigirán una considerable autoridad para ser puestas en práctica. Aunque, por supuesto, para que sean efectivas también necesitan el respaldo del personal de primera línea.

Un compendio de las estrategias e intervenciones de seguridad

	Estrategia	Intervenciones	Nivel de puesta en práctica			Grado de utilización	Problemas
			Primera línea	Institución	Sistema		
Estrategias de optimización	La seguridad equivale a la práctica óptima: aspira a los estándares	Los programas de seguridad dirigidos a aspectos específicos para reducir daños concretos	✓			Utilizado ++	Asigna más tiempo a la puesta en práctica
		Mejora la fiabilidad de los procesos a los que se dirige	✓			Infrautilizado +	Reduce la disparidad entre entornos
		Mejora la educación profesional continua para que se adopten prácticas óptimas	✓	✓		Utilizado +	Asignación de tiempo limitado a la educación y la formación
		Elabora directrices más minuciosas para los pacientes complicados			✓	Infrautilizado	Medicina personalizada en curso
	Mejora de los sistemas y procesos	Formación del personal, evaluación y retroinformación	✓	✓		Utilizado +	Empleo excesivo de plantilla temporal
		Estandarización y simplificación de los procesos clave	✓	✓	✓	Infrautilizado ++	Cada vez un mayor volumen de directrices y de procesos excesivos
		Informática para apoyar la toma de decisiones	✓	✓		Utilizado +	Usabilidad e integración en el flujo de trabajo siguen siendo problemáticas
		Automatización de los procesos	✓	✓		Infrautilizado +	Resistencia a su adopción
		Diseño mejorado del equipamiento	✓		✓	Utilizado +	Los fabricantes no están lo bastante implicados en la seguridad
		Formalización de las funciones y responsabilidades del equipo	✓	✓		Utilizado	Modelos disponibles, pero rara vez se ponen en práctica
		Estandarización y refuerzo de las prácticas de entrega	✓	✓		Utilizado	Modelos disponibles, pero rara vez se ponen en práctica
		Mejora de las condiciones de trabajo: ruido, luz, entorno físico		✓		Utilizado +	Amplio margen para el avance
		Reduce las interrupciones y distracciones		✓		Infrautilizado ++	No se considera como un problema
		Mejora la organización y la dotación de personal		✓	✓	Infrautilizado +	Limitaciones económicas y funciones profesionales inamovibles
		Creación de nuevas funciones y puestos para mejorar la coordinación		✓	✓	Infrautilizado +	Limitaciones económicas y funciones profesionales inamovibles

	Estrategia	Intervenciones	Nivel de puesta en práctica			Grado de utilización	Problemas
			Primera línea	Institución	Sistema		
Estrategias de control de riesgos	Control de riesgos	Supresión de servicios		✓	✓	Infrautilizado ++	Limitaciones políticas y posible impacto social adverso
		Reducción de la demanda		✓	✓	Infrautilizado ++	Limitaciones políticas y posible impacto social adverso
		Establecer restricciones en los servicios		✓	✓	Infrautilizado ++	Limitaciones políticas y posible impacto social adverso
		Establecer restricciones en los individuos		✓	✓	Infrautilizado ++	Respuesta a menudo demasiado tarde y demasiado punitiva
		Establece restricciones en las condiciones de operación	✓	✓	✓	Infrautilizado +	No se ajusta a la cultura de asistencia sanitaria
		Priorización de la atención ya sea temporal o permanentemente	✓	✓		Infrautilizado ++	Políticamente difícil a nivel local
	Vigilancia, adaptación y respuesta	Mejorar la cultura de seguridad	✓	✓		Infrautilizado +	Se aconseja frecuentemente, pero rara vez se pone en práctica de manera eficaz.
		Mejorar la detección del deterioro	✓	✓		Infrautilizado +	En curso, con una atención cada vez mayor a la falta de reconocimiento del deterioro del paciente y actuación en consecuencia (failure to rescue)
		Desarrollar sistemas de respuesta en caso de urgencia	✓	✓		Utilizado +	Muchos ejemplos, pero podría emplearse más
		Crea comprobaciones adicionales y supervisión del equipo	✓	✓		Utilizado +	Modelos disponibles y un enorme potencial para un mayor uso
		Reuniones informativas y anticipación del peligro	✓	✓		Utilizado +	Modelos disponibles y un enorme potencial para un mayor uso
		Mejorar la respuesta institucional a la presión y a las amenazas para la seguridad	✓	✓		Infrautilizado +	Necesita ser explorado, estudiado y desarrollado
		Negocia la respuesta a las exigencias normativas		✓	✓	Infrautilizado +	Relación de antagonismo entre los profesionales sanitarios y las autoridades normativas
	Atenuación	Política de explicación, disculpa y apoyo a los pacientes dañados	✓	✓		Utilizado +	Existen políticas, pero la práctica va retrasada
		Respuesta rápida al daño físico	✓	✓		Utilizado +	Respuesta rápida en el hospital, pero puede ser más lenta en el ámbito extrahospitalario
		Apoyo psicológico a los pacientes y sus familias	✓	✓		Infrautilizado +	Existen políticas, pero la práctica va retrasada
		Programas de apoyo entre iguales	✓	✓		Infrautilizado ++	Existen modelos, pero pocos ejemplos de puesta en práctica eficaz
		Apoyo formal y orientación para el personal	✓	✓		Infrautilizado ++	Existen modelos, pero pocos ejemplos de puesta en práctica eficaz
		Se asegura al personal y a la institución contra las reclamaciones		✓	✓	Utilizado ++	Ampliamente utilizado, pero no está vinculado eficazmente a las iniciativas de seguridad
		Respuesta proactiva a las quejas y las reclamaciones		✓		Infrautilizado ++	Existen modelos, pero pocos ejemplos de puesta en práctica eficaz
		Respuesta proactiva a los medios de comunicación		✓	✓	Infrautilizado	Algunos ejemplos de buenas prácticas, pero a menudo son difíciles
		Abre el diálogo con las autoridades normativas		✓	✓	Infrautilizado ++	Enorme margen para relaciones mejores y más productivas

Somos conscientes de que estas propuestas son sólo un punto de partida y de que aún se necesita trazar y articular el abanico completo de estrategias e intervenciones que se están empleando y que podrían ser adoptadas. Esto se ha realizado en los modelos de «práctica óptima» y, hasta cierto punto, en las intervenciones para mejorar el sistema. Pero necesitamos una descripción mucho más completa de todos los tipos de estrategias e intervenciones si pretendemos desarrollar un modelo de seguridad verdaderamente integral.

Podemos señalar otras innovaciones similares en otros ámbitos, que pueden servir como modelo para lo que podría llevarse a cabo. Por ejemplo, existe un enorme interés en influir en el comportamiento de las personas de distintas maneras; lo que incluiría la dieta, el tabaquismo, el ejercicio, la seguridad vial, el pago de impuestos y otra serie de objetivos estratégicos. Existen numerosas teorías psicológicas y sociales que pretenden explicar los cambios en el comportamiento humano mediante diversos mecanismos, todos ellos con posibilidades para la intervención. Por ejemplo, en la pérdida de peso, se podría tratar de aumentar la autoestima como medio para aumentar el respeto a una dieta, o poner más énfasis en las motivaciones extrínsecas, como ofrecer incentivos económicos (**Cuadro 11.5**). Susan Michie y otros han elaborado la Rueda del Cambio Conductual (Behaviour Change Wheel, bcw), una síntesis de los 19 modelos de cambio conductual que se encuentran en los trabajos de investigación (**Michie et al. 2013**). La bcw tiene como base un modelo conductual que se conoce como com-c: Capacidad, oportunidad, motivación y comportamiento. La bcw identifica distintas opciones de intervención aplicables para cambiar cada uno de los componentes y recomendaciones que se podrían adoptar para aplicar esas opciones de intervención.

Distintos modelos para cambiar los comportamientos de riesgo

Supongamos que queremos reducir la propensión de los conductores jóvenes a asumir prácticas de conducción arriesgadas, como conducir a demasiada velocidad. Podríamos sondear todas las opciones, incluyendo la mejora de su «capacidad» para interpretar la carretera y ajustar su conducción a las condiciones, restringiendo la «oportunidad» para conducir imprudentemente con limitaciones de velocidad o badenes, y establecer si sería un modelo promotor tratar de cambiar su «motivación» para conducir de forma segura con campañas en los medios o mediante leyes y su aplicación. Cualquiera de estos métodos y todos ellos pueden tener efecto. La Rueda del Cambio Conductual nos ofrece un modo sistemático para determinar que opciones son las que tienen más probabilidades de lograr el cambio requerido.

Adaptado de Michie et al. (2014)

Obviamente, cambiar el comportamiento es una manera de gestionar el riesgo, sobre todo en lo referente al cumplimiento de los procedimientos que son fundamentales para la seguridad. No obstante, en este contexto, estamos trazando un paralelismo más amplio con el modelo estratégico para la clasificación, la interpretación y el diseño de intervenciones. Michie y cols. señalan, al igual que lo hacemos nosotros, la plétora de intervenciones posibles, dado que la mayoría de las intervenciones pueden aplicarse tanto de forma individual o en combinaciones restringidas. Su aproximación consiste en destacar las características distintivas de cada modelo, para clasificarlos e integrarlos en un marco conceptual general de intervenciones de cambio.

Nuestra «taxonomía incompleta» es el primer paso hacia una iniciativa similar en la gestión sistémica del riesgo en asistencia sanitaria y posiblemente también en otros contextos. Ahora necesitamos trazar el panorama, valorar las hipótesis y modelos propios de cada estrategia e intervención y empezar a analizar cómo adaptar y combinar las intervenciones para

Puntos clave

- Hay cinco transiciones principales entre la visión actual de la seguridad del paciente y la visión más amplia que será necesaria en el futuro.
- Nuestra aproximación a la seguridad del paciente supone una asistencia sanitaria de alta calidad en general, alterada de vez en cuando por incidentes de seguridad y eventos adversos; es una visión de la seguridad desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. También tenemos que entender los riesgos y los daños desde la perspectiva del paciente.
- Contemplar la seguridad desde la perspectiva del paciente hace que, como consecuencia inmediata, tengamos que considerar la seguridad en el contexto del itinerario del paciente. Esto quiere decir que tenemos que examinar los episodios de atención sanitaria y considerar tanto el daño como el beneficio en una escala de tiempo prolongada.
- La seguridad del paciente es el arte de minimizar los incidentes y la gestión de riesgos durante períodos de tiempo más largos, lo que exigirá habilidades y métodos complementarios. Con esta perspectiva admitimos que los errores se producirán inevitablemente, pero que, en un sistema seguro, serán muy pocos los que tendrán consecuencias para el paciente.
- Es necesario abordar la seguridad de manera muy diferente en los diferentes entornos. La asistencia sanitaria consiste en muchos tipos diferentes de actividad y de ámbitos asistenciales, así que no se puede utilizar un único modelo principal.
- Tenemos que emplear un abanico más amplio de estrategias e intervenciones de seguridad. Debemos ampliar nuestras estrategias de seguridad para incluir el control, la supervisión y la adaptación al riesgo, y la atenuación.
- Las estrategias de seguridad con las que contamos para hacer frente a la realidad del día a día de la asistencia sanitaria son muy limitadas. Las personas se adaptan y hacen frente a las circunstancias, pero lo hacen de modo individual en lugar de con una estrategia de equipo. Elaborar modelos que consideren la gestión del riesgo en estas situaciones es una prioridad para la siguiente etapa de la seguridad del paciente.
- Ya disponemos de un compendio de las estrategias e intervenciones de seguridad. El lento progreso en la seguridad del paciente se debe, en parte, al hecho de que no estamos utilizando las estrategias e intervenciones disponibles. Es como si condujésemos un coche y solo usáramos primera.
- Aún tenemos mucho trabajo por delante para trazar y articular el abanico completo de estrategias e intervenciones que se están empleando en la actualidad y que podrían ser adoptadas.



AULA⁺

www.aulaplusformacion.es