
Diseño de una dirección de enfermería de Atención Primaria: experiencia en aplicación de la gestión de conocimiento

Carmen Ferrer Arnedo

Directora de enfermería del área 2 de Atención Primaria de Madrid

Resumen

La aplicabilidad de los modelos de gestión del conocimiento se extiende al sistema de salud, y son de gran utilidad a la hora de la planificación estratégica en un departamento, como puede ser el caso de una dirección de enfermería de Atención Primaria.

Un modelo de gestión del conocimiento que se apoya en la definición de una dirección estratégica, que selecciona actividades que potencien el conocimiento poseído en una dirección de personas, que desarrolle la participación y la implicación de los miembros que forman parte de la misma, potenciando sus capacidades desde su conocimiento tácito y el diseño organizativo que permita que el conocimiento lleve a la eficiencia en la toma de decisiones. Todo ello armonizado dentro de la línea de la organización sanitaria que camina para dar respuesta a las necesidades y expectativas de los ciudadanos en materia de cuidado enfermero.

Summary

Applicability of the knowledge management models extends to the health system. These models are very useful when doing strategic planning in a department, as may be the case of primary health care nursing administration.

A knowledge management model that is based on the definition of strategic administration and that selects activities that strengthen the knowledge that an administration of persons have, that develops the participation and involvement of the members forming a part of it, strengthening their capacities from their tacit knowledge and the organizational design that allows the knowledge to be efficient in decision making. All this is harmonized within the line of the health care organization that aims at giving a response to the needs and expectations of the subjects in matter of nursing care.

Introducción y justificación

Las organizaciones han de trabajar en el desarrollo de la capacidad de pensar y

aprender, este atributo se precisa si se quiere que éstas sean dinámicas y permeables, y alcancen sus objetivos de forma exitosa, como afirma Drucker¹. El

valor del conocimiento y las cualidades del aprendizaje sólo pueden ser evaluados sobre la base de su idoneidad para orientar las conductas relevantes de las organizaciones.

Observando las organizaciones sanitarias de hoy y del futuro parece necesario que diseñen sus estrategias teniendo en cuenta esta idea: personas con capacidad de pensar y aprender, orientadas desde un marco estratégico y plasmado desde un mapa operativo.

Cuando se habla de organizaciones destinadas a generar servicios en salud, también se ha de entender su natural evolución: por un lado han pasado a ser de alta complejidad, en lo que se refiere a sus dimensiones y a los procesos que las sustentan y con gran número de relaciones de agencia, que obligan a tener correctamente diseñados los procesos operativos donde el cliente-usuario es el eje y actor principal y los profesionales son facilitadores, que se coordinan con flujos de comunicación muy permeables.

Tradicionalmente su estructura se ha basado en partir de la idea de que existía un modelo de conocimiento científico hegemónico, el aportado por la disciplina de la ciencia médica, alrededor del cual giraban los procesos asistenciales, y en definitiva, las estrategias de la organización. Las relaciones de agencia que se

instauraban con los "clientes" parecían escasas, y por tanto, fáciles de controlar. Diseños organizativos que han respondido y todavía responden a modelos de burocracia profesional, con problemas de coordinación, de discreción y de innovación como presenta Mintzberg². Sin embargo, al menos dentro del marco de la Atención Primaria, este modelo está "cuasiagotado"; el cambio del perfil demográfico, la cronicidad y la incorporación de elementos como la promoción y la prevención o el fomento del autocuidado, la incorporación de los valores en la toma de decisiones en salud, las expectativas de los clientes respecto al servicio, han modificado el marco estratégico de la organización, obligando a reorientar la idea del servicio.

Así mismo, otros colectivos no médicos como el integrado por las enfermeras, se incorporan como servicio con identidad propia, al menos visualizable en Atención Primaria, poniendo en marcha nuevas agencias e incorporando el cuidado dentro del marco de los procesos operativos y abriendo una línea nueva de servicios que dan respuesta a un grupo de necesidades de los usuarios, ocultas o no consideradas como salud hasta este momento.

Este nuevo paradigma obliga a los directivos a desarrollar estrategias depar-

tamentales, que bajo un abanico común de servicio de salud integrado, sean capaces de particularizar una oferta desde la naturaleza específica de la profesión enfermera, en función del tipo de respuesta que se le pide, apoyándose en su conocimiento respecto a la naturaleza del cuidado, para alcanzar los objetivos institucionales, teniendo en cuenta las propias fortalezas y debilidades, así como las amenazas y oportunidades del entorno.

Bajo este prisma se presentan en este artículo los elementos que ha de contemplar un modelo de gestión departamental, concretamente de una dirección de enfermería en Atención Primaria, apoyado en las personas y su potencial desde la gestión del conocimiento, teniendo en cuenta la hipótesis de que para poder desarrollar un modelo integral y multidisciplinar eficaz es necesario que todas las partes aporten especificidad, que acote responsabilidad y evite inefficiencia.

Se presenta un modelo directivo apoyado en las bases teóricas de la gestión estratégica del conocimiento.

Marco conceptual de la gestión del conocimiento

Según Zack la gestión del conocimiento es la mejor manera de garantizar el lo-

gro de ventajas competitivas, vinculando el recurso conocimiento a la estrategia. Para Pascal las organizaciones son principalmente interacciones entre personas.

Tradicionalmente se entiende, dentro de la gestión del conocimiento, entre aquel que puede ser articulado en un lenguaje formal y transmitido entre los individuos (conocimiento explícito) y el conocimiento personal o tácito, formado por las experiencias de los individuos y que se estructura entre creencias personales, perspectivas y valores (Bravo, 2002).

El conocimiento es uno de los valores más críticos para lograr el éxito sostenible en cualquier organización. Los flujos de conocimiento se deben convertir en flujos de retroalimentación que dan valor. El objetivo es crear mecanismos de guía y que facilitan la excelencia, manteniendo y favoreciendo sistemas de aprendizaje. Se requiere instaurar condiciones de gestión que se orienten tanto en la búsqueda de conocimientos efectivos como en su movilización activa.

Peter Drucker en 1959 introduce el concepto de trabajador del conocimiento, aquel profesional con formación, consciente de su valía, de su capacidad de compromiso con su trabajo más que con sus superiores o su propia organización.

Esta cualidad es el punto de partida para una planificación en el caso de una

dirección de enfermería; considerar a las enfermeras y enfermeros trabajadores de conocimiento es la primera de las condiciones para el desarrollo del modelo, y el primer cambio que debe darse dentro de la cultura y los valores de la organización.

En segundo lugar partir de la creencia de que las enfermeras están comprometidas con sus clientes, con sus necesidades de cuidados, y no tanto con la organización para la que trabajan o con el equipo con el que comparten objetivos institucionales, pero sí con otras disciplinas que les permiten éxitos en la ejecución de los planes de cuidados ante la resolución de un problema de salud.

A partir de estas dos premisas previas se enmarca la planificación y el diseño de la dirección, que obliga a partir de la idea de compromiso de los trabajadores con sus clientes y su conocimiento disciplinar, por lo que en nuestro caso se opta por buscar un marco reconocido por las enfermeras, y la definición de la misión se orienta en este sentido.

El marco que determinó las bases de la identidad se ha construido, partiendo del proyecto de Enfermería en Acción, en parte de la Conferencia de Viena, al amparo y en el contexto de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así mismo se utilizaron las líneas estratégicas

del Instituto Nacional de la Salud y se revisó posteriormente con las líneas del Instituto Madrileño de la Salud.

Desde “enfermería en acción” se define que la misión de la Enfermería en la sociedad es ayudar a los individuos, familias y grupos a determinar y conseguir su potencial físico, mental y social, a realizarlo dentro del contexto desafiante del medio en el que viven y trabajan, estando a nuestro entender vigente para el siglo XXI.

Su aplicación al contexto del área 2 de Atención Primaria de Madrid, tras un análisis de su situación y de su potencial real, se ha realizado definiendo como misión de las enfermeras del área 2 de Atención Primaria de Madrid: “es ofertar unos servicios cuyo eje de actuación sea que los individuos y las familias mantengan y recuperen su salud, su bienestar y mejoren su calidad de vida a través del fomento del autocuidado, consiguiendo un adecuado proceso de adaptación a través de la potenciación de sus propios recursos”.

Cuatro serán las funciones principales de los enfermeros, según la OMS:

I. Prestar y administrar cuidados de enfermería en la promoción, la preventión, cuidados curativos, de reinserción o de apoyo a los individuos o grupos; siendo más efectivos cuando se sigue una serie de fases lógicas conocidas como proceso de enfermería.

2. Enseñar a los pacientes/usuarios para conseguir el mantenimiento y recuperación de la salud y facilitarles el desarrollo de sus propios proyectos de vida.

3. Actuar como un miembro efectivo del equipo de salud.

4. Desarrollar la práctica de enfermería basada en un pensamiento crítico y de investigación.

Determinándose los valores propios del modelo del área que se centran en ayudar a las personas en su autonomía con y para la consecución de su propio proyecto de vida, ser garante de los usuarios en el sistema mediante el apoyo en la gestión de cuidados a través de la gestión de casos y enseñar a manejar las rutinas e incertidumbres dentro del proceso de vivir.

Estos elementos determinan la base del proyecto, si bien debemos apuntar que existen voces que nos han planteado como crítica que no debería existir una misión departamental y unos valores propios, dado que la misión es un elemento común en la organización cuando se proponen modelos de calidad total o dentro del modelo de excelencia. Si bien esto es cierto, la misión también da un sentido al papel que cada uno desempeña dentro de la organización; si nuestra hipótesis se basa en las personas y su po-

tencial estos elementos permiten acotar la identidad y marcan el nexo o compromiso de los trabajadores de conocimiento, por tanto consideramos que no es incompatible la definición de una misión de la organización genérica a “modelo de paraguas” con una definición de misión departamental que conlleva mayor identificación de los trabajadores con su propio conocimiento, teniendo en cuenta como, anteriormente se presentaba, que se está ante una organización compleja y de grandes dimensiones y muchas oportunidades de desarrollo.

En nuestro caso el documento de organización intenta refleja que la dirección de enfermería busca la especificidad dentro de lo que son las líneas de desarrollo del global de los equipos de Atención Primaria, como queda reflejado en el texto:

“Consideramos la enfermería como un servicio orientado a satisfacer las necesidades de salud de los individuos, la familia y la comunidad de una manera integral, continuada y continua a lo largo de la vida, esto supone que la acción del cuidado enfermero debe enmarcarse dentro del trabajo multidisciplinario, dado que no se entienden las acciones de forma individualizada, sino en el contexto del trabajo en equipo; aportando la especificidad del cuidado enfermero junto con el resto de

las disciplinas que lo configuran y que garantizan una atención integral, por tanto, una provisión abierta, dinámica, capaz de englobarse de forma multisectorial. Y, así mismo, los servicios enfermeros ofrecen una puerta abierta para la detección de necesidades potenciales y latentes de la población en materia de salud, de bienestar y de calidad de vida.”

Mecanismos de desarrollo

Siguiendo la línea que nos hemos marcado tendremos que ver qué se plantea desde la gestión del conocimiento, y en lo que se refiere a los mecanismos que facilitan y guían la excelencia de la conformación y mantenimiento del sistema de aprendizaje de cualquier organización. Se precisa introducir criterios que discriminen entre el que resulta relevante y asegurar aquellos factores que favorecen un buen funcionamiento del sistema de aprendizaje.

La gestión del conocimiento, por tanto, requiere una visión que integre el planteamiento expreso de estrategias y políticas de adquisición, generación, utilización, así como de compartir el conocimiento y las capacidades de los agentes, considerando o rediseñando los sistemas de gestión y desarrollo personal, tanto como la estructura organizativa para su

aplicación más eficiente, y por tanto requiere integración entre los tres elementos de la gestión:

1. Dirección estratégica: que seleccione la actividad nuclear aprovechando, potenciando y desarrollando los conocimientos poseídos.

2. Dirección de personas: que planifique y ejecute políticas de promoción, motivación y desarrollo del conocimiento.

3. Diseño organizativo: que parta de la disposición de las personas y los conocimientos para una eficiente toma de decisiones.

Factores determinantes a tener en cuenta

El conocimiento bien gestionado posibilita, por una parte el aprendizaje individual, estimula la cooperación, tiene como misión general canalizar los contenidos, con el de crear nuevo conocimiento a lo largo de los procesos para después transferirlo y compartirlo (Mora, 2002).

Los modelos más extendidos en la gestión del conocimiento son los de Nonaka o el modelo de Garnet, cuya base parte de la existencia de dos tipos de conocimiento: conocimiento tácito y el explícito.

En el modelo de Nonaka se explica cómo innovar y gestionar el conocimien-

to sobre la clave de los procesos de conversión del conocimiento.

Se parte de un conocimiento operacional que se va transformando hasta llegar a convertirse la interiorización en conocimiento explícito depurado, en conocimiento tácito mediante un proceso de abstracción para dar lugar al conocimiento operacional completando un ciclo de creación; similar es el modelo de Gartner, que posibilita que el conocimiento actúe como un vector, no sólo para la construcción de procesos, sino para analizar problemas y descubrir oportunidades de mejora.

Conocimiento y aprendizaje sólo pueden ser evaluados sobre la base de su idoneidad para orientar las conductas relevantes para la organización.

En el modelo de una dirección de enfermería basada en la gestión estratégica del conocimiento se plantean dos enfoques: el enfoque del comportamiento y el técnico-estructural, en este último existen dos bloques de elementos: por un lado los factores relacionados con los procesos asistenciales, sus aspectos técnicos y aquellos vinculados con el potencial personal o social de los miembros (Prieto, 2002).

Los factores relacionados con el desarrollo del potencial humano y factores estructurales, orientados a la actividad y

hacia los procesos, aplicando una visión epistemológica construccionista del conocimiento basada en la dimensión humana e interactiva del aprendizaje en la organización.

Dirección estratégica

Con esta base el modelo debe incorporar líneas de acción, que como en el caso de la dirección de enfermería del área 2, aglutinen el conocimiento basándose en el marco estratégico con la adecuación de los procesos operativos y a la vez contando con el potencial de las personas; por ello se definen las líneas de la gestión estratégica, que en este caso, pivotan en tres ámbitos intensamente correlacionados:

– La evidencia. Lo que supone incorporar la cultura de la gestión a la práctica diaria de la enfermería, de manera que se minimicen la variabilidad en la aplicación del proceso de cuidar, así como en el desarrollo de los distintos procedimientos que utiliza la enfermera en la toma de decisiones diarias, incorporando el conocimiento explícito en nuestra forma de hacer. En nuestro caso se opta por la utilización de herramientas validadas como los planes de cuidados enfermeros estandarizados a partir de etiquetas diagnósticas NANDA.

– **La excelencia.** Hacer las cosas lo mejor posible, por encima de la norma, con valor añadido mediante la incorporación de métodos basados en la calidad total: modelo EFQM.

Los procesos son la base para orientar el desempeño de los servicios hacia la excelencia, teniendo en cuenta que es el cliente, sus necesidades y expectativas, los que determinarán la orientación de los cuidados, por lo que, en nuestro caso, se opta por el diseño de un mapa de procesos específico de la división, capaz de integrarse con un futuro mapa de la gerencia y una estrategia de estabilización y rediseño.

– **El conocimiento.** Potenciar la cultura de la investigación y la formación en el campo de los cuidados de enfermería para diseñar, comprender y dominar los análisis que se propongan en el futuro, teniendo en cuenta que son la necesidad de las personas y su capacidad de respuesta y adaptación los que le ayudan a mejorar su calidad de vida. Los servicios enfermeros del área se reconocerán porque sus profesionales forman parte de una comunidad de aprendizaje dinámica que equilibra el conocimiento tácito y explícito y participan como trabajadores de conocimiento en un modelo de interacción constante y de participación proactiva. Incorporar su conocimiento y

lo comparten con sus pares y con aquellos que se forman para serlo. En esta línea se opta por desarrollar estrategias de formación con medios propios, autoformación, e impulsar líneas de investigación, así como estabilización en sistemas de información.

Un modelo de gestión del conocimiento, además, requiere un estilo de liderazgo desde el educar. Y esta condicionado para ser un elemento facilitador en el desarrollo y crecimiento de las personas. Liderar es ser capaz de conducir a las personas o a los grupos hacia aquellas metas que se consideran deseables. El líder es el que la desarrolla e intenta transmitir para mantener al grupo en una posición de avance. Así mismo, en el modelo, es la disciplina que permite habilitar personas, equipos y organizaciones completas para crear, compartir y aplicar conocimientos, colectiva y sistemáticamente, para mejorar los logros de los objetivos de negocio (Wallace, 1999) como un conjunto de procesos centrados en el desarrollo y aplicación del conocimiento de una empresa para generar activos intelectuales que pueden explotarse y generar valor al cumplir los objetivos de la organización (Fernández, 1999).

Por ello, para aquellos que dirigen en los distintos niveles ya sean estratégicos,

como los directores o en el ámbito operativo y de gestión, como es el caso de los responsables de enfermería, han de tener en cuenta que su estilo y los procesos estratégicos y de gestión se definirán bajo la idea de que las organizaciones que aprenden lo hacen en base a los valores y que éstos sean fuente impulsora y de aprendizaje⁴.

En el modelo que se utiliza como ejemplo práctico en este artículo existe una definición de la misión de la dirección de enfermería del área 2, que es ejercer el liderazgo para facilitar las herramientas necesarias que permitan a los enfermeros comunitarios desarrollar los cuidados de calidad, adaptarse a las necesidades de su población, capaces de aportar la especificidad en el marco del trabajo interdisciplinar del modelo de los equipos, de manera eficaz y eficiente y en continua mejora. Para ello deberá garantizarse la participación de todas las enfermeras como trabajadoras de conocimiento que son las protagonistas de este proyecto.

Las enfermeras, como cliente principal de la dirección de enfermería, han de sentirse el actor protagonista junto con los ciudadanos, y por tanto la dirección debe arbitrar todos los mecanismos disponibles a fin de conseguir el desarrollo de un trabajo en compromiso personal

con la misión, donde los valores de la disciplina estén presentes, y con un espíritu proactivo, creativo e innovador capaz de dar respuesta inmediata ante las necesidades emergentes de los ciudadanos.

Así pues se ha definido, estabilizado y rediseñado los procesos estratégicos de este nivel.

A partir de aquí, se han definido los procesos de gestión y logística de la figura del responsable de enfermería configurando un mapa de procesos que enmarca sus responsabilidades, incorporando a su vez el mapa de competencias, fase en la que nos encontramos en la actualidad. Este mapa parte de la opinión de las enfermeras respecto a las expectativas y deseos sobre la figura, se aplicó un cuestionario SERQVAL cuyos resultados se resumen en que no aceptarían a un responsable burocrático, si a un compañero con conocimiento disciplinar y de gestión, y requería mejorar en las dimensiones de información, competencia y fiabilidad.

Diseño organizativo

Una vez determinado este encuadre, que supone parte del diseño organizativo, se definen las líneas de acción que posibilitan este modelo. Son:

I. Gestión clínica de los cuidados basados en la evidencia con objetivos concretos:

– Potenciar la utilización de la sistematización del cuidado a través del proceso de atención enfermera.

– Utilizar la cartera de servicios responsabilizando a enfermería de aquéllos que se basan en las actividades de promoción y prevención, y que están íntimamente relacionados con acciones de autocuidado, y donde existen bolsas de dependencia.

– Potenciar la utilización adecuada de la educación para la salud, tanto individual como grupal, evaluando un impacto real en la salud y calidad de vida de los ciudadanos.

– Crear líneas que permitan a la enfermera trabajar con la mayor seguridad a través de la evidencia.

– Innovar en todos los aspectos que tienen que ver con la gestión del cuidado, desde la práctica en el día a día.

2. Gestión de la excelencia con objetivos concretos:

– Trabajar con los planes de cuidados estandarizados que faciliten a los enfermeros del área la aplicación de la sistemática, intercambiando la experiencia y el saber hacer dentro del área

– Identificar el mapa de procesos operativos y estabilizar y rediseñar los pro-

cesos de cuidados que se producen en Atención Primaria, siendo capaces de mejorar la resolución de los problemas.

– Dar a conocer nuestros servicios de manera abierta para que la población acceda a ellas con total conocimiento y derecho propio, partiendo del criterio de accesibilidad y adecuada relación terapéutica.

– Definir un marco conceptual de cuidados que determine nuestra razón de ser y estar.

3. Gestión del conocimiento con objetivos concretos:

– Poner en marcha líneas de investigación de cuidados que nos permitan incorporar conocimiento y evaluar para mejorar.

– Potenciar la formación y autoformación en el equipo siendo capaces de reconocer a los expertos de cuidados que están en todos los centros, mediante proyectos de interacción y de aprendizaje, para el enriquecimiento constante y el desarrollo de una cultura de pensamiento crítico.

– Implicar a los enfermeros en el quehacer de participar y compartir el conocimiento como parte de una cultura de aportación de la especificidad desde las comunidades de práctica.

– Buscar nuevos campos desde la innovación con el desarrollo profesional

que supongan resolver necesidades de los ciudadanos reales, potenciales y sentidas desde nuestro compromiso ético para y con las personas.

– Conseguir que la información sea algo más que un dato y permita desarrollar una organización que aprende.

Malhotra propone, además siguiendo esta última línea, que la gestión del conocimiento es la combinación de sinergia entre datos, información, sistemas de información y capacidad creativa e innovadora de los seres humanos de una organización.

El modelo debe, por tanto, incorporar sistemas de información que permitan una adecuada gestión del conocimiento; en el caso concreto de nuestro ejemplo, en los sistemas existentes, tras su análisis, se concluyó que no permitían un tratamiento adecuado de la información, por lo que se decidió rediseñar un sistema de información capaz de aproximar el análisis de los datos y asegurar que eran reales asumiendo el riesgo de la bajada de indicadores cuantitativos, pero incorporando validez al nivel en el que se generan, es decir, retroalimentando a las enfermeras y diseñando, en el ámbito de la historia clínica, herramientas acordes con la definición de lo que se consideran cuidados en un modelo de excelencia.

El diseño se realizó a partir de la estabilización de un proceso estratégico y otro de gestión; partiendo de las necesidades de las enfermeras y de sus expectativas se realizó una adaptación propia de la historia clínica tanto informatizada como en papel, una vez elaborada por un enfermero del área, lo que cumplía con la idea de potenciar el conocimiento existente en ésta. Se ha realizado formación en todos los equipos, se han introducido todos los cambios propuestos y se ha reinstalado en todos los equipos, disponiendo de tutoría personalizada en función de las posibilidades de aprendizaje de cada uno de los profesionales.

Dirección de personas

Esta experiencia se enmarca en la dirección de personas. El proceso de conocimiento y aprendizaje continuo tiene la siguiente secuencia: conocimiento tácito (el incorporado por las personas; es individual), socialización (se refiere al intercambio del conocimiento tácito que permite el aprendizaje), externalización (conocimiento adquirido que puede presentarse en algún tipo de formato, combinación (el conocimiento externo se combina con otros), internacionalización.

Se logra que esa persona mejore su conocimiento tácito, se inicia otra vez

el ciclo y se consigue el aprendizaje continuo.

Las organizaciones de servicios de salud se apoyan fundamentalmente en las personas como trabajadores de conocimiento; son ellas su principal valor y su actividad está orientada a los objetivos estratégicos apoyados en una adecuada identificación y sistematización de los procesos que permita la evaluación continua indispensable para la orientación en la toma de decisiones.

Existen dos grandes campos de conocimiento: conocimiento científico y el conocimiento de gestión. Este último se genera desde la propia experiencia adquirida y se aplica para mejorar combinando activos intelectuales.

Desde este marco teórico la dirección de enfermería de Atención Primaria del área 2 de Madrid diseñó el desarrollo de la división de enfermería apoyada en un modelo de gestión del conocimiento desde la gestión de personas, la gestión de los procesos operativos a partir de las líneas estratégicas marcadas en la organización.

Básicamente el modelo plantea como elementos claves para su construcción tres:

– Las líneas estratégicas de la organización a partir de las cuales cada departamento materializa una misión con una

visión que acomode su aportación específica.

– Los procesos operativos normalizando la práctica a partir del conocimiento explícito que da la evidencia científica y generando un nuevo conocimiento a partir de las personas, teniendo en cuenta el potencial existente en el conocimiento tácito.

– Las personas como trabajadores de conocimiento, son quienes deben ser partícipes desde su propio crecimiento en el desarrollo organizativo entendidas como el elemento clave, por lo que los flujos de retroalimentación constituyen el hilo conductor del modelo.

Para poder llevar a cabo estos servicios los enfermeros de Atención Primaria deberían reunir el siguiente perfil:

– Formación sólida como enfermera generalista y comunitaria.

– Conocer la actividad, técnicas específicas y cuidados propios de enfermería para llevar a cabo las respuestas adecuadas ante los problemas de salud que plantea la población.

– Saber identificar las características propias de su población y medio, a fin de poder conocer los factores condicionantes específicos que influyan en el nivel de autocuidado del individuo y su familia.

– Saber llevar a cabo acciones que consigan motivar hacia el autocuidado, y pro-

porcionar los conocimientos necesarios y sustituir en aquellos casos donde el individuo y su familia no puedan cuidarse.

– Utilizar la metodología científica, basada en los diagnósticos de enfermería, mediante el proceso de atención de enfermería en la práctica diaria, manejando la Historia Clínica de forma adecuada, de manera que la lleve a planificar y evaluar sus acciones con el fin de mejorar los niveles de salud y bienestar de los individuos, la familia y la comunidad.

– Utilizar una metodología de autoevaluación constante, que le permita perfilar la adecuación de sus acciones de acuerdo con los resultados deseados, asumiendo el compromiso ético de comunicar sus resultados a la comunidad científica a fin de elaborar el cuerpo de conocimientos propios de la disciplina enfermera.

– Estar comprometido en la formación de nuevos profesionales, siendo modelos para el aprendizaje y con el descubrimiento de nuevo conocimiento al servicio de la comunidad.

La dirección de enfermería es un órgano colegiado cuyo marco de trabajo es la comisión de cuidados, en la que participan el equipo directivo y los responsables de enfermería.

La misión del grupo es gestionar la prestación de cuidados enfermeros que

se ofertan en el área 2, por lo cual es esencial el trabajo en equipo.

El objetivo para el cual trabaja este grupo es mejorar la calidad de vida de las personas a través de los cuidados de enfermería y todas las acciones de organización, planificación y gestión que se realicen desde este grupo buscarán el cumplimiento del mismo.

Su apoyo principal está en los distintos grupos de trabajo de esta comisión que busca la participación y la implicación de las enfermeras a partir del conocimiento, como la única manera de conseguir una adecuada interacción y modelo de aprendizaje.

Como pinceladas de resultados, tenemos en marcha 4 comisiones de trabajo específicas, 5 grupos de trabajo referentes a áreas de conocimiento concretas; se ha pasado de la utilización de la metodología diagnóstica de casos aislados a ser empleada por 138 enfermeras de las 200 que constituyen la plantilla, existen objetivos propios en los programas de actuación sanitaria referidos a la calidad de la planificación de cuidados y evaluados anualmente y que suponen el 15 por ciento de los incentivos para todos los miembros del equipo, hemos editado una guía de planes de cuidados donde han participado como autores la casi totalidad de las enfermeras del área y se han

actualizado los programas de terminal y riesgo cardiovascular incorporando en ellos la evidencia generada respecto de las herramientas de cuidado. Colaboramos con las asociaciones de diabéticos manteniendo una sección junto con las enfermeras del área 6 denominada “cuidarse” y participamos con la asociación AFAL en la formación de cuidadores en la ejecución de planes de cuidados de enfermería en su propia asociación.

Conclusiones

Este escenario que acabamos de presentar puede permitir la transformación de las organizaciones de salud. Cualquier modelo de cambio requiere una planificación estratégica y una búsqueda de resultados desde la paciencia, por tanto, a largo plazo, dado que supone una modificación dentro de la cultura ya no sólo departamental, sino dentro del global organizativo del sistema.

La improvisación solo lleva a cortinas de humo, y al trabajar de manera superficial no posibilita la proactividad, por lo que nunca se pueden conseguir transformaciones reales, y los problemas se encanan perdiéndose la perspectiva de nuestra misión.

Los directivos tenemos la obligación de hacer que nuestras organizaciones

estén dispuestas a cubrir las necesidades de los ciudadanos poniendo en marcha los mecanismos necesarios para que fluya todo lo que saben. Se ha de analizar y elegir adecuadamente la actividad o el servicio que mejor responda a los conocimientos y capacidades de los trabajadores, porque esto genera valor y riqueza. En nuestro caso, en las organizaciones de salud que no aprovechan el potencial del conocimiento real que pueden aportar las enfermeras se está perdiendo un gran volumen de capital de conocimiento que simplemente empobrece a la organización y le hace perder eficiencia, un lujo que no nos podemos permitir.

Las políticas para el desarrollo de las personas nos permiten disponer de los conocimientos y capacidades para las múltiples decisiones a tomar y acciones a emprender, ligadas a la ejecución estratégica.

Nosotros somos conscientes de que esta perspectiva resulta incómoda, porque supone generar cambios que todos sabemos que son necesarios, pero parece que surge cierta sensación de desestabilización. Debe sufrirse una migración en los modelos organizativos de tipo burocrático-profesionales, bien hacia estructuras matriciales, bien hacia estructuras por proyectos o tipo adocrática; será

necesario buscar entre todas las mejores opciones para nuestra realidad.

Las enfermeras tienen conocimiento sobre las necesidades de cuidados y la dependencia, han aprendido estrategias para ayudar a potenciar conductas generadoras de salud, saben de las personas y los grupos familiares, entienden de cotidianidad y rutinas, y pueden ayudar a las personas que están inmersas en los procesos adaptativos, y que se generan por el he-

cho de la vida a salir, o mejor no entrar en el bucle que hoy supone introducirse en sistemas de medicación y que sabemos que hoy colapsan la actividad médica sin dejarla ejercer su verdadero rol.

Por tanto, creemos que vale la pena dejar que cada uno ejerza su especificidad en el marco del trabajo en equipo; esto sólo depende de diseño de las estrategias organizativas, de la asignación de responsabilidades y del diálogo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Drucker P. La productividad del trabajador del conocimiento: máximo desafío. *Harvard Deusto Business Review* 2000;98:4-16.
2. Mintzberg H, Brian J. El proceso estratégico. Ed. Prentice Hall.
3. Fernández Villaverde R. Tendencias en gestión de recursos humanos: la ges-
4. tion por competencias se impone en la empresa española. Nuevas tendencias. Compensación y organización de recursos humanos. Arthur Andersen 1999. p. 2.
4. Senge PM. *The Leader's New Work: Building Learning Organizations*. Sloan Management Review Fall 1990; 32(1):7-32.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Documento Interno de Organización de la dirección de enfermería de A.P. Área 2. Madrid, 2001. Revisión 2003.

“Enfermería en acción” publicaciones O.M.S. n.º 48. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.

Mora JR, Ferrer C. Gestión Clínica. Mapa de procesos de enfermería en atención primaria. Rev Admin Sanit, 2001.

Mora JR. Guía Metodológica para la gestión Clínica por procesos: aplicación en las organizaciones de enfermería. Ed Diaz de Santos, 2003.

Nonaka I. A dynamic theory of organizational knowledge creation. *Organization Science* 1994;5(1):14-37.

Plan de Calidad Integral de los servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad, 2003.

Prieto IM. Tesis doctoral. Disponible en: www.gestiondeconocimiento.com

Senge P. La quinta disciplina. Cómo impulsar el aprendizaje en la organización inteligente. Barcelona: Gránica, 1992.

Sveiby KE. La nueva riqueza de las empresas. Barcelona: Gestión 2000.

Zack M. Knowing and strategy. Butterworth-Heinemann, 1999.

