



UNIVERSITAT
POLITÈCNICA
DE VALÈNCIA



Facultad de Administración y Dirección de Empresas
Universitat Politècnica de València

Diplomatura en Gestión y Administración Pública
Curso 2014/2015

TRABAJO DE FIN DE CARRERA

**PROPUESTA DE MEJORAS ORGANIZATIVAS EN EL
SERVICIO DE CIRUGÍA CARDIACA EN EL HOSPITAL
LA FE**

Realizado por el alumno, **Oscar Jaramillo Císcar**

Director del TFC, **Aurelio Herrero Blasco**

- ÍNDICE -

Índice de tablas, gráficas e ilustraciones	4
I. Introducción	5
I.1. Resumen	5
I.2. Objeto del practicum y asignaturas relacionadas	6
I.3. Objetivos	8
I.4. Metodología	9
II. Antecedentes	11
II.1. El Sistema Nacional de Salud (SNS)	11
II.2. Desarrollo de la idea	17
II.3. Justificación de la investigación	18
II.4. Aproximación a los estudios universitarios de Salud	19
III. Estudios de salud en la Universidad Católica de Valencia	25
III.1. Los estudios de Salud en la UCV	25
III.2. Los estudios de prácticas en la UCV	29
IV. Prácticas en el <i>Hospital Universitari i Politècnic La Fe</i>	35
IV.1. Estructura organizativa del <i>Hospital Universitari i Politècnic La Fe</i>	42
IV.2. Descripción de las prácticas de Enfermería realizadas	43
IV.3. Servicios clínicos hospitalarios donde he desarrollado mis prácticas	48
V. Propuestas de mejora del servicio	55
V.1. DAFO/CAME	55
V.2. Elección de las mejoras	60
• Incremento turnos laborales de horas	60
• Solventar la carencia de personal sanitario	62
• Unificación protocolos y fijación de uno común único	66
• Incremento del número de profesionales dietistas	67
• Mayor número de zonas de distendimiento, ocio, etc	68
• Unificación de criterios para la construcción de centros sanitarios	70

•	Habilitación de un servicio de información a pacientes y familiares.....	71
•	Puesta en marcha de un buscador online de sintomatologías y dolencias.....	72
V.3.	Calendario de implantación.....	73
VI.	Conclusiones.....	77
	Bibliografía.....	79
	Anexos.....	81

- ÍNDICE DE TABLAS, GRAFICOS E ILUSTRACIONES -

TABLAS

1. Carreras universitarias del sector salud. Elaboración propia.....	19
2. Ciclos superiores del sector salud. Elaboración propia.....	20
3. Ciclos medios del sector salud. Elaboración propia.....	20
4. Créditos Grado de Enfermería. Elaboración propia.....	29
5. Créditos Practicum de Grado de Enfermería. Elaboración propia.....	29
6. Hospitales con los que la UCV tiene convenio. Elaboración propia.....	32
7. Residencias con los que la UCV tiene convenio. Elaboración propia.....	33
8. C.A.P. con los que la UCV tiene convenio. Elaboración propia.....	34
9. Unidades de Referencia de La Fe según GVA. Elaboración propia.....	39
10. Servicios de Referencia según SNS. Elaboración propia.....	39
11. División de Practicum realizados. Elaboración propia.....	48
12. Ratio enfermeros y médicos Europa. CSE. 2015.....	62
13. Recursos, PIB y población autonomías. Elaboración propia.....	64
14. Períodos para implementación propuestas. Elaboración propia.....	75

GRAFICOS

1. Respuesta a pregunta del cuestionario. Elaboración propia.....	61
2. Ratio enfermeros/médicos por habitante comunidades. CSE. 2015.....	63

ILUSTRACIONES

1. Universidad Católica de Valencia.....	28
2. Nuevo Hospital La Fe de Valencia.....	36
3. Antiguo Hospital La Fe de Valencia.....	40
4. Organigrama Hospital La Fe de Valencia.....	42
5. Hospital General de Valencia.....	69

I. INTRODUCCION

I.1. RESUMEN

La Sanidad es uno de los pilares esenciales de cualquier sociedad. Su desarrollo incide directamente en beneficios para sus ciudadanos aumentando su bienestar y esperanza de vida, mejorando los ratios de natalidad, disminuyendo los de mortalidad, etc. Cualquier sociedad avanzada que se precie, debe estar compuesta por un sistema de salud avanzado, que incluya las nuevas técnicas y la más moderna tecnología al servicio de sus ciudadanos.

En este sentido, España ha tenido enormes avances en las últimas décadas. Situada en la cola de Europa en cuanto a desarrollo, en gran parte lastrada por la desastrosa Guerra Civil en el siglo XX, la sociedad española con una amplia capa de analfabetismo y precariedad de recursos, pudo sobreponerse a esta situación alcanzando a tener, hoy día, uno de los mejores sistemas de salud del mundo ⁽¹⁾.

Sin embargo, es objetivo de este trabajo dar a conocer una serie de propuestas que pueden servir para mejorar el servicio de uno de los hospitales que conforman ese sistema, el *Hospital Universitari i Politècnic La Fe*, de Valencia, donde realicé, en el Servicio de Cirugía Cardíaca, mis prácticas del *Grado de Enfermería* de la Universidad Católica de Valencia, pertenecientes al segundo curso. Varias de esas propuestas, podrían extrapolarse, por su generalidad, a otros hospitales de Valencia, u otras provincias. Siguiendo estas medidas, podría mejorarse la calidad laboral actual de los profesionales sanitarios que allí trabajan, como mejorar el servicio percibido por los pacientes y los familiares de estos. Con todo, incrementaría el bienestar general en el ámbito del centro sanitario, incidiendo directamente la repercusión de estas medidas en la ciudadanía.

Además, para ello, el presente trabajo repasa, para su introducción, la estructura de la Sanidad española, con una ligera descripción desde sus orígenes, las diferentes vertientes de sistemas de salud adoptados en el ámbito mundial y europeo; los estudios universitarios referentes a la Salud ofertados por la Universidad Católica de Valencia; así como una pequeña descripción del Practicum realizado para esta, en el propio hospital centro de este estudio.

I.2. OBJETO DEL PRACTICUM Y ASIGNATURAS RELACIONADAS

El objeto de este trabajo, es materializar en un proyecto gran parte de los conocimientos adquiridos en la Diplomatura de Gestión y Administración Pública, asignatura cursada en la Facultad de Administración y Dirección de Empresas de la Universidad Politécnica de Valencia.

Siguiendo el índice del trabajo, seguidamente expondré las asignaturas de las cuales he hecho uso a la hora de abordar el trabajo, sin cuyo estudio no hubiera sido posible llevarlo a cabo.

1. Introducción.

- Información y Documentación Administrativa I (IDA/ IB)

Gracias a esta asignatura se ha podido desarrollar y plasmar el proyecto, ya que me ha aportado los conocimientos administrativos e informáticos necesarios para poder realizarlo. Esto son, utilización de programas de tratamiento de texto, numéricos, realización de tablas y gráficas, etc. Además, de la búsqueda de información en Internet, saber discernir entre las diferentes fuentes y la obtención y clasificación de información contrastada. Como decía, la aplicación de los conocimientos aportados por esta asignatura me ha servido para plasmar, en general, todo el proyecto, con lo que obviaré, ya citada, en este repaso por los diferentes capítulos del índice que me ha sido útil.

2. Antecedentes.

- Sistema de Salud y Servicios Públicos (SSSP)

Asignatura optativa donde se desarrolla el organigrama de los diferentes sistemas de salud que existen, haciendo especial hincapié en el sistema autonómico sanitario de la Comunidad Valenciana. Esto me enseñó los orígenes, la comparación entre los diferentes modelos aplicados por los diferentes países, así como la obtención de financiación por parte de estos.

- Derecho Administrativo I

Ayuda a comprender la organización política y jurídica que plantea el Estado, las funciones, objetivos y competencias de los servicios públicos cuya finalidad es dar una buena calidad a los ciudadanos de acuerdo con los principios de eficacia y eficiencia.

3. Estudios de Salud en la Universidad

4. Prácticas en el *Hospital Universitari i Politècnic La Fe*

Es difícil enmarcar alguna asignatura más allá de las ya comentadas, en estos dos puntos, pues son puntos descriptivos, básicamente.

5. Propuestas de mejora

- Teoría Social I y II

En ellas aprendí la importancia de ver la opinión de la sociedad a la hora de intentar llevar un proyecto adelante y como valorar las representaciones esas opiniones. Se observa el contenido de esta asignatura a la hora de la realización de métodos y técnicas de investigación como los cuestionarios para ver la opinión tanto de trabajadores como de pacientes sobre varios temas.

- Gestión Administrativa I, II y III (GAD)

Esta serie de asignaturas han contribuido a ver la importancia de tener unos servicios de calidad en las Administraciones Públicas y se ve reflejado en el TFC ya que mejorar la calidad de los servicios es el objeto principal del trabajo. Nos enseña directrices sobre la importancia de la vocación y a valorar la calidad de los servicios; la iniciativa y el espíritu emprendedor; la motivación para incrementar la calidad ofertada; etc.

- Legislación Laboral

Donde pongo en práctica las condiciones laborales obligatorias dentro un marco legislativo y cómo éstas se ajustan al gremio específico (en este caso enfermería con turnos superiores a las 8 horas, incluso habiendo turnos de 24 horas).

- Gestión Financiera y Contable I (GFC)

Ha sido de gran importancia a la hora de saber entender y desarrollar conocimientos de índole económica que tienen que ver con las administraciones (conocimientos sobre PIB, presupuestos, aplicación comparativa del “per cápita”, etc.).

6. Conclusiones

Punto en el que expongo mi opinión final, como los puntos 3 y 4 resulta complicada su clasificación.

I.3. OBJETIVOS

Como decía, este trabajo persigue un objetivo único, la mejora del servicio ofertado por el Servicio de Cirugía Cardíaca del *Hospital Universitari i Politècnic La Fe* de Valencia. Para ello, el trabajo describe y analiza una serie de propuestas con la cual se intentan mejorar determinados ámbitos de este servicio que con el tiempo que presencié en mis prácticas, llegué a la conclusión que podrían mejorarse.

Estas diferentes mejoras alcanzan desde el clima laboral, aspecto crucial para un mejor desempeño de la actividad de los profesionales sanitarios; el servicio y las instalaciones, característica muy destacable para desarrollar una buena estancia por los pacientes y familiares, así como un mejor ambiente de trabajo para los trabajadores; la puesta en disposición de un buscador online de sintomatologías, con el fin de que los propios ciudadanos tengan una herramienta que sirva para detectar con más prontitud enfermedades, así como para evitar la automedicación de estos; entre otras.

Como vemos, el presente trabajo no se centra únicamente en un solo aspecto, ni es un único el ámbito en el que las medidas planteadas se ubican, sino que destaca una serie de carencias y mejoras del Servicio en su conjunto.

Para acabar, quiero incidir en la idea de que hay que tener en cuenta que no es este un TFC sobre métodos quirúrgicos avanzados, ni contiene un alto contenido de especialización médica. Es por ello que muchas de las medidas planteadas contienen un alto grado de generalidad con lo cual podrían ser aplicadas tanto en otros centros hospitalarios del Estado, como también en otros servicios hospitalarios ofertados por este mismo centro. Sin embargo, pienso firmemente que la aplicación de estas medidas mejoraría el servicio ofertado por el Servicio de Cirugía Cardíaca del *Hospital Universitari i Politècnic La Fe*, que es de lo que se trata.

I.4. METODOLOGIA

Este trabajo parte de la observación y el estudio crítico del Servicio de Cirugía Cardíaca en el *Hospital Universitari i Politècnic La Fe* de Valencia, fruto de mi estancia y propia experiencia en cuanto a la realización de las prácticas curriculares del Grado de Enfermería en la Universidad Católica.

Una vez determinadas las carencias y deficiencias a resolver, partimos a la búsqueda de información en fuentes primarias como son las publicaciones referentes al sistema sanitario para el conjunto del Estado del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, como para, más concretamente de la Comunidad Valenciana, de la *Consellería de Sanitat* de la Generalitat Valenciana. También se recurrió a publicaciones de la OMS, entre otros, para conocer el desarrollo de los diferentes sistemas a nivel global, y la evolución de estos en el tiempo. Además, fue necesaria la búsqueda en los Presupuestos Generales del Estado en la web del Ministerio de Economía y Competitividad para recopilar información acerca de la financiación de la sanidad tanto en la Comunidad Valenciana, como en el resto de comunidades del Estado español.

Además, fueron consultadas otras fuentes de carácter secundario, como publicaciones y artículos del Consejo Superior de Enfermería, en lo referente al número de enfermeros a nivel autonómico, como estatal, y su comparación con el resto de Europa, entre otros artículos y publicaciones de diversos medios.

Por último, fue necesaria también la utilización de encuestas para recopilar información muy valiosa sobre la propia experiencia de enfermeros y pacientes, para saber sus impresiones sobre el estado actual del Servicio, así como su voluntad en torno a las mejoras que se planteaban.

En base a todo ello, podrá realizarse la propuesta de las medidas planteadas para la mejora del Servicio de Cirugía Cardíaca, así como un calendario de implementación de estas, con el que se vislumbraría su aplicación temporal.

II. ANTECEDENTES

II.1. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)

Actualmente en Europa existen básicamente dos modelos de atención sanitaria: “*Modelo de Bismarck*” y el “*Modelo Beveridge*”. Dichos modelos se diferencian en la forma de financiación que tienen, en nivel de cobertura que abarcan y la organización de los recursos sanitarios.

El primero de ellos, el Modelo Bismarck nace en Alemania en el año 1883. Es el modelo más antiguo, y en su época fue el más avanzado del mundo; modelo donde el Estado garantiza las prestaciones mediante cuotas obligatorias. Este sistema mutualista recogía la tradición de las cajas de seguridad, y los asegurados obtienen las prestaciones a través de las aportaciones de los mutualistas (generalmente aportaciones de trabajadores y empresarios en diferente proporción). Se trata más de una protección al trabajador que al ciudadano.

La cobertura de ciertos grupos de no mutualistas como los indigentes suele cubrirse adicionalmente, velando el Estado por la transparencia del sistema y contribuyendo, en muchos casos, al abono de los posibles déficits.

En este modelo Bismarck la red de salud pública queda en manos del Estado, que se constituye a sí mismo en autoridad sanitaria. En principio, este modelo garantiza la asistencia sólo a los trabajadores que pagan el seguro obligatorio, teniendo que constituir redes paralelas de beneficencia para los trabajadores que no cotizan.

Los países que tienen sistemas que derivan de esta variante del modelo mixto son principalmente Francia, Alemania, Austria, Bélgica, Luxemburgo y Holanda. Actualmente, todos los ciudadanos de estos países gozan de una sanidad universal, gratuita y en condiciones de equidad.

Por otro lado, aparece en 1948 el Modelo Beveridge, más moderno, que dio origen al Sistema Nacional de Salud en diferentes países como: Reino Unido, Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Italia, España y Portugal.

La financiación de la sanidad pública, procede directamente de los presupuestos generales del Estado y es prestada asimismo en condiciones

de universalidad, equidad y gratuidad. La financiación es total o mayoritariamente dependiente de los fondos del Estado.

En el caso español, y el de otros países de Europa, como los países escandinavos, Irlanda, Reino Unido, Grecia, Portugal e Italia, el presupuesto sanitario público está fijado por los presupuestos generales del Estado. La planificación y la salud pública quedan en manos del Estado y a través de los diferentes procesos de descentralización acaecidos en todos los países también de la mano de las comunidades autónomas, municipios y corporaciones locales.

Toda la normativa sanitaria emana del Estado o de los órganos políticos descentralizados, comunidades autónomas y municipios, en régimen de obligado cumplimiento y revistiéndose la Administración política sanitaria como la máxima autoridad administrativa y legal.

Existe una notable preocupación por los estudios comparativos de los diferentes sistemas sanitarios. Los conceptos que se manejan no son siempre equiparables, lo que dificulta mucho las comparaciones: las prestaciones no suelen ser similares, los presupuestos pueden incluir diferentes epígrafes, las prestaciones en unos países pueden considerarse sanitarias y en otros sociales.

En cualquier caso, no está muy claro en qué sistema puro podemos decir que se encuentra cada país, ya que ninguno sigue uno de los dos sistemas clásicos (Bismarck o Beveridge) en su forma pura y las desviaciones entre los beneficios individuales pueden ser muy significativas. Además, con el tiempo hay también cambios en unos países hacia uno u otro sistema.

La financiación más importante para la protección social en los países de la Europa de los 27, en el año 2005, era la financiación por contribuciones a la Seguridad Social, en un 59,1% del total; y la financiación por medio del gobierno y por impuestos era del 37,6%.

MODELO SANITARIO ESPAÑOL

En nuestro país utilizamos el “*Sistema Nacional de Salud (SNS)*”, este sistema se organizó en torno a la creación de una muy extensa red de ambulatorios y centros de atención primaria de todo el estado.

Las características del SNS son:

- Extensión de servicios a toda la población

- Organización adecuada para prestar atención integral de la salud
- Coordinación e integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único
- La financiación de las obligaciones se realizara mediante recursos de las Administraciones públicas, cotizaciones y tasas por prestación de determinados servicios
- Prestación procurando altos niveles de calidad y con un control adecuado.

Los objetivos del SNS son:

- La efectividad: Capacidad de alcanzar unos niveles adecuados de salud y calidad en la vida de las persona
- Satisfacción: Que haya satisfacción con los servicios sanitarios, en relación con las expectativas y lo que se recibe del servicio prestado
- Equidad: La finalidad es que todos los ciudadanos reciban el trato independientemente del sexo, raza, condición social, lugar de residencia...y para ello una de las dimensiones más importantes de la equidad es la accesibilidad.
- Eficiencia: Manera de conseguir el resto de objetivos sin que suponga un excesivo coste ni despilfarro de los recursos y que sea posible ser financiados por la sociedad.

El 11 de julio de 1934 se promulgó la Ley de Coordinación Sanitaria, con el objetivo de intervenir en la organización de los servicios sanitarios locales; y en ella se propone la creación del Ministerio de Sanidad.

Tras la Guerra civil española, la Ley de Bases de 1944 perpetuó la estructura anterior, donde se exponía:

“A la Administración Pública le cumple atender aquellos problemas sanitarios que pueden afectar a la colectividad considerada como conjunto, le compete desarrollar una acción de prevención, en suma. La función asistencial, el problema de la atención a los problemas de la salud individual, quedan al margen.”

La Ley de 14 de diciembre de 1942 constituye el Seguro obligatorio de enfermedad (SOE), bajo el Instituto Nacional de Previsión, sistema de cobertura de los riesgos sanitarios a través de una cuota vinculada al trabajo.

La Seguridad Social ha ido asumiendo cada vez un mayor número de patologías dentro de su cuadro de prestaciones, así como cubriendo a un mayor número de personas y colectivos.

En 1978 se reformó el sistema Sanitario y se realizaron: A) dos artículos importantes para el sistema sanitario y B) transferencia de competencias en materia sanitaria a las diferentes Comunidades Autónomas:

A) ARTÍCULO 43: *“Se reconoce el derecho a la salud y atención sanitaria a todos los Españoles y aquellos extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio español. En caso de extranjeros no residentes en España y Españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado el derecho en forma que las leyes y convenios lo establezcan.”*

“La política de salud está encaminada a la superación de los desequilibrios territoriales.”

ARTÍCULO 41: *“ Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que les garanticen la existencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidades, sobretodo de desempleo. “*

Estos dos artículos suponen el principio de universalización de la Asistencia Sanitaria.

B) El proceso de descentralización de competencias Sanitarias se completa en el año 2002 quedando configurado el estado en diecisiete Comunidades Autónomas.

El ministerio de Sanidad asume la responsabilidad de “Área estratégica” por lo tanto es el máximo órgano dirigiendo así la coordinación general, la legislación sanitaria básica y la gestión, es decir que el Ministerio tiene el poder legislativo y debe asegurar la cooperación entre las distintas comunidades autónomas (“Principio de solidaridad” el cual se articula entre las distintas nacionalidades y regiones, así como entre éstas y la Nación española. El principio de solidaridad va unido al de unidad y de autonomía. Es un factor de equilibrio entre las nacionalidades y regiones y la unidad de la nación española y tiene por finalidad evitar los desequilibrios en el desarrollo autonómico).

Las diecisiete Comunidades Autónomas tienen a su vez poderes de planificación y capacidad para organizar sus servicios de salud respetando la cartera de servicios básica fijada por el ministerio de sanidad (Gobierno Central). Quedan delegadas las competencias a las consejerías de Sanidad de cada Comunidad.

Dentro del ministerio y con ayuda de las Comunidades Autónomas se crea el “Consejo Interterritorial de Sanidad” cuya finalidad es la de promover la cohesión de las Comunidades y dar una mayor calidad del sistema.

Todas las Comunidades Autónomas deciden como organizar y proporcionar los servicios sanitarios y configuran así su mapa sanitario con divisiones territoriales que tienen responsabilidad y la obligación de dar cobertura Sanitaria a la población de su Área.

La financiación se cubre con los impuestos generales del estado. Hay copago farmacéutico (menos para la población jubilada), la cobertura es universal y los funcionarios pueden optar por asistencia pública o por la privada gracias a convenios regulados.

Las Comunidades Autónomas crearan Áreas de Salud que tendrán la responsabilidad de la gestión de los centros y establecer los servicios de salud de la Comunidad además de realizar lo programas sanitarios. Cada Área su acción será para una población entre 200.000 y 250.000 personas y sus actividades pueden ser de:

- Atención primaria (promocionar la salud, prevenir la salud, curar, rehabilitar) .
- Atención secundaria (Funciones propias de los hospitales).

Competencias de las Comunidades Autónomas:

- Ejercer competencias asumidas en sus estatutos y las que el estado les transfiera.
- Cada Comunidad creara un servicio de salud integrado por todos los centros y servicios sanitarios de la comunidad, diputaciones, ayuntamientos.
- El gobierno elaborara criterios generales de coordinación sanitaria de acuerdo con las previsiones que le sean otorgadas por las Comunidades y los criterios generales de la coordinación aprobados por el estado se remitirán a las Comunidades Autónomas.
- El estado y las Comunidades según el artículo 71 pueden establecer planes de salud conjuntos.

En 1986 se promulgo la ley 14/ 1986 vigente a día de hoy donde establece el sistema sanitario en dos niveles de actuación:

1 -Asistencia primaria: Ambulatorios y centros de salud donde los médicos y demás profesionales actúan como llave de acceso al resto de asistencia sanitaria.

2 - Asistencia especializada: Hospitales

Hoy en día el principal problema del Sistema Nacional de Salud es la falta de coordinación entre Asistencia primaria y especializada (por la duplicidad de historias clínicas y archivos, retrasos y duplicidad de las pruebas diagnósticas, cargas de tiempo de espera en diagnóstico y tratamiento) .

El Real Decreto-Ley 12/2012 del 20 de Abril se excluyó a las personas inmigrantes en situación irregular del acceso público de salud (salvo en casos de urgencia, maternidad y jóvenes).

II.2. DESARROLLO DE LA IDEA

La idea de la elaboración de este TFC fue fruto de mi estancia en el servicio de Cirugía Cardíaca donde realice mis prácticas de enfermería de segundo curso. Allí observe ciertos puntos organizativos que creo que podrían mejorarse y que más adelante se verán expuestos.

Para desarrollar el TFC me fue indispensable la realización de técnicas de investigación (cuestionarios) que yo mismo realice y entregue tanto al personal sanitario como a los pacientes y donde pude observar y demostrar las ideas que me llevaron a realizar este trabajo. De los cuestionarios salieron datos referentes a la calidad del servicio, al grado de satisfacción de los empleados con su turno laboral, etc....

Otras fuentes importantes fueron artículos que evidenciaban en parte propuestas que expongo en el punto de más abajo "Propuestas de Mejora".

De las páginas web recopilé información al respecto sobre la sanidad, así como datos económicos y demás información relevante para el trabajo.

II.3. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

Creo interesante el contenido de este Trabajo de fin de carrera porque es fruto de una experiencia personal, donde pude ver y sentir la problemática del servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital La FE de Valencia que intento solventar con el desarrollo de este.

La finalidad máxima de la realización del TFC es la de aumentar la calidad del servicio de una manera eficiente y para ello como se ve reflejado en los puntos de “Propuesta de mejora” es necesario aumentar la satisfacción de los trabajadores y la de los pacientes, por lo que creo son unos puntos importantes que justificarían las posibles mejoras que desarrollo.

También recojo la problemática que existe actualmente en los estudios de salud y como la sociedad avanza muy rápido tecnológicamente y por tanto deberíamos ajustar ese avance a las carreras universitarias de la salud.

Otro punto importante es reestructuras las prácticas de los diferentes Grados de ciencias de la salud para que el futuro profesional sanitario salga más preparado y con un nivel profesional alto, que repercutirá en la salud de las personas.

II.4. APROXIMACION A LOS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS DE SALUD

La salud según la Organización Mundial de la Salud, organismo dependiente de la Organización de las Naciones Unidas especializado en prevenir, promocionar e intervenir en la salud a nivel Mundial es *un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo ausencia de afecciones o enfermedades*".

Es, por tanto, el elemento más relevante para el desarrollo de una vida larga y cualitativa, en ese sentido la importancia de la salud reside en permitir que el organismo de una persona mantenga buenos estándares de funcionamiento y poder así realizar las diferentes actividades de la vida diaria. La salud es un fenómeno que se logra a partir de muchas acciones y puede perderse por otras muchas variables, la salud es algo que se puede recuperar pero esto puede costar mucho en ocasiones lograrlo.

Es por ello donde reside su importancia en el sentido de que es esencial para tener una buena calidad de vida, que al fin y al cabo es de lo que se trata.

Toda esta importancia que se le da a la salud se ve reflejada en el gran número de carreras universitarias, ciclos formativos medios y superiores etc. dedicados únicamente al estudio de la salud:

- Carreras Universitarias:

Tabla 1: Carreras universitarias del sector salud

Grado Biología Humana	Grado en Nutrición Humana y dietética	Grado en Terapia Ocupacional
Grado Biología Sanitaria	Grado en Odontología	Grado en Veterinaria
Grado Biomedicina Básica y experimental	Grado en Óptica y Optometría y Audiología	Grado de Enfermería
Grado Ciencias y tecnologías de los alimentos	Grado en Podología	Grado en logopedia
Grado Ciencias Biomédicas	Grado en Psicología	Grado de Farmacia
Grado Ciencias de la Actividad Física y del deporte	Grado en Medicina	Grado de Fisioterapia

Fuente: Elaboración propia, 2015

- Ciclos Superiores:

Tabla 2. Ciclos superiores del sector salud

Audiología Protésica	Laboratorio de diagnóstico clínico
Anatomía Patológica y Citología	Laboratorio Clínico y Biomédico
Anatomía Patológica y Citodiagnóstico	Ortoprótisis y productos de apoyo
Dietética	Prótesis Dental
Documentación sanitaria	Radioterapia y Dosimetría
Audioprótesis	Salud Ambiental
Higiene Bucodental	
Imagen para el diagnóstico y medicina Nuclear	

Fuente: Elaboración propia, 2015.

- Ciclos Medios:

Tabla 3. Ciclos Medios del sector salud

Cuidados de Auxiliares de Enfermería	Farmacia
Farmacia y Parafarmacia	Emergencias Sanitarias

Fuente: Elaboración propia ,2015.

Sin embargo, actualmente los modelos de estudio de Salud se están quedando obsoletos pese al esfuerzo en intentar innovar y estar en primera línea en cuanto a nivel educativo hace falta un Nuevo Modelo de Salud Universitaria, tal y como recoge el documento realizado por la *Agencia Valenciana de la Salut* de unas 70 hojas de extensión donde literalmente expone:

“El modelo Sanitario de Estudios de enseñanzas actual es considerado como manifiestamente mejorable por la mayoría de los implicados”.

Ello obliga al espacio Europeo de Enseñanza Superior a realizar cambios significativos en las ciencias de la salud.

Una de las graves deficiencias del sistema actual, es que existe una gran diferencia en la formación de profesionales según diferentes países Europeos en cuanto a titulaciones de ciencias de la salud como (diferencias en la metodología docente, los materiales y recursos utilizados en la enseñanza, la enseñanza de entrenamiento clínico, etc.)

El Espacio Europeo de Enseñanza aporta únicamente en este sentido un sistema de créditos comunes, un catálogo de competencias y un marco de evaluación de la calidad.

Por todo ello hace falta un proceso de convergencia Europeo para cohesionar más los procedimientos de estudios a nivel europeo.

Siguiendo ligeramente el esquema de deficiencias apuntas por la *Agencia Valenciana de la Salud*, también remarcamos como deficiente,

-“Innovación tecnológica para la docencia de la Salud”

Sería aplicar lo que la Unión Europea denomina como el triángulo del conocimiento, formado por la Educación, la Investigación y la Innovación y con ello subir la productividad, pero para esto es necesario plantear nuevos retos ya que la incorporación masiva de innovaciones tecnológicas como (la biotecnología, la electro medicina, etc.) requieren nuevas formas del aprendizaje y nuevas formas de gestionar el conocimiento.

-“El estudiante debe ser integrado en el departamento de salud universitario.”

-“El sistema sanitario es cada vez más necesario para la formación de estudiante de Grado”

La participación del sistema sanitario Público en las enseñanzas en cada vez más necesario para dar cobertura práctica sobre todo al gran número de titulados sanitarios.

-“La atención Primaria y otros campos de salud han de incorporarse más de lo que están en la docencia”.

Esto es debido a que la práctica profesional está sufriendo muchos cambios ya que las estancias hospitalarias son cada vez más cortas, con cuidados ambulatorios (atención primaria) cada vez más frecuentes, debido al gran envejecimiento progresivo que está sufriendo la sociedad y que cada vez va en aumento ya que con los años la esperanza de vida de las personas es más prolongada que en las últimas décadas debido a los avances médicos, la concienciación de estado salud que se intenta instaurar en las personas mediante la promoción de la salud.

También hay un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y de cuidados a domicilio (porque se está intentando mejorar la calidad de los pacientes y si se puede permitir que desarrolle su enfermedad en su domicilio es mejor para su salud) y dichas patologías requieren mucha atención ambulatoria (atención primaria).

-“Los alumnos se benefician poco de la amplitud de oferta hospitalaria y centros docentes”.

Es necesario dar una mayor información y de calidad a los estudiantes para que puedan elegir mejor y acorde a su especialización el centro donde seguir formándose mediante las practicas.

-“El modelo actual de docencia en hospitales universitarios es profundamente insatisfactorio para los profesionales”.

La planificación de plantilla y cargas de trabajo se realiza sin tener en cuenta la función investigadora y docente. Por tanto cuando un estudiante va a realizar sus prácticas de estudios se encuentra que el horario y las cargas de trabajo de los profesionales no permiten educar y ofrecer la enseñanza a los estudiantes como se debería y por tanto el nivel de conocimientos de estos no se desarrolla al completo.

-“La organización de la docencia debe tener al estudiante como centro”

El estudiante es el principal objetivo el cual debe aprender a desarrollar sus funciones con plenitud para poder independientemente realizar su trabajo cuando obtenga el título universitario que le acredita como profesional de la salud.

En el texto antes citado, también se ofrecen una serie de recomendaciones para intentar paliar es este estado de ineficacia progresiva hacia la que se dirigen los estudios de la Salud:

-“Todos los profesionales del departamento de salud universitario deben participar en la triple misión asistencial, docente e investigadora”.

Todos los trabajadores deberán tener en sus contratos que deben ayudar en la medida de lo posible a que el estudiante desarrolle sus conocimientos como medida de un buen sistema de calidad futura.

-“Diferenciación de un departamento de Salud Universitario”.

Este departamento velara por la integración y la mejora de la docencia sanitaria para que el estudiante tenga un mejor desarrollo profesional. El departamento deberá integrar la gestión de todos los recursos asistenciales docentes e investigadores bajo una misma organización unificada.

El estudiante deberá ser integrado en el departamento de salud universitario, es decir su figura representativa para que pueda defender sus derechos y dar sus puntos de vista desde la perspectiva estudiantil.

-“La descentralización de la docencia a los departamentos de salud universitarios debe generar un proceso de redefinición de funciones docentes de los departamento de salud y su coordinación por la estructura docente de la universidad”.

-“La descentralización de la docencia a los departamentos de salud universitarios debe ir acompañada de la dotación de recursos materiales y humanos adecuados”.

-“La descentralización de la docencia a los departamentos de salud universitarios deberá permitir la aparición de una sana competencia entre centros, en un entorno de cooperación entre ellos”.

-“El departamento de salud universitario deberá estudiar los costes reales de las misiones académicas”.

Para así ver el nivel de financiación necesario y planificarlo para otorgar a cada institución el presupuesto necesario para que pueda ejercer sus funciones docentes.

-“El departamento de Salud Universitario deberá desarrollar plenamente las políticas de calidad que tenga como centro al estudiante y el paciente.

III. ESTUDIOS DE SALUD EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA

III.1. LOS ESTUDIOS DE SALUD EN LA UCV

Historia de la Universidad Católica de Valencia:

La universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir es una universidad de carácter privado y de base católica con Sede en la Comunidad Valenciana y consta de cinco campus.

Junto con otras seis universidades privadas, son las únicas autoridades privadas autorizadas para impartir el Grado de Medicina.

La UCV San Vicente Mártir fue nombrada en homenaje a “San Vicente Mártir” (clérigo español del siglo IV), el ocho de diciembre de 2003 fue tomada en posesión por el cardenal “Agustín García Gasco” (Arzobispo Emérito de la Archidiócesis de Valencia) en la catedral metropolitana de Valencia.

Por decirlo de algún modo, esta institución es la continuación de la labor universitaria que ofrecía durante más de tres décadas la “*Fundación Agrupación Edetania*”:

Esta Fundación Agrupación Edetania se constituyó en Enero de 1974 por José María García Lahiguera (Arzobispo de Valencia) que junto con la cooperación de algunas instituciones religiosas creó “La escuela Universitaria de Formación del Profesorado Edetania en 1969.

Más tarde en 1979 Miguel Roca Carbonella (Arzobispo de Valencia de la época) y el rector de la Universidad de Valencia sellaron un convenio de adscripción de Edetania a la Universidad de Valencia, vigente hasta el año 2004 (Durante esta época se formó en Edetania a miles de maestros que imparten clases en toda la Comunidad Valenciana)

En 1999 se modificaron los estatutos de la fundación para adaptarlos al crecimiento que estaba experimentando Edetania y así ampliar su oferta educativa. La fundación hizo un convenio de adscripción con la Universidad Miguel Hernández de Elche en año 2002 y abarcaba las titulaciones de (-Psicología, -Psicopedagogía, -Ciencias de las actividad física y del deporte, -Antropología social y cultural, -Ciencias del mar) y todas ellas pasaron a formar parte de la “Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación de Edetania”.

Con la fundación la Universidad Católica de Salencia San Vicente Mártir se reordenaron las titulaciones en cuatro facultades según objetivos específicos:

- Educación formal y no formal (Facultad de ciencias de la salud y del deporte)
- La atención personalizada a las problemáticas conductuales (Facultad de Psicología y de Ciencias de la Salud)
- Análisis de la cultura y de la sociedad (Facultad de Sociología y de las Ciencias Humanas)
- Ciencias del Mar (Facultad de Ciencias Experimentales)

Fue en Febrero de 2005 cuando se aprobó la integración de la escuela universitaria de enfermería “Nuestra Señora de los Desamparados” y de la “Facultad de estudios de la Empresa” y así la UCV quedaba reordenada en cinco facultades y una escuela universitaria.

Ya en marzo de 2007, el Consell de la Generalitat Valenciana aprobó la creación de la Facultad de Medicina de la UCV, donde se impartirían los estudios de Medicina, Odontología, Fisioterapia y Podología.

Más tarde, en septiembre de 2009 se aprobó la creación de la facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas y la puesta en funcionamiento de (Grado en Biotecnología, Grado en Derecho y Grado de Fisiología)

En la actualidad la UCV constituye diez facultades que dan docencia de 24 enseñanzas oficiales de grado, distribuidas en cinco campus Universitarios y con varias sedes en cada campus:

- Campus valencia:

Sede san Carlos Borromeo (complejo construido en 1760, este edificio fue sede de la academia valenciana de cirugía). Se imparten las titulaciones de (Grado de Medicina y Grado de Odontología)

Sede Santa Úrsula (Se ubica en el que fue monasterio de Santa Úrsula en 1605). Se imparten las titulaciones de Grado de Antropología Social y Cultural, Grado de fisiología a distancia, Grado de trabajo Social, Grado en Biotecnología, Grado en ciencias del Mar, Grado en Veterinaria.

Sede San Juan Bautista (Edificio junto al jardín de Turia). Se imparten las titulaciones de Grado de Maestro en Educación Infantil, Grado en Logopedia, Grado en Psicología, Grado en Terapia Ocupacional

Sede San Juan y Vicente donde se imparte la titulación de Grado en Derecho.

Sede Nuestra Señora del Pilar (instalaciones)

Sede Virgen de los Desamparados (En la calle Jesus en el centro de la ciudad, es un edificio con más de 50 años de historia). Se imparte la titulación de Grado en Enfermería

Sede Marques del Campo (Edificio de 1880) Se imparten las titulaciones de Grado en ADE, Grado en Economía, Grado en Gestión Económica y Financiera, Grado en Multimedia y Artes Digitales.

Sede Casa de la salud (Ubicado en el Hospital Casa de la Salud). Imparte la titulación de Grado en Enfermería.

Sede San José (Instalaciones deportivas)

- Campus Edetania:

Sede Godella-Sagrado Corazón donde se imparten las titulaciones de Grado en Maestro de Educación infantil, Grado en Maestro de Educación primaria y Grado en Educación Social.

Sede Burjasot-San Juan de Ribera (Aquí se encuentra la biblioteca central). Se imparten las titulaciones de Grado en Magisterio de Educación Física y Grado en Magisterio de Educación Infantil

Sede Burjasot-Santisima Trinidad (Instalaciones)

- Campus Torrent

Sede Torrent-La inmaculada donde se imparten las titulaciones de Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, Grado en Fisioterapia y Grado en Podología.

- Campus de Ribera

Sede Alzira-Mare de Deú del Lluch donde se imparten las titulaciones de Grado de Educación primaria, Grado en Maestro de Educación Infantil, Grado enfermería y Grado en Pedagogía

- Campus de la Costera

Sede Xativa-Sant Antonio Maria Claret donde se imparten las titulaciones de Grado en Actividad Física y del Deporte, Grado en Educación Primaria y Grado en Pedagogía.

De las 12 sedes que hay en los distintos campus que imparten estudios, 8 de ellos imparten estudios dedicados a la salud, es decir un 66.6% de las sedes se dedican al estudio de la salud, esto un ejemplo de la importancia que se le en nuestra época al bienestar de las personas y como aparecen titulaciones nuevas relacionadas con el estudio de la salud que unos años atrás no formaban parte de titulación universitaria.

Ilustración 1. Universidad Católica de Valencia



Fuente: www.ucv.es, 2015

III.2. LOS ESTUDIOS DE PRÁCTICAS EN LA UCV

La carrera de Grado en Enfermería tiene un total de 240 créditos de los cuales 78 son prácticas laborales es decir un 32,5% de los créditos de la carrera, aproximadamente un tercio de ella está dedicada a las prácticas profesionales ya que es un profesión donde la práctica es esencial porque debes salir siendo titulado para poder acceder a cualquier puesto de servicio de enfermería donde se trata con persona en un estado crítico y donde no puedes permitirte errores.

Tabla 4. Créditos Grado de Enfermería

CURSO	FORMACIÓN BÁSICA	OBLIGATORIO	MATERIAS OPTATIVAS	PRACTICAS EXTERNAS	TRABAJO FIN D GRADO	CREDITOS TOTALES
1º	42	18	0	0	0	60
2º	18	24	0	18	0	60
3º	0	30	6	24	0	60
4º	0	6	6	36	12	60
Total	60	78	12	78	12	240

Fuente: Elaboración propia, 2015

Los 78 créditos están divididos en 7 Practicum:

Tabla 5. Créditos Practicum de Grado de Enfermería

PRACTICUMS	CURSO	CRÉDITOS
I	2º	6
II	2º	12
III	3º	9
IV	3º	6
V	3º	9
VI	4º	18
VII	4º	18

Fuente: Elaboración propia, 2015

Los objetivos de las prácticas son:

-Trabajar en el ámbito general del ejercicio de la enfermería, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, y los cuidados integrales a las personas enfermas o incapacitadas, de todas las edades y en todas las situaciones, instituciones de salud y socio sanitarias y otros contextos comunitarios.

-Realizar educación sanitaria.

- Participar plenamente como miembro integrante del equipo de salud.
- Supervisar y formar a los propios profesionales y al personal auxiliar y sanitario.
- Iniciar, desarrollar y participar en programas y proyectos de investigación.
- Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables.
- Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familias o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.
- Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.
- Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familias o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas.
- Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.
- Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud-enfermedad.
- Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas.
- Establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud.
- Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria y utilizar adecuadamente los recursos disponibles.
- Trabajar con el equipo de profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales.

- Conocer los sistemas de información sanitaria.

- Realizar los cuidados de enfermería basándose en la atención integral de salud, que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial.

- Participar en la actividad enfermera y aprender a saber hacer, actuando y reflexionando desde la práctica.

- Relacionar teoría y práctica con la realidad de la labor enfermera.
- Adquirir destreza en las diferentes técnicas de enfermería.

- Saber aplicar el Plan de Cuidados de Enfermería.

- Identificar y observar el papel de enfermería dentro del equipo multidisciplinar.

- Conocer y observar formas de colaboración con los distintos sectores de la comunidad sanitaria y del entorno social.

- Favorecer la autonomía del paciente dentro de sus posibilidades

- Comunicar las experiencias y las reflexiones sobre la enfermería en los foros establecidos al efecto.

El Practicum del Grado en Enfermería puede realizarse en más de 190 centros públicos y privados de la Comunidad Valenciana, que incluyen: 30 hospitales, 110 centros de atención primaria y 55 centros geriátricos.

El alumno, durante su periodo de prácticas, es tutorizado por el Profesor Asociado Asistencial de Prácticas (PAAP), que debe mostrar al alumno, no sólo las técnicas propias de su labor profesional, sino que también debe ampliar la formación del estudiante en relación a los principios éticos en defensa de la dignidad de la persona mediante una relación de ayuda, empatía y cordialidad con pacientes y familiares.

Para la elección de centros al realizar las practicas, la Universidad tiene una fórmula basada en el número de asignaturas aprobadas y la nota media del curso, mediante esta formula aparecen en un listado donde por orden tienes preferencia a la elección del centro que has solicitado.

Centros con los que tiene convenio para poder realizar las prácticas:

❖ HOSPITALES

Tabla 6. Hospitales con los que la UCV tiene convenio

Alcer, Centro de hemodiálisis	Hospital Arnau de Vilanova	Hospital Francisco de Borja (Gandia)	Hospital Padre Jofre
Hospital Intermutual de Levante	Hospital Católico Casa De Salud	Hospital General de Albacete	Hospital Quirón Valencia
Centro Municipal Mislata - SERMESA	Hospital de Atención a Enfermos Crónicos y de Larga Estancia HACLE (Militar)	Hospital General de Ontinyent	Hospital Universitario Dr. Peset
Clínica Fontana	Hospital de Denia	Hospital General de Requena	Hospital Universitario La Fe (Campanar)
Clinica TECMA	Hospital de la Plana	Hospital General Universitario de Valencia	Hospital Universitario y Politécnico La Fé (Bulevar)
ERESA	Hospital de la Ribera	Hospital General Virgen de la Luz (Cuenca)	Hospital Virgen de los Lirios Alcoy
Fundación Instituto Valenciano de Oncología (FIVO)	Hospital de Sagunto	Hospital La Malvarrosa	Hospital Virgen de los Lirios Alcoy
Fundación Oftalmológica del Mediterráneo FOM	Hospital Dr. Moliner	Hospital Lluís Alcanyis (Xàtiva)	Sanitas Milenium

Fuente: Elaboración propia 2015

❖ RESIDENCIAS
Tabla 7. Residencia con los que la UCV tiene convenio

Ballesol	Bálica (Benicolet)	María Auxiliadora (Picanya)	Sanitas Mas Camarena
Care Valencia	Benimeli Club	NovaCanet	Santa Elena (Torrent)
El saler centro de mayores	Cantallops (Massamagrell)	Parqueluz	SarQuavitae
Gerisan	Cap Blanc (Cullera)	Pública de Silla	Vall D'uíxó (Hogar Sagrada Familia)
Gesmed Solimar UTE, Alto Palancia de Segorbe	Comunidad de Valencia	San Juan (Valencia)	Savia
GESMED Velluters	Francisco Ramón Pastor y Congregación Madres Desamparados (Catarroja)	Selegn residencial para mayores	UTE Pto. Sagunto
Lares	Geriana	Sercoval	
Novaedat	Lope de Rueda (Torrent)	Solimar	

Fuente: Elaboración propia, 2015

❖ CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA
Tabla 8. Centros atención primaria con los que la UCV tiene convenio

Alberic	Auxiliar Raval de Cullera	Cárcer	Guadasuar Guillem de Castro
Alboraya	Ayora	Carlet	Ingeniero J. Benlloch
Alcasser	Barrio del Cristo	Catarroja	Juan Llorens (especialidades)
Alcoy La Fábrica	Bellreguard	Chiva	Juan XXIII
Alcudia de Crespins	Benaguasil	Cocentaina	L'Alcudia
Aldaia	Benifaio	Convento Jerusalén	La Coma (Paterna)
Alfajar	Beniopa (Gandía)	Corea (Gandia)	L'Ollería
Algemesí	Bétera	Cullera	Lliria
Alginet	Bilbao	Denia	Padre Jofre
Almássera	Campamento (Paterna)	Economista Gay	Paiporta
Almenara	Campanar	El Grau (Gandía)	Picanya
Almussafes	Canals	Faura	Pobla Llarga
Alzira I	Cañada (Paterna)	Favara	Puerto de Sagunto I
Aux Raval de Sagunto	Carcaixent	Gil y Morte (auxiliar)	Puzol

Fuente: Elaboración propia 2015

IV. PRACTICAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE

El departamento de “Salut Valencia La Fe” engloba:

- Hospital Universitari Politecnic La Fe
- Centro Sanitario Campanar (Las antiguas instalaciones), donde dispone:

-De un área de hospitalización de crónicos

-De un punto de atención de urgencias a las personas adultas abierto 24 horas (Esta unidad atiende patologías de un grado menor que no precisan hospitalización)

- De un servicio de analíticas, de radiología y de farmacia.
- Centros de Especialidades (Servicios Ambulatorios)
- Centros de atención primaria (20 centros):

- 12 Centros de salud

- 8 Consultorías Auxiliares

En este Departamento en total trabajan unas 7.000 personas: más de 1.100 médicos, 400 residentes en formación, cerca de 3.800 personas el área de enfermería entre matronas, diplomados universitarios, auxiliares, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, técnicos de radiodiagnóstico, etc. siendo el resto lo completa personal de gestión y servicios generales.

Como vemos es una extensa red sanitaria integrada en la Generalitat Valenciana. Es un Departamento de referencia que además está abierto a las demandas de otros departamentos y Comunidades Autónomas por su importancia.

Presta atención sanitaria universal, integral y personalizada en régimen de urgencia, diagnóstico, curativos y rehabilitadores, garantizando que continua la asistencia de la persona enferma para así lograr la máxima salud de la población a la que trata.

También desarrolla investigación y docencia pre y post grado en las ciencias de la salud.

Desarrolla sus actividades con criterios de equidad y eficiencia, y su objetivo es ser unos de los mejores sistemas integrados de servicios de salud de

Europa, por sus resultados y la alta calidad asistencial y tecnológica. Además busca que sea reconocido por profesionales, pacientes y entorno social como excelente organización.

Para este Departamento el ciudadano es la referencia y centro de actuación de toda la organización y así se efectúa desarrollando los siguientes valores:

- Actividad emprendedora y afán de superación.
- Flexibilidad y adaptación para la innovación.
- Respeto mutuo, trabajo en equipo y sentido de la pertenencia a la Organización.
- Sentido de ética profesional.
- Respeto al medio ambiente.

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITECNIC LA FE

El *Hospital Universitari i Politècnic La Fe*, está situado en la Avenida Fernando Abril Martorell en la ciudad de Valencia en el barrio de Malilla, y se trata del principal proyecto sanitario de las últimas décadas en la Comunidad Valenciana.

Ilustración 2. Nuevo Hospital La Fe



Fuente: www.lafe.san.gva.es ,2015

El edificio tenía un presupuesto de 383 millones de euros, y está reconocido como uno de los mejores hospitales públicos de Europa. Actualmente tiene más de 120 millones de euros destinados en equipo tecnológico de última generación, tiene 195 locales de consulta y 116 de exploraciones especiales.

Su extensión es mayor a 260.000 metros cuadrados.

Es un hospital de titulación y gestión pública y tiene más de 40 años de vida su institución.

Hay que resaltar que ha incrementado los recursos que van destinados a hospitalización domiciliaria e unidad de cirugía sin ingreso. Aplica medios de prevención, medios de diagnóstico, medios curativos y medios rehabilitadores.

Es el centro hospitalario más poderoso de la Comunidad Valenciana y ofrece una asistencia sanitaria en régimen de urgencia, ambulatorio, hospitalización y domiciliario, y en todas las especialidades médicas y quirúrgicas tanto del niño, del adulto y de la mujer.

Siendo un hospital universitario realiza las labores de investigación y docencia tanto de pregrado como de postgrado y coopera con una gran variedad de instituciones y centros implicados en la salud y en la atención primaria.

En total, tiene adjudicada una población de más de 300.000 habitantes y acoge a pacientes de otros departamentos y de otras Comunidades Autónomas.

En este momento dispone de 1.000 camas para pacientes que se encuentren en una situación aguda y crítica (todas sus habitaciones son individuales para mayor comodidad del enfermo y su familia, dotadas todas de inmuebles modernos).

Su actividad anual es:

- Unos 500 nacimientos.
- Unos 5.000 ingresos.
- Unas 30.000 intervenciones quirúrgicas.
- Unas 240.000 urgencias son atendidas.

Su plantilla es de más de 600 profesionales y además recibe a más de 400 residentes en prácticas anualmente y a más de 100 estancias formativas de médicos de otros centros hospitalarios de España o de fuera de nuestro país.

Es una de las primeras preferencias para muchos profesionales de la salud

y especialistas que deben de realizar una residencia. Es el primer hospital en ranking de elección de la Comunidad Valenciana y el sexto en toda España.

La Fe es el primer hospital Español que es acreditado para hacer cualquier tipo de trasplante de órganos y tejidos (su unidad de cirugía y trasplante hepático dirigida por el Doctor José Mir Pallardo hasta el año 2010 sigue siendo un referente a nivel Europeo). La unidad acogió en 1991 el primer trasplante de hígado en la Comunidad Valenciana, más tarde en 1996 el primer trasplante infantil y en 2008 el primer trasplante de células hepáticas en España.

En el 2004 el Doctor Miguel Ángel Sanz y el Doctor Guillermo Sanz de la unidad de Hematología de La Fe publicaron un editorial y un artículo sobre el trasplante de sangre del cordón umbilical en la revista más influyente del mundo en el ámbito de la práctica y la investigación clínica a nivel científico, en la *“New England Journal of Medicine”*.

Hay que resaltar que es el hospital de referencia a nivel Europeo y Mundial en la modalidad de trasplante a adultos con enfermedades hematológicas malignas.

El centro también realizó el primer trasplante de cara, mandíbula y lengua en España y el primer trasplante de pierna en el mundo realizado por el cirujano “Pedro Cavadas”.

El Hospital dispone de varias unidades de adulto y pediatría que son referentes a nivel estatal designadas por el “Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad” del Gobierno de España como son:

-ADULTO

- La unidad multidisciplinar de Epilepsia.
- La unidad de Esclerosis Múltiple.
- La unidad de Patología Vasculor Raquímedular.
- La unidad de Quemados Críticos.
- La unidad de Ataxias y Hemiplejias Hereditarias.
- La unidad de Infecciones Osteo- Articulares.
- La unidad de Trasplante de Pulmón, de corazón y de progenitores Hematopoyéticos.

-PEDIATRÍA

- La unidad de Trasplante Renal Infantil.
- La unidad de Neurocirugía Pediátrica Compleja.
- La unidad de Enfermedades Metabólicas Congénitas Pediátricas.

Además la FE cuenta con 24 servicios de referencia (las Unidades de Referencia según el Decreto 186/1996, del Gobierno Valenciano por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de la Atención Especializada de la Conselleria de Sanitat son aquellos Servicios o Unidades a los que se asignan funciones con ámbito de influencia superior al del Hospital en la que se integran, y destacan por unas actividades asistenciales, docentes y de investigación) en la Comunidad Valenciana reconocidos por la Conselleria de Sanitat. :

Tabla 9. Unidades de Referencia de La Fe según GVA

Genética y Diagnóstico Prenatal	Fibrosis Quística	Sépticos del Aparato Locomotor
Coagulopatías Congénitas	Reproducción Humana	Neurocirugía Pediátrica
Oncohematología y Trasplante Médula Ósea	Tumores Músculo esqueléticos	Implantes Cocleares
Cirugía Artroscópica	Oxigenoterapia Domiciliaria	Tratamiento Quirúrgico de Raquis
Estudio y Tratamiento del Dolor	Endocrinología Pediátrica	Trastornos Conducta Alimentaria
Exploraciones Digestivas y Endoscopia Terapéutica	Asesoría Calidad Laboratorios Clínicos	Metaboloopatías Congénitas
Patología Hepatobiliopancreática y portal compleja	Asistencia al paciente diabético	Trastornos Bipolares
Fibrosis Quística	Protección Radiológica	Cirugía Cardíaca

Fuente: Elaboración propia, 2015

Y 12 servicios de referencia del Sistema Nacional de Salud:

Tabla 10. Servicios de Referencia según SNS

Quemados críticos	Tratamiento infecciones osteoarticulares resistentes (SEPSIS)	Esclerosis Múltiple
Trasplante Renal Infantil	Trasplante Progenitores Hematopoyéticos Alogénico Infantil	Neurocirugía Pediátrica Compleja
Trasplante Pulmonar Adultos	Epilepsia refractaria	Atención a la Patología Vasculor Raquimedular
Trasplante Cardiopulmonar Adultos	Ataxias y paroplejias hereditarias	Enfermedades Metabólicas Congénitas Infantil

Fuente: Elaboración propia.2015

En cuanto a la investigación el hospital LA FE tiene un gran recorrido. Está acreditado como Instituto de Investigación Sanitaria LA FE por parte del Instituto de Salud Carlos III del Gobierno de España desde el año 2009.

Tiene más de 50 equipos de investigación especializados en (cáncer, genética, trasplantes, toxicidad de fármacos).

Pública más de 500 artículos al año en revistas científicas.

EL TRASLADO A LAS NUEVAS INSTALACIONES

Entre el 29 de Noviembre del año 2010 y el 20 de Febrero del año 2011 se efectuó el traslado del Hospital a las actuales nuevas Instalaciones ubicadas actualmente el sur de la ciudad, tras 42 años en el barrio Campanar.

Ilustración 3. Antiguo Hospital La Fe



Fuente: www.lafe.san.gva.es , 2015

Este acontecimiento constituyó la operación logística de mayor envergadura que se ha llevado a cabo en el campo sanitario Español por el gran número de plantilla que componen el centro, la amplia infraestructura que tiene ,la gran variedad de enfermos y su diversos niveles de gravedad a los que había que trasladar.

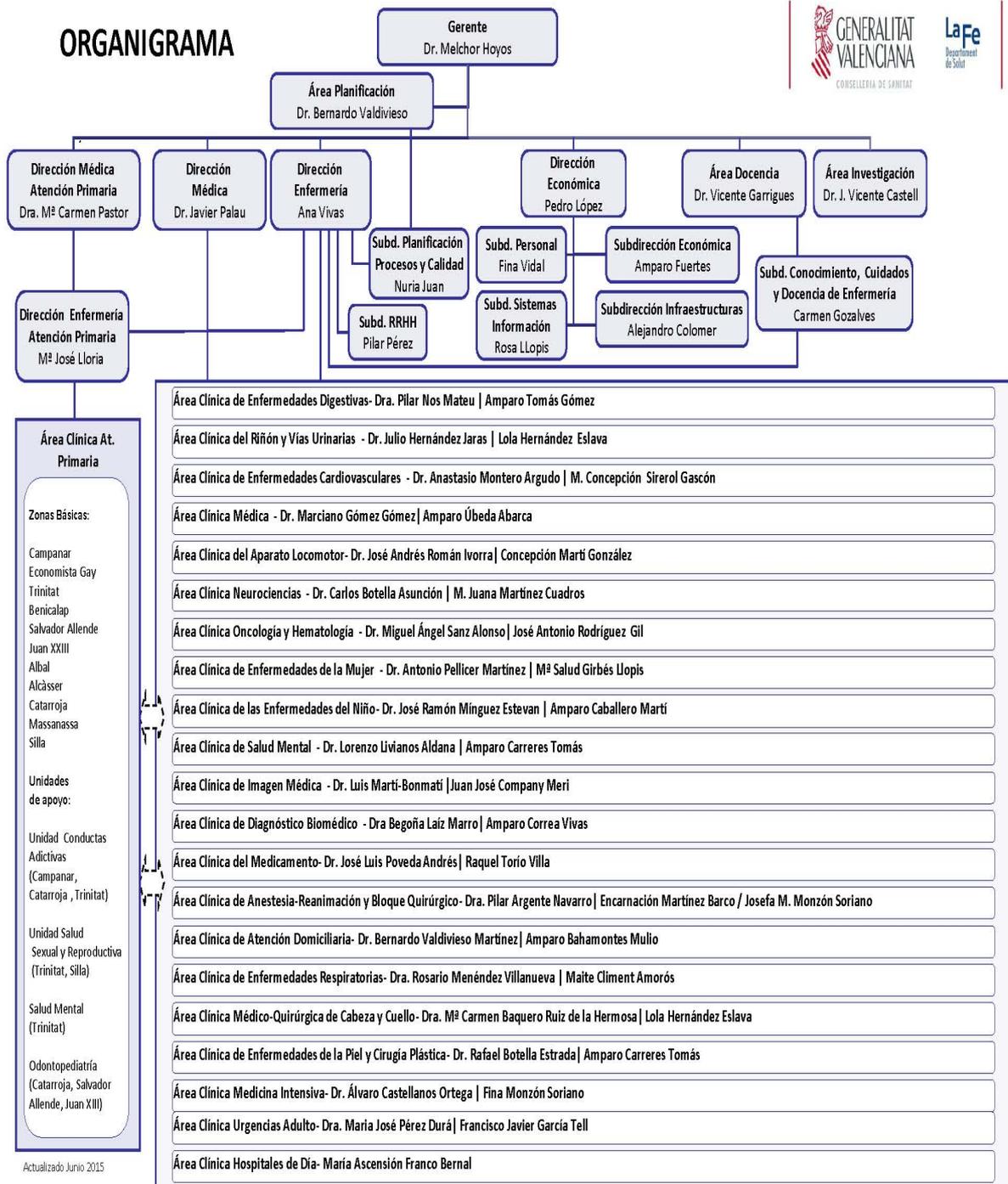
Más de 1.800 profesionales llevaron a cabo el traslado e hicieron falta más de 40 ambulancias para trasladar a todos los pacientes hospitalizados.

La gestión con la que se llevó a cabo el traslado fue reconocida por varios medios comunicativos tales como:

- “Levante-El Mercantil Valenciano” con su galardón “Importante” en el mes de Noviembre de 2011.
- “Diario ABC Salud” que reconoció la gestión otorgando el Premio Nacional en categoría de “Mejor Gestión Sanitaria” al gerente Melchor Hoyos en el 2011.
- “El Observatorio de Comunicación interna e Identidad Corporativa” compuesto por la consultora “Inforpress”, la revista “Capital Humano” y el instituto de empresas “Bussines School” galardonaron al Hospital LA FE de Valencia con uno de sus premios a las mejores prácticas en Comunicación interna por el traslado en año 2011.

IV.1. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE

Ilustración 4. Organigrama del Hospital La Fe de Valencia



Fuente: www.lafe.san.gva.es , 2015

Dentro de cada Área se encuentran los diferentes servicios y unidades clínicas que ofrece el Hospital.

El *Hospital Universitari i Politècnic La Fe* de Valencia cuenta con una amplia cartera de servicios que incluye todas las especialidades médicas y quirúrgicas que se ofrecen actualmente en la sanidad pública española.

Área del Aparato Locomotor

Rehabilitación

Reumatología

Cirugía Ortopédica y Traumatología (Unidad del Dolor Crónico)

Área del Bloque Quirúrgico, Anestesia y Reanimación

Anestesia

Reanimación (Cuidados Intensivos Pediátricos)

Área de Diagnóstico Biomédico

Análisis clínicos (Unidad de Metabolopatías Congénitas)

Anatomía Patológica

Microbiología y Parasitología (Unidad de Genética Humana)

Área de Enfermedades Cardiovasculares

Angiología y Cirugía Vasular

Cirugía Cardíaca

Cardiología

Hemodinámica

Electrofisiología (Ecocardiografía)

Área de Enfermedades Digestivas

Medicina Digestiva

Hepatología

Gastroenterología

Pruebas funcionales

Endoscopias y técnicas

Cirugía Aparato Digestivo (Cirugía Hepatobiliopancreática, Cirugía de Pared Abdominal: Coloproctología).

Área de las Enfermedades del Niño

Pediatría y sus especialidades

Cirugía Pediátrica (Neonatología)

Área de Enfermedades de la Piel y Cirugía Plástica

Dermatología (Cirugía Plástica)

Área de Enfermedades Respiratorias

Cirugía Torácica

Neumología

Endoscopias y técnicas (Pruebas funcionales)

Área de Enfermedades del Riñón y Vías Urinarias

Nefrología

Diálisis

Urología

Litotricia (Uro-dinámica)

Área de Hematología y Oncología

Oncología Médica (Unidad Consejo Genético en Cáncer)

Oncología Radioterápica

Radioterapia

Braquiterapia

Hematología y Hemoterapia (Hematología Oncológica)

Hemostasia y trombosis

Banco de Sangre (Diagnóstico Hematológico)

IV.2. DESCRIPCIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA REALIZADAS

La FE al ser un Hospital muy especializado de gran referencia, tiene como objetivo el desarrollar una actividad docente acorde a las referencias que tiene la institución y así seguir creciendo y mantener ese nivel que lo caracteriza.

Tiene actividad docente en Grado, Post-Grado, Formación especializada y continuada. La actividad docente la gestiona y administra el Área de Docencia y la Escuela de Enfermería de la FE que un futuro dará formación teórica a estudiantes de Medicina que hasta ahora su docencia se limita a las prácticas.

El Hospital LA FE tiene convenios con:

- Universidad Politécnica de Valencia (UPV) para la colaboración docente en la Biotecnología
- Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir (UCV) para ofrecer formación práctica a estudiantes de Enfermería y Fisioterapia
- Universidad de Valencia (UV) para la formación prácticas de Medicina y Fisioterapia
- Universidad Cardenal Herrera (CEU) para ofrecer prácticas de enfermería y fisioterapia

LA FE también recibe alumnos de Formación Profesional en ramas sanitarias y trabajadores sociales. En total recibe al año un total de 700 alumnos en prácticas.

Su actividad en la formación especializada es muy importante ya que oferta 46 especialidades que abarcan todos los ámbitos sanitarios (Biólogos, Farmacéuticos, físicos, enfermería...).

Es uno de los hospitales más demandados de España por residentes para realizar su especialización y así cada año se reciben más de un centenar de residentes de primer año que proceden de otros hospitales españoles y extranjeros.

Otra actividad formativa que ofrece el Hospital y muy importante es la formación continua de sus trabajadores, con el objetivo de mantener y lograr nuevos conocimientos de la profesión de la salud y así favorecer el desarrollo profesional.

Para lograrlo desarrolla programas formativos propios y de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES).

Su objetivo a largo plazo es continuar dando formación a todos los profesionales y así dar un mejor servicio aumentando la calidad de las prestaciones a la sociedad, además de seguir siendo un referente a nivel estatal en docencia y seguir siendo reconocidos por la comunidad científica por su excelencia.

La Subdirección de Enfermería del Área de conocimiento, cuidados y docencia, coordina y participa en la formación enfermera ya que es la encargada de coordinar y gestionar la docencia y formación continuada tanto del trabajador como de las personas en prácticas.

Para la Subdirección son puntos principales el desarrollo de los conocimientos y la salud integra de todas las personas que realizan actividades ya sean de carácter profesional o formativo, por este motivo se desarrolló un protocolo de accidente biológico que todas las personas que trabajen en el hospital deben conocer y con más importancia las personas en prácticas ya que es un conocimiento obligatorio que debemos saber antes incluso de acceder a nuestro lugar de formación:

PROTOCOLO EN CASO DE ACCIDENTE BIOLÓGICO

Si se produce un accidente biológico, terminamos lo que estamos haciendo con el paciente y lo dejamos en buen estado.

Acto seguido se comunica al supervisor lo ocurrido, de manera que actúe según el protocolo que tengan establecido en estos casos.

El centro evalúa la fuente.

Si se conoce la fuente: se comunica al servicio de medicina preventiva para que la analice y compruebe si es positiva o negativa en VIH, VHB o VHC. (Medicina preventiva notificará al alumno si la fuente es positiva o negativa)

Si es positiva: En caso de requerir profilaxis, se realizará por urgencias utilizando el SIP. Acto seguido notificará a la Secretaría de la Universidad el accidente rellenando los documentos que se le faciliten

En caso de que consideren que no se puede hacer profilaxis, el alumno irá a Urgencias de la Quirón comunicando lo ocurrido y con el documento que le expedirán en Medicina Preventiva del Hospital aconsejando su tratamiento. Allí le realizarán una analítica previa a la profilaxis/aplicarán profilaxis y tratamiento aconsejada

Si es negativa: El alumno se trasladará a la Clínica Quirón comunicando lo ocurrido con el documento que le expedirán en Medicina Preventiva del Hospital, en el que indique que la fuente es negativa (o comunicación verbal). Allí le realizarán una analítica previa a la profilaxis/aplicarán profilaxis y tratamiento aconsejada. Notificará a la Secretaría de la Universidad el accidente rellenando los documentos que se le faciliten.

Si no se conoce la fuente: se actuará como en el primer caso, pero sin tratamiento profiláctico, sino solamente con el seguimiento de analíticas debido a la agresividad y consecuencias de este tipo de tratamientos.

IV.3. SERVICIOS CLINICOS HOSPITALARIOS DONDE HE DESARROLLADO MIS PRÁCTICAS

Durante este curso 2014-2015 que corresponde a mi segundo curso del Grado de Enfermería he realizado 2 Practicums en dos periodos diferentes:

Tabla 11. División de practicum realizados

PRACTICUM I	1 CUATRIMESTRE	17/11/2014 15/12/2014	-	114,22 H
PRACTICUM II	2 CUATRIMESTRE	23/3/2015 - 8/5/2015		228,45 H

Fuente: Elaboración propia. 2015

Dentro de cada Practicum habían dos periodos diferentes (A y B), realizándose el periodo A con antelación al B. La asignación de un periodo al alumno es mediante un sistema informático de forma aleatoria. No es así la asignación del hospital donde se van a realizar las prácticas ya que esta es mediante una fórmula que mide las variables de nota media, asignaturas aprobadas y créditos superados del alumno para finalmente poner al alumno en un ranking (siendo las personas con mejor nivel académico las primeras en encabezar la lista) y por el orden de este la elección de los lugares de prácticas.

En mi caso particular pude hacer las prácticas tanto la de Practicum I y Practicum II en el lugar donde había hecho mi primera elección, el *Hospital Universitari i Politècnic La Fe* de Valencia y siéndome asignado los periodos B en cada uno de los dos Practicums.

En todos los practicums tenemos la obligación de reunirnos al menos 2 veces con nuestro tutor de prácticas del Hospital para que exponerle nuestras dudas y así poder seguir desarrollando los conocimientos. El tutor es la persona encargada de evaluar nuestro paso por el Hospital mediante la observación y finalmente nos pondrá una nota que vale el 70% del practicum, el otro 30% se evalúa mediante la realización de una memoria escrita y un examen académico que se lleva a cabo antes de iniciar las prácticas para ver que llegamos con un nivel óptimo para la realización de estas.

PRACTICUM I

El servicio donde inicie mi primeros pasos en el mundo sanitario curiosamente fue el de Cirugía Cardíaca del Hospital La Fe, objeto de este trabajo, aquí pude poner en práctica todos los conocimientos que había aprendido durante curso y medio ya que el primer curso son todo conocimiento teóricos.

El practicum consta de 114h realizando 5h diarias por lo que salen un total de 23 días.

Al ser la primera toma de contacto no pude realizar la mayoría de maniobras técnicas que le corresponderían a un profesional enfermero debido a que son técnicas algunas de ellas difíciles y una peligrosidad alta, técnicas como extravasación de sangre, cosido cutáneo, sondaje, técnicas quirúrgicas, etc.)

En este Practicum al ser iniciativo debemos ir acompañados en todo momento a la hora de realizar nuestras actividades por un enfermero o medico titulado los cuales nos empezaran a enseñar los procedimientos que requieren cada servicio en concreto, por tanto nuestro nivel de autonomía es escaso y se limita a pocas tareas.

Actividades realizadas en las prácticas:

-DOCUMENTACIÓN: Introducir en el registro los datos pertinentes del paciente en una historia clínica utilizando los programas propios del Hospital; "Orion" y "Clinic".

-CAMBIOS DE POSICIÓN: Procurar la comodidad del paciente realizando cambios posturales.

-ENSEÑANZA DE MEDICAMENTOS: Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.

-CUIDADOS DEL DRENAJE: Mantener el recipiente a un nivel adecuado, fijar el tubo para evitar presión y extracción accidental, observar color y cantidad periódicamente.

En mi caso, nos han enseñado a tener un especial cuidado cuando el paciente lleva un redón, debemos de aplicar antiséptico en la zona de salida del redón y cubrir la zona con un apósito. Mantener la zona seca y limpia para evitar complicaciones. Enseñamos a los pacientes que tienen que evitar tirones en esa zona. Hay que vigilar el contenido del drenaje por que pueden aparecer abscesos, es decir, cuando el paciente presenta la zona tumefacta, roja, dura y drenajes no productivos, con fiebre o febrícula. También al retirar el drenaje puede aparecer un seroma. Además si llevan un redón recuperador, se debe de transfundir la sangre en menos de 5 horas para que el paciente pueda asimilarla sin ningún tipo de problema, se ha mantener la sangre a una temperatura adecuada según el protocolo y tener en cuenta que durante la transfusión de sangre no debe de suministrarse a la vez ningún fármaco ni suero fisiológico

-TÉCNICA DE RELAJACIÓN: Se favorece a una respiración lenta y profunda.

- PLANIFICACIÓN DEL ALTA: Preparación para trasladar al paciente.
- MONITORIZACIÓN SIGNOS VITALES: Recogida de datos cardiovasculares, respiratorios y de la temperatura corporal.
- VIGILANCIA: Vigilar a los pacientes más vulnerables constantemente.
- CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO: intervenciones para organizar o apoyar en la actividad física y la consecución y el gasto de energía (Enseñanza de actividad/ejercicio prescrito, Terapia de ejercicios de deambulación, Terapia de ejercicios con movilidad articular).
- APOYO NUTRICIONAL: Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional (Alimentación, Asesoramiento nutricional)
Según el tipo de intervención que ha recibido el paciente se valora que tipo de dieta y la progresión de ésta que debe de seguir. Además se ha de tener en cuenta factores como hipertensión, obesidad, diabetes, celiaquía... para dar las recomendaciones adecuadas en el momento del alta, tanto a los pacientes como a sus cuidadores informales.
- FACILITACIÓN DE LOS AUTOCUIDADOS: Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades de la vida diaria.
- CONTROL DE ELECTROLITOS Y ÁCIDO-BASE: Intervenciones para regular el equilibrio eléctrico/ácido-base y prevenir complicaciones (manejo de la hiperglucemia y Manejo de la hipoglucemia).

Se realiza el control de la glucemia en pacientes diabéticos, según los niveles se siguen las pautas del protocolo específicas, además en la hoja de tratamiento farmacológico el medico prescribe un protocolo de rescate.
- PREPARACIÓN QUIRURGICA: Provisión de cuidados a un paciente inmediatamente antes de la cirugía y verificación de los procedimientos / pruebas y documentación requeridos en el registro clínico.
- CONTROL DE LA PIEL/HERIDAS: intervenciones para mantener o reestablecer la integridad de los tejidos (Cuidados de las heridas)

Cuando recibimos al paciente en la unidad de hospitalización debemos de asegurarnos de que el apósito de la herida esté limpio. Además de hacer un seguimiento de la evolución de la herida y explicar al paciente los cuidados adecuados que debe de seguir una vez dado el alta.
- EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES: Intervenciones para facilitar el aprendizaje (Educación sanitaria, Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito,

Enseñanza: dieta prescrita, Enseñanza: medicamentos prescritos,
Enseñanza: procedimiento/tratamiento, Enseñanza: proceso de
enfermedad).

La importancia de enseñar a nuestros pacientes, por ello, debemos proporcionarle al paciente y/o cuidador, los conocimientos y recursos necesarios para facilitar este autocuidado, y aumentar su independencia. Comprobar que han entendido la información que se les ha explicado y darles la confianza suficiente para que planteen sus dudas.

PRACTICUM II

Estas prácticas las desarrolle en el servicio de Neumología de LA FE, haciendo un total de 228 horas a 7 horas al día por lo que fueron 33 días los que estuve realizando prácticas en este servicio.

En esta ocasión vamos al nuevo servicio con un conocimiento práctico más elevado puesto que ya hemos realizado prácticas en otro servicio, resultado de ello es el aumento de nuestra autonomía ya que estamos capacitados para poder desarrollar solos ciertas técnicas, siempre con la supervisión de un profesional.

Personalmente es el PRACTICUM con el que más satisfacción he tenido debido al poder realizar pruebas y técnicas más complejas y además con total autonomía.

Actividades realizadas en las prácticas:

-CONTROL DE LA ELIMINACIÓN: Sondaje vesical (Intervenciones para establecer y mantener las pautas de eliminación intestinal y urinaria regulares y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas).

En la unidad de hospitalización se lleva un seguimiento constante en pacientes que provienen del servicio de urología, haciendo lavados continuos y lavados de nocturnos para evitar infecciones y posibles complicaciones.

- CUIDADOS DE LAS PROTESIS: En el servicio de la unidad 2 se les advierte generalmente del cuidado de las prótesis de rodilla y hombro. No deben recibir golpes fuertes donde se encuentra la prótesis, no tienen que realizar demasiados esfuerzos y deben mantener la herida muy limpia para evitar que una infección desencadene la pérdida de la prótesis y tenga que entrar de nuevo a quirófano para reemplazarla por una nueva. Lo que se denomina rescate.

-CONTROL DE FÁRMACOS: Intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos. (Administración de analgésicos, administración de anestesia, administración de medicación intradérmica, administración de medicación intravenosa (IV), administración de medicación oral, enseñanza: medicamentos prescritos.

Todos los pacientes de la sala de la unidad de hospitalización tenían pautados según prescripción médica unos medicamentos, su vía de administración, a la hora adecuada y en la dosis correcta. Además de esto, se le informa al paciente sobre la medicación que está recibiendo y se le educa para que sea capaz de administrárselo tras el alta hospitalaria (ejemplo: la inyección de heparina).

-ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS INHALATORIOS E INTRADERMICOS

-CUIDADOS PERIOPERATORIOS: Intervenciones para proporcionar cuidados antes, durante y después de la cirugía (administración de anestesia).

Pude ver como preparaban y administraban los diferentes tipos de anestesia, tanto intravenosa con hipnóticos, analgésicos y relajantes musculares como inhalatoria, y la posterior vigilancia de la respuesta del paciente.

-CONTROL INFECCIONES: Intraoperatorio (Pude aprender y practicar las exigentes y necesarias medidas de esterilidad en un quirófano: todo el material usado en la cirugía, es estéril, corroborando esta medida que se incorporara más tarde a la historia clínica, el lavado de manos es el llamado quirúrgico, todas estas medidas se llevan a cabo tanto el personal sanitario como el paciente y con ello prevenimos infecciones nosocomiales en el quirófano).

-CONTROL DE RIESGOS CONTAGIOSOS: Intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos (Protección contra las infecciones).

En los casos que algún paciente tenga una enfermedad contagiosa tanto por contacto directo como por aire, se procede a aislarlo solo en un ambiente totalmente protector con estrecha vigilancia por parte del personal de cuidados en razón de la seguridad.

Con las técnicas de asepsia correspondientes y el aislamiento anteriormente comentado se minimiza el contagio y la transmisión de los agentes infecciosos.

También, además de seguir los protocolos de actuación cuando ya se ha diagnosticado un problema infeccioso, hay que analizar los factores de riesgo potenciales, determinar cuál de ellos tienen un riesgo para la salud y priorizar las estrategias de disminución de dichos riesgos para el individuo y/o grupo de personas.

V. PROPUESTAS DE MEJORA

V.1. DAFO/CAME

DAFO

FORTALEZAS

1. Alto índice de ocupación hospitalaria en el servicio de cirugía cardíaca.
2. Hospital de referencia en el panorama autonómico en el servicio.
3. Tecnología de vanguardia (TAC de 256 cortes; Equipos de Angiografía Vasular, etc).
4. Alta especialización médica.
5. Nivel alto de la calidad de los servicios médicos.
6. Buena opinión de los pacientes.
7. Incentivos por eficiencia en el uso de recursos.
8. Instalaciones modernas.
9. Alta profesionalidad de los recursos humanos.
10. Habitaciones individuales para hacer más cómoda la estancia del paciente.
11. Integración vertical y horizontal: abarca la mayor parte de servicios derivados en cardiología, así como servicios conexos a este.

OPORTUNIDADES

1. Ámbito de la salud en constante desarrollo científico y tecnológico
2. Aparición de nuevas técnicas sanitarias.
3. Captación de profesionales debido al mayor prestigio de la institución en comparación con otros hospitales.

DEBILIDADES

1. Saturación del servicio de cirugía cardíaca: la reordenación del mapa sanitario ha provocado que el Hospital tenga que atender a más pacientes cada día.
2. El nivel de endeudamiento de la Comunidad Valenciana y el Estado español, así como la política de recortes llevada a cabo para su control, ofrece cada año menos recursos para mejorar el servicio.
3. El Hospital tiene deficiencias en su diseño fruto de una mala planificación anterior a su construcción: accesos inadecuados, mala situación de las Urgencias, etc.
4. Bajo índice de enfermeros/paciente en comparación con hospitales de otras comunidades autónomas (País Vasco, Navarra, Cantabria, etc).
5. Diversidad de protocolos de actuación.
6. Carencia de profesionales dietéticos que planifiquen las dietas de los pacientes.
7. Largas listas de espera, tanto en el servicio de cardiología, como en el resto de servicios.

AMENAZAS

1. La crisis económica que dificulta la llegada de recursos al hospital, tanto públicos como privados (acuerdos de investigación, etc.) para el servicio de cirugía cardíaca.
2. Mayor competencia de la sanidad privada, que se vale de la saturación de la sanidad pública para aumentar su cuota de mercado.
3. Los pacientes son cada vez más exigentes, ya que crecen sus expectativas del servicio por su mayor confianza en los avances científicos y técnicos.
4. Insuficiencia de recursos a corto plazo, por la absorción de un mayor número de pacientes provenientes de otras zonas.
5. Existencia de diferentes organizaciones que ofrecen un servicio similar al público (tanto clínicas privadas, como hospitales privados, etc.).

MANTENER LAS FORTALEZAS

El Hospital La Fe de Valencia, y su servicio de cirugía cardíaca tiene muchos puntos fuertes que ha de saber guardar bien para continuar siendo en el futuro un servicio de referencia a nivel autonómico, y estatal, pionero en muchas de las técnicas usadas hoy día.

EXPLOTAR LAS OPORTUNIDADES

1. Aprovechar esos avances para ofrecer un mejor servicio que facilite la recuperación y mejore los ratios de intervenciones exitosas.
2. Firma de acuerdos de investigación con diversas universidades que sirva para que avances técnicos de reciente descubrimiento puedan aplicarse lo antes posible. Participación en congresos donde se presenten estos avances.
3. Internacionalizar la marca del Hospital La Fe de Valencia para captar nuevos profesionales para el servicio de cirugía cardíaca del Hospital como otros. Esto podría lograrse publicitando mejor los éxitos del Hospital, sus reconocimientos, etc., mejorar su representación institucional, firma de convenios con otros hospitales del mundo, etc.

CORREGIR LAS DEBILIDADES

1. Saturación del servicio: elevación del número de trabajadores, ampliación de zonas habilitadas, agilizar procesos, etc.
2. Ante la falta de recursos: aprovechamiento al máximo de los obtenidos, optimizar y exprimir cada euro de financiación.
3. Para combatir las deficiencias de diseño de las instalaciones: solventar con el tiempo esas carencias y hacer una buena planificación previa a la hora de acometer nuevas ampliaciones en el servicio del hospital
4. Bajo índice de enfermeros/paciente: conseguir desde la comunidad más recursos por parte del estado y con esto aumentar los ratios de enfermero/paciente, recursos per cápita, etc. Aunque esto sé que es difícil y depende de los designios del político de turno, y su voluntad de acometer reformas estructurales del sistema.
5. Diversidad de protocolos de actuación: desde el Hospital La Fe de Valencia debería acometerse la unificación de criterios protocolarios con el fin de establecer uno único para facilitar comprensión y tareas, así como evitar confusiones.
6. Carencia de profesionales dietéticos: aumentar el número de dietistas con el fin de ofrecer unas dietas más amoldadas a las necesidades del paciente.
7. Ante las largas listas de espera, relacionado con la saturación del servicio, debería deducirse si es una situación temporal o indefinida. Ante la primera opción, cabría la posibilidad de aumentar los turnos de los cirujanos, aumentar la contratación, o llegar a convenios temporales con empresas privadas con el fin de desatascar esa situación.

AFRONTAR LAS AMENAZAS

1. Crisis económica: la crisis económica, que afecta a todo, no debe entorpecer el buen hacer del servicio de cirugía cardíaca del Hospital, este ha de seguir manteniendo los niveles de calidad que tiene hoy día.
2. Mayor competencia con la sanidad privada: esta competencia que se aprovecha de los menores recursos de la sanidad pública, así como su privatización, debe convertirse en un reto con el que mejorar el servicio, más que como la amenaza que representa.
3. La exigencia de los pacientes es garante de un servicio extraordinario, cuanto más exigentes son estos, mejor será este en el futuro.
4. La insuficiencia de recursos obliga a los gestores a exprimir más cada euro obtenido. De esa limitación surgen algunas veces ideas geniales que servirán para ahorrar, y en el futuro, ya sin carencias, disponer de más recursos.
5. La existencia de diferentes clínicas y hospitales de carácter público que compiten en un mismo sector no es siempre negativo. Eso puede desarrollar más los estudios universitarios de este sector en esta zona, desarrollando técnicas y conocimientos nuevos mediante la investigación. La firma de acuerdos de colaboración es un ejemplo de ello.

V.2. ELECCIÓN DE LAS MEJORAS

En cuanto a las mejoras que propondré, hay que resaltar previamente que estas podrían ser consideradas generalistas, porque lo son, siendo su aplicación posible indistintamente en otras ramas de los servicios hospitalarios. Sin embargo, hay que tener en cuenta que no es este un TFC sobre métodos quirúrgicos avanzados, ni contiene un alto contenido de especialización médica. Con todo, la implantación de algunas de las medidas que aquí se proponen en el servicio de cirugía cardíaca del Hospital La Fe de Valencia haría que este mejorase, bien en la parte que afecta al personal laboral, como a los pacientes, como a los familiares de estos.

1. Incremento de la aplicación de jornadas laborales de 12 horas en lugar de 8, para el cumplimiento de las 40 horas efectivas semanales.

En mi experiencia en las prácticas en el departamento de cirugía cardíaca del Hospital La Fe de Valencia advertí que el personal con jornadas laborales más extensas afrontaba, sin embargo, más alegremente su trabajo, incrementando su rendimiento y satisfacción en el puesto de trabajo.

Aunque pueda resultar paradójico, la explicación es bastante sencilla. Pese a que las jornadas laborales resultaban más extensas, también se incrementaban sin embargo sus períodos de ausencia en el puesto de trabajo, disfrutando de más días libres a la semana. Este hecho, aplicado a una profesión cargada de gran tensión por las diversas características de su propio desempeño (ver la sintomatología de una enfermedad, la evolución negativa de un paciente, el fallecimiento de alguno de estos, etc.), resultaba una válvula por la que escapaba gran parte de ese estrés y tensión diarios haciendo más llevadera la profesión y como digo, más satisfactoria y productivamente.

Con el fin de reforzar esta tesis realicé una serie de cuestionarios entre el personal con el que había compartido mis horas de prácticas, tanto en el servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital La Fe de Valencia, como en el de Neumología.

Dentro de dicho cuestionario, partes del cual iré abordando conforme adelante propuestas, pues contiene preguntas destinadas a cada una de ellas, había una serie de cuestiones referidas a este apartado concreto, los resultados de las cuales pasaré a compartir. En el anexo podrán encontrar dos cuestionarios resueltos, así como una hoja resumen que contiene los resultados obtenidos en estos cuestionarios.

A la pregunta de *¿Cuál es su turno laboral?*, de una muestra de 50 profesionales, el resultado fue que la mayoría disfrutaba de turnos de 8 horas, 38 de ellos, seguido de 11 que tenían turnos de 12 horas y 1 de 24. Una vez clasificados, la siguiente cuestión se refería a la satisfacción que estos sentían con su turno, resultando que la inmensa mayoría de los que disfrutaban el turno de 12 horas estaban satisfechos o muy satisfechos con él (10/11), siendo para el de 8 horas menos del 50%, (17/38).

Lo que sí quedó claro, es que para la mayor parte de los encuestados el turno laboral tenía una gran importancia en el desempeño de sus funciones (39 muchísimo por 11 que no lo pensaban así).

Gráfico 1. Respuesta a pregunta del cuestionario



Fuente: Elaboración propia. 2015

Estos resultados, aunque la muestra no sea suficientemente característica, me llevan a pensar que es posible que el personal sanitario en su conjunto, considere que el turno de 12 horas se amolda mejor al desempeño de la actividad.

2. Solventar la carencia de personal sanitario

Como deja patente el *Informe Anual sobre RRHH sanitarios en España y en la UE* que realiza cada año el Consejo General de Enfermería, España es uno de los países con menos personal sanitario cada 100,000 habitantes.

Mientras la media de la Unión Europea se situaba en 2015 por encima de los 750 enfermeros para el ratio antes comentado, en España apenas superábamos los 500. Muy lejos de los países que encabezaban la lista, como Finlandia (2.356), Luxemburgo (1.700) y Dinamarca (1.585). Si la diferencia poblacional respecto a estos países pudiera levantar suspicacias de tal desigualdad, países más semejantes al nuestro seguían estando por encima de nuestro nivel. Encontrábamos pues a Alemania con 1.145 enfermeros por cada 100,000 habitantes, Reino Unido con 947 y Francia con 930.

En lo que respecta al número de médicos la dispersión del resultado de cada país respecto a la media de la Unión Europea no suponía una gran diferencia. Pese a esto, España salía reforzada en este ratio mostrando unos números superiores a los de la media, situándose en los primeros puestos con 396 médicos por cada 100,000 habitantes, quedando la media en 340.

Tabla 12. Consejo General Enfermería.

RATIO DE ENFERMEROS EN LA UNIÓN EUROPEA		
Ranking	País	Ratio enfermeros / 100.000 hab.
1	Finlandia	2.356
2	Luxemburgo	1.709
3	Dinamarca	1.585
4	Bélgica	1.540
5	Irlanda	1.513
6	Alemania	1.145
7	Reino Unido	947
8	Francia	930
9	República Checa	847
10	Eslovenia	829
11	Austria	781
	Unión Europea	759
12	Lituania	717
13	Malta	706
14	Hungría	641
15	Estonia	640
16	Croacia	569
17	Rumania	542
18	Polonia	540
19	Portugal	530
20	España	528
21	Letonia	487
22	Eslovaquia	471
23	Bulgaria	470
24	Grecia	374
25	Italia	357
26	Chipre	351
27	Suecia	73
28	Países Bajos	15

RATIO DE MÉDICOS EN LA UNIÓN EUROPEA		
Ranking	País	Ratio médicos / 100.000 hab.
1	Grecia	606
2	Austria	477
3	España	396
4	Portugal	388
5	Bulgaria	376
6	Suecia	375
7	Alemania	371
8	Lituania	370
9	Bélgica	369
10	Italia	364
11	República Checa	358
12	Hungría	341
13	Francia	338
	Unión Europea	338
14	Dinamarca	337
15	Estonia	326
16	Malta	322
17	Irlanda	310
18	Eslovaquia	296
19	Letonia	291
20	Finlandia	286
21	Países Bajos	283
22	Croacia	280
23	Luxemburgo	278
24	Reino Unido	276
25	Eslovenia	245
26	Rumania	237
27	Chipre	217
28	Polonia	207

Fuente: www.consejogeneralenfermeria.org , 2015.

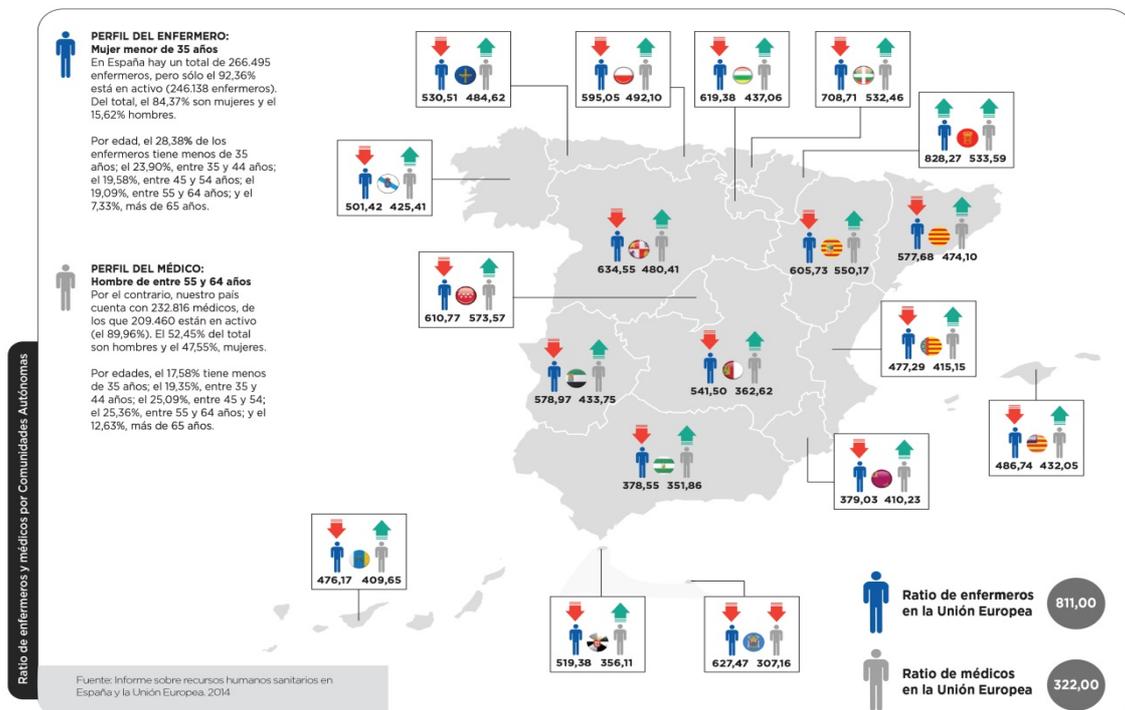
La suma de ambos, arrastrando la gran desigualdad en cuanto al número de enfermeros, deja el cómputo global con un número total inferior a la media,

y, teniendo un Sistema Nacional de Salud considerado uno de los mejores del mundo, da idea de la encomiable labor que deben realizar los trabajadores de este para ofrecer un servicio sanitario excelente.

Si centramos el análisis en Valencia, cuyo Hospital de referencia es objeto de este trabajo, los datos son aún más desalentadores. La diferente financiación recibida por las comunidades autónomas hace que los servicios impartidos en unas u otras sean cualitativamente distintos, pese a que la Constitución Española reza en su artículo 139.1, “*Todos los españoles tienen los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio del Estado*”.

Este mapa de España y sus comunidades, con los diferentes ratios para cada una de ellas demuestra esta idea. Los datos incluidos, ya de 2015, difieren ligeramente de los del año 2013, aunque las desigualdades se mantienen constantes. La media europea de enfermeros sube, a 811, manteniéndose prácticamente plano el número en España (508), mientras que en cuanto a los médicos ambos ratios caen de forma similar.

Gráfico 2. Ratio Enfermero/ Médicos Consejo Superior General Enfermería.



Fuente: Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la UE, 2015

Aquí vemos representado claramente lo que decía anteriormente. Como existen tremendas desigualdades entre las diferentes Comunidades

Autónomas, siendo la Comunidad Valenciana, una de las que más aportan al PIB español, una de las más perjudicadas de este reparto.

Así pues, podemos observar como Cantabria, con un PIB per cápita superior en un 5% al nuestro, recibe más del 25% más de recursos per cápita destinados a la Sanidad. También el caso de Canarias, que con un PIB per cápita similar, recibe cerca de un 20% más. Más sangrante resulta compararnos con Extremadura que con un PIB inferior en un 20%, recibe casi el 20% más de recursos, ambas cifras per cápita.

Tabla 13. Recursos, PIB y población autonomías

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	2014		2015		Variación interanual	Población (2014)	% del Total	Recursos per cápita	PIB (2015) M.€	PIB per cápita
	miles de euros	% del Total	miles de euros	% del Total						
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA	8.204.893	8,458,779	15,86%	3,09%	8.402.305	18,03%	1.007	141.704	18.864,90	
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN	1.805.304	1.800.433	2,96%	-0,30%	1.325.385	2,84%	1.208	33.162	25.020,65	
PRINCIPADO DE ASTURIAS	1.486.066	1.496.453	2,77%	0,77%	1.050.917	2,26%	1.424	21.441	20.402,18	
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ILLES BALEARES	1.195.017	1.318.084	2,44%	10,30%	1.103.442	2,37%	1.195	26.845	24.328,42	
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS	2.607.637	2.633.376	4,88%	0,99%	2.104.815	4,52%	1.251	41.523	19.727,62	
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA	786.713	788.822	1,46%	0,27%	588.656	1,26%	1.340	12.229	20.774,44	
COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN	3.200.341	3.275.726	6,06%	2,36%	2.484.790	5,35%	1.313	53.989	21.640,70	
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA	2.390.245	2.423.201	4,49%	1,38%	2.078.611	4,46%	1.166	37.844	18.206,39	
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA	8.290.594	8.466.990	15,87%	2,13%	7.518.903	16,14%	1.126	199.786	26.571,16	
COMUNITAT VALENCIANA	5.374.512	5.492.995	10,17%	2,20%	5.004.844	10,74%	1.098	99.345	19.849,77	
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA	1.324.428	1.404.483	2,80%	6,04%	1.099.832	2,36%	1.277	17.229	15.667,97	
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA	3.302.150	2.959.856	5,48%	-10,37%	2.748.895	5,90%	1.077	54.658	19.865,07	
COMUNIDAD DE MADRID	6.960.624	7.292.488	13,50%	4,46%	6.454.440	13,85%	1.130	197.699	30.629,92	
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGION DE MURCIA	1.623.243	1.648.424	3,05%	1,55%	1.466.818	3,15%	1.124	21.122	14.399,88	
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	893.089	933.439	1,73%	4,52%	640.790	1,38%	1.457	17.887	27.913,98	
COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO	3.437.225	3.469.389	6,42%	0,94%	2.188.985	4,70%	1.585	64.295	29.372,08	
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA	351.029	353.430	0,65%	0,68%	319.002	0,68%	1.108	7.851	24.611,13	
		54.016.366			46.591.030					

Fuente: Elaboración propia, 2015.

Con todo, vemos que los recursos que recibe la Comunidad Valenciana por este concepto, son muy inferiores a la media estatal, apenas 1.098€ por ciudadano, ocupando los últimos puestos entre las Comunidades. Lejos pues del País Vasco y Navarra que ocupan los primeros puestos (1.585 y 1.457€ respectivamente), y ligeramente por encima de Andalucía, que apenas sobrepasa el millar de euros por habitante, siendo la que menos recibe por este concepto.

Estos hechos condicionan el mapa autonómico que veíamos anteriormente y que hacen que nuestra comunidad se sitúe en la cola en cuanto a número de enfermeros y médicos cada 100,000 habitantes en comparación con el resto de autonomías. Muy por encima del norte peninsular, considerado como el que contiene mayor dotación de personal sanitario, pero también de Extremadura, Castilla y León, Aragón, etc. A resultas de un reparto desigual y en mi opinión injusto, en base a la aportación al PIB visto per cápita.

Por otro lado, en referencia al cuestionario que realicé, una de las cuestiones, referida a esta carencia de personal (*¿Cree usted que es suficiente el número de profesionales sanitarios para atender*

satisfactoriamente en un buen nivel de calidad a los enfermos?), dio como resultado que una gran mayoría de los encuestados también compartía esta opinión. En total fueron 19 los que opinaban que el número era *totalmente insuficiente*, y 15 los que pensaban que era *insuficiente*. Por el contrario, 11 opinaban que este era *suficiente*, y 5 que había *un exceso o demasiado exceso* de personal en este servicio.

3. La existencia de un protocolo común, tanto a nivel hospital, como servicio

Generalmente, tanto en el servicio sanitario a nivel español como en el autonómico, también así en el Hospital La Fe de Valencia, existe una multitud de protocolos de actuación diferentes, dependiendo del ámbito de actuación.

Este hecho produce que una misma actuación en el servicio de cardiología sea diferente al de neumología, por ejemplo, dificultando el quehacer del trabajador sanitario que, si cumple su función en diferentes de estos departamentos, tiene que memorizar los diferentes protocolos y tener en cuenta cuál de estos tiene que usar en el ámbito que se encuentre.

Como digo, este no es un problema que acontezca únicamente a nivel interno de un mismo centro hospitalario, si comparamos los protocolos de los hospitales de Valencia y Castellón, también son distintos, teniendo cada centro uno propio.

El establecimiento de un único protocolo impuesto a nivel autonómico, o mejor, estatal, para realizar unas tareas que son exactamente iguales pero cambian por esto las pautas para acometerlas (extracción de sangre, apertura de una vía, etc), conseguiríamos que para todo el personal fuera más fácil recordar estos procesos, y a la hora de rotar su acomodación a su nuevo centro sería más fácil. Con esto, conseguiríamos que en el servicio de cirugía cardíaca, base de este estudio, los trabajadores hicieran mejor su trabajo, más cómodamente, y además, las nuevas altas, aprenderían y mejorarían su desempeño más rápidamente. Su período de adaptación al nuevo puesto de trabajo sería más corto, de esta forma no se producirían molestias a los internos (pérdidas de tiempo por confusión de acciones de protocolo, problemas derivados de una aplicación incorrecta de protocolo, etc.), evitando que sus estancias se alarguen indebidamente, y su recuperación sea más pronta.

4. Que se incremente la presencia de profesionales dietéticos

Aunque en los últimos años ha habido un aumento de nutricionistas y dietistas en los centros sanitarios, debido al mayor desarrollo e importancia de esta ciencia en el ámbito de la salud, lo cierto es que el número de profesionales que actualmente trabajan en el Hospital es todavía insuficiente. Una alimentación adaptada a la enfermedad, al tratamiento y al tipo de recuperación que requiere el paciente es crucial en la marcha de esta.

Se ha demostrado que un adecuado diagnóstico del estado nutricional de los pacientes hospitalizados, y el tratamiento posterior, acorta las estancias hospitalarias. La nutrición es una de las variables más cruciales en la evolución de una enfermedad y diversos estudios apuntan de su importancia en el tratamiento de procesos patológicos.

Actualmente, en el Hospital La Fe de Valencia, el número camas se sitúa en las 1.000, con 125 nuevas hospitalizaciones diarias de media. Esto supone una importante labor a la hora de diseñar los menús diarios de los pacientes: qué deben comer, en base a sus alergias, su tratamiento, etc.

Con el fin de agilizar este proceso, la mayor parte de los hospitales -también La Fe- se dedican a ofrecer una serie de menús diferentes en base a las dolencias más comunes. Sin embargo, esto trae consigo una problemática, y es que algunos estudios apuntan a que cerca del 40% de los pacientes de un hospital pueden estar desnutridos. Normalmente esto no acarrea consecuencias porque las estancias son relativamente cortas, y una vez en casa el paciente inicia, con una diferente dieta, una mejor recuperación nutritiva.

Así pues, un aumento del número de profesionales en el Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital La Fe de Valencia, tanto Dietistas diplomados, como Técnicos Superiores en Dietética, permitiría una oferta nutricional más amoldada a las características de cada paciente, también los del servicio de cirugía cardíaca. Esto permitiría una mejor y una más pronta recuperación de estos, aliviando parte de la presión laboral y mejorando el servicio.

5. Mayor número de zonas de distendimiento y ocio

Una de las carencias que tiene el nuevo Hospital La Fe de Valencia, es que las instalaciones no cuentan con zonas que amenicen tanto la estancia de los pacientes, como la de los familiares que acompañan a estos.

Las instalaciones construidas en una zona donde anteriormente había unas naves industriales en desuso están bordeadas por la Ronda Sur, una avenida de cuatro carriles por sentido en la parte frontal, y el nuevo cauce del Turia en la trasera.

Las zonas ajardinadas más cercanas, están dispuestas al cruzar esa avenida, no habiéndose previsto de nuevas en el nuevo hospital. Este hecho, condiciona a los pacientes a discurrir sus horas en eternos pasillos entre idas y venidas con tal de ejercitar las piernas, sin irse demasiado lejos.

Además, es un hecho probado que los ambientes confortables que aportan tranquilidad y sosiego, facilitan una mejor recuperación y mejoran el ánimo.

Contrasta sin embargo, la dirección arquitectónica que llevan los nuevos centros proyectados (este mismo Hospital La Fe de Valencia, el Hospital de Manises, etc), con los que anteriormente se enmarcaban dentro de los cánones de la época. Tenemos por ejemplo aún en funcionamiento el Hospital General Universitario de Valencia, un centro que, a mi parecer, engloba tanto la funcionalidad del edificio como esa armonía que traen consigo zonas ajardinadas amplias y de paseo. Décadas más tarde, la construcción del antiguo La Fe, también cumplía, según mi opinión con estos parámetros. Hoy día prima la optimización del espacio y la economía de cualquier gasto que pueda resultar superfluo, como es el mantenimiento de jardines.

Ilustración 5. Hospital General de Valencia



Fuente: www.fihgu.general-valencia.san.gva.es ,2015

Por otro lado, y para acabar este punto, en el Hospital La Fe encontramos una carencia de servicios de ocio, tanto para pacientes como para familiares, y, los pocos ofertados, como la biblioteca, lo son gracias a la labor desinteresada de los profesionales sanitarios y el personal adjunto. Tampoco quiero decir que haya de convertirse un lugar como un centro sanitario en un sitio de recreo, pero está claro que estos servicios ayudan a hacer más llevadera la estancia, y más en aquellos internamientos de muchas jornadas donde la permanencia tantos días internado hacerse eterna.

6. Unificación de criterios para la construcción de centros sanitarios

Este punto puede guardar relación con el punto anterior, si realmente al final se adaptase ese criterio, y también por muchas de las deficiencias que arrastraba ese centro hospitalario, muchas de las cuales hoy día, para bien, se han resuelto.

Con la apertura del centro se advirtieron muchas carencias fruto de una mala planificación anterior, tal como la disposición de los diferentes servicios, algunos de los cuales estaban peligrosamente lejos de otros servicios conexos; ausencia de zonas de aislamiento para el ingreso de pacientes con enfermedades contagiosas, insuficiencia de escaleras de incendio para evacuar un sitio de tal magnitud, incluso servicios donde no entraban los carros de medicación por ser la puerta demasiado estrecha.

Por todo, creo que es conveniente que el diseño de un nuevo centro hospitalario, fruto de su importancia, no puede estar sujeto a los designios del político de turno y su interés de rédito electoral. Creo firmemente que debería establecerse un imperativo estatal a las diferentes comunidades del diseño que debería fijarse para creación de nuevos hospitales, con tal de que estos tuvieran al menos unas garantías técnicas y arquitectónicas y los fallos vividos en este hospital, que también ha sufrido el servicio de cirugía cardíaca del centro, no ocurriesen. O al menos, estos se aminoraran. De esta forma, además, se conseguiría que el ordenamiento de los hospitales fuera similar, así conseguiríamos que un paciente al entrar a un hospital por primera vez no se sintiera “perdido”, pues este sería similar al hospital construido en su ciudad o su provincia.

No quiero decir con esto que el Hospital la Fe de Valencia sea una absoluta calamidad. Su excelente recurso humano así como tecnológico, ya vimos en el punto 4, así como en el DAFO que el centro cuenta con tecnología de vanguardia y material de primera calidad, pero hay que admitir que sí se tomaron ciertas prisas a la hora de inaugurar el hospital, a todas luces inacabado.

7. *Habilitación de un servicio de información a pacientes y familiares*

Es cierto que si de algo carece la medicina es de una comprensión sencilla, y muchas veces el receptor del mensaje que queremos transmitir en este ámbito es una persona con capacidades limitadas, ya sea por la edad o su propia cultura.

En este sentido, explicar la repercusión de unas dolencias, un tratamiento específico, etc. a un familiar es una tarea complicada para un cirujano, que maneja unos términos más elevados, y también una pérdida de tiempo para él, comparado con el trabajo que normalmente desarrolla. Es totalmente comprensible que los familiares de los pacientes quieran recibir una explicación detallada de qué sucede con su familiar, y cómo se le va a reponer de esa dolencia, así cómo de que quieran conocer al doctor que va a llevar su operación. Sin embargo pienso que sería mucho más acertado este trámite si se realizara desde un servicio dispuesto especialmente para realizar esa acción, y no así por la visita inesperada del doctor de turno al paciente.

Este gabinete de consulta de los familiares tendría un horario amplio, y los familiares no tendrían inconveniente en consultarlo tantas veces como quisieran. Además, dentro de la formalidad del vocabulario manejado, usarían términos de mayor comprensión por todo el mundo, con material apropiado para dar las diferentes explicaciones. Este gabinete, además, estaría formado también por psicólogos que pudieran dar apoyo psicológico a los familiares de pacientes de difícil cura o tratamiento, con tal de que estos afrontaran la situación con mayor entereza.

Con esto, como decía, los doctores dispondrían de más tiempo para atender otros casos, con lo cual esto ayudaría a agilizar, muy ligeramente sí, las listas de espera. Digo ligeramente porque el tiempo que dedican los doctores a esta labor al cabo de la semana son apenas unas horas – pensemos en diez minutos por paciente- pero al cabo del año se convierten en algunos días. Sin embargo este hecho multiplicado por todo el equipo del hospital es una cantidad de trabajo potencial increíble. Además las explicaciones que se darían a los familiares serían más detalladas y de mayor calidad, por el mayor tiempo disponible y el servicio expresamente creado para ello.

8. Creación de un buscador online de sintomatologías y dolencias

Es frecuente hoy día que cuando sufrimos una dolencia, busquemos el motivo de esta en Internet. Internet se está convirtiendo cada vez más en una herramienta indispensable en el uso diario, y más todavía en las nuevas generaciones, es por esto que antes de acudir al médico, ante un dolor extraño, uno mire ahí de qué puede tratarse.

Sin embargo, Internet no es un sitio demasiado fiable, porque, además de webs especializadas, se compone también de aportaciones de gente que no tiene por qué saber realmente de qué está hablando, y, aunque sus intenciones sean buenas, sus recomendaciones pueden encontrarse en las antípodas de las de un profesional.

Es por este hecho, que pienso que sería verdaderamente útil que se impulsara desde las instituciones un servidor fiable donde buscar enfermedades en base a una sintomatología, o unas características propias. Este buscador, que sería indispensable se acompañara posteriormente si se requiere de una visita al médico de cabecera del paciente, estaría constituido en base a aportaciones médicas de total fiabilidad, así como imágenes, que ayudaran al posible enfermo a encontrar exactamente aquello que busca.

Con esto trataríamos que los ciudadanos no se guiaran por opiniones y recomendaciones vertidas en Internet, reduciríamos la automedicación y el autotratamiento y además, conseguiríamos que este acudiese a ver a un profesional en cuanto antes, con el fin de minimizar los efectos de una dolencia, para que el tratamiento posterior resultase más eficaz, y rápido.

Hay que tener en cuenta que algunas webs especializadas ya cuentan con servidores propios, sin embargo la dispersión entre ciencias médicas, hace que al final la cantidad de sitios web posibles dónde buscar sea inmensa. Se trataría pues de focalizar todos estos servidores desde un mismo punto, y además, darle el respaldo institucional del hospital, o, desde cotas superiores, el Ministerio o la *Consellería*.

V.3. CALENDARIO DE IMPLANTACIÓN

En cuanto a los tiempos que podrían necesitar estas propuestas para acometerse, dependen, lógicamente del tipo de medida propuesta. Algunas requieren de semanas, mientras que para otras los plazos pueden alargarse bastante más, por ser más difícil su implementación.

Así pues, en lo que respecta a la primera de las propuestas, “*la reorganización del horario laboral*”, su implantación podría hacerse rápidamente, sin embargo hay que tener en cuenta que eso ocasionaría múltiples problemas a corto plazo (confusión, descuadres, cálculo de sueldos, etc.). La forma de proceder más acertada sería empezar por las nuevas altas, que ya serían con el nuevo diseño de turnos, y posteriormente transformar gradualmente el resto de la plantilla, preferiblemente con la llegada del nuevo año.

La segunda propuesta es mucho más complicada, pues depende de la voluntad política de los políticos del Congreso, aunque los de aquí han de provocar esa situación si quiere darse. Hablamos pues de años vista, pues los aumentos del presupuesto serían graduales hasta llegar a la media estatal. Sin embargo, aunque se trata de la propuesta más complicada, pues es la que escapa de nuestras manos, se trata de la medida que más beneficio traería al sistema sanitario valenciano en su conjunto y, por ende, al servicio de Cirugía cardíaca del Hospital La Fe de Valencia.

Siguiendo con el orden en que las expusimos, la tercera de las proposiciones –*la creación de un protocolo único y común*– podría acometerse en un plazo aproximado de un año. Un gabinete técnico tendría que recoger los distintos protocolos del hospital (si desea hacerse el protocolario único a nivel provincial sería de la misma forma pero a mayor escala), con el fin de estudiarlos, y conformar con todos uno único, recogiendo las diferentes pautas de cada uno de forma lógica. Una vez redactado, debería repartirse por las distintas cúpulas departamentales con el fin de que lo estudiaran, para que dieran cuenta de los errores de aplicación que podrían darse. Recogidos esos errores, se redactaría de nuevo, corrigiéndolos. Quedaría repartirlos de nuevo, y de que estos se repartieran por todo el departamento.

En lo que respecta a *aumentar el número de profesionales dietistas*, esta medida guarda cierta relación con el punto dos, y es que con un mayor número de ingresos podrían contratarse un mayor número de profesionales, de todos los ámbitos. Sin embargo, no hablamos en esta propuesta como

allí de un número mayúsculo de estos, y esto podría acometerse con la decisión del gestor del centro, en un plazo muy corto de tiempo.

En cuanto a la creación *de un mayor número de zonas de distendimiento, así como zonas ajardinadas*, hablamos para el primer tipo de habilitar salas para ello y habilitar unos pocos recursos para ello (por ejemplo, sala de cine, con un pequeño proyector, una pantalla y algunas sillas), con lo cual el tiempo para su implantación es corto. En el segundo tipo ya hablamos de acometer algunas transformaciones importantes en el centro, con lo que posiblemente, de acometerse, sería más allá de medio plazo. Con una buena dotación de fondos, podría a meses vista quitarse un poco de hormigón para dar paso a un relajante jardín.

El siguiente punto, el de *unificación de criterios para la proyección de los nuevos centros*, también depende de la voluntad política para ello que haya. Hablamos pues de plazos a muy largo plazo de vista, si bien es cierto que la apertura de nuevos centros no es algo que se dé todos los días. En cuanto a las reformas que puedan acometerse para mejorar la funcionalidad del actual edificio, si se trata de asuntos especialmente importantes, su disposición para la puesta en funcionamiento debería ser inmediata.

La séptima de las propuestas, referida a la creación de un servicio de información a familiares y pacientes, podríamos decir que tendría una puesta a punto a corto plazo. Antes de nada cabría plantearse la función que va a acometer, con tal de fijar su ámbito de actuación concreto; donde se ubicaría el servicio, etc. Luego cabría pasar una serie de entrevistas con la finalidad de encontrar el perfil adecuado del personal que va a conformar dicho servicio, y por último, su puesta en funcionamiento. En unos cuantos meses calculo que el servicio podría estar activo, ayudando y orientando, entre otros, a los pacientes del servicio de Cirugía cardíaca.

Por último, la puesta en marcha de un servidor online de sintomatologías y enfermedades, tendría un período de implantación a corto plazo. Con la contratación de una empresa que se dedicara a confeccionar dicho buscador, así como su implementación web.

A continuación, y para terminar este punto, dejo un cuadro-resumen que recoge todos los plazos en que podrían llevarse a cabo estas propuestas.

NOTA: Ha de tenerse en cuenta que el periodo entendido por corto plazo abarca todo aquel menor a seis meses vista; el medio a dos años vista y el largo plazo todo aquel superior a este.

Tabla 14. Períodos para implementación propuestas

	PLAZO PARA SU IMPLANTACIÓN		
	Corto	Medio	Largo
PROPUESTA 1		x	
PROPUESTA 2			x
PROPUESTA 3		x	
PROPUESTA 4	x		
PROPUESTA 5	x	x	
PROPUESTA 6			x
PROPUESTA 7	x		
PROPUESTA 8	x		

Fuente: Elaboración propia, 2015

VI. CONCLUSIONES

Durante la duración de mis prácticas del Grado de Enfermería de la Universidad Católica de Valencia, en el Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Universitari i Politècnic La Fe, advertí una serie de carencias en el servicio que podían ser mejoradas.

Estas, abarcaban diferentes aspectos del servicio, algunos de los cuales se han transformado mediante este proyecto en propuestas, cuya consecución mejoraría, de forma importante, de conjuntarlas todas, la eficacia y la eficiencia con la que día a día se ofrece este servicio.

A grosso modo, estas propuestas, podrían ser agrupadas en dos grandes grupos, las dirigidas al personal sanitario, y las dirigidas tanto a pacientes como familiares, quedando una de las propuestas desubicada, porque ayudaría a ambos grupos que es la *Unificación de criterios a la hora de acometer construcciones de centros sanitarios*, que vimos la serie de beneficios que nos ofrecería, siendo una de las propuestas de más difícil implantación.

En el primero de estos grupos, el de aquellas medidas que inciden directamente en el personal sanitario, encontramos la necesidad de *contratación de un mayor número de empleados sanitarios*. La Comunidad Valenciana tiene, como demostramos, graves carencias de personal comparada con la media española, y con otras comunidades que deberían partir en desventaja, por tener estas una serie de dificultades que esta comunidad no pasa. Por otro lado, y en relación, a la necesidad de incorporar *más personal especializado en dietética*, con el fin de ofrecer a los pacientes menús más acorde a lo que nutricionalmente necesitan, con el fin de producir una recuperación más rápida. Vimos también la *divergencia protocolaria* actualmente existente, lo cual complicaba la introducción de nuevo personal, o la redistribución de este entre los servicios del hospital, alargando su tiempo de desarrollo y absorción de tareas y/o entorpeciendo una mayor agilización del servicio. Por último, también se propuso, y se aporta en el presente trabajo el resultado de una encuesta realizada entre el personal sanitario sobre *la disposición actual de turnos* y sobre qué creen más conveniente, dando como resultado que la mayor parte pensaba que resultaba más eficaz el turno de 12 horas, pues ofrecía más tiempo semanal para acumular menos estrés y relajarse del pesado trabajo rutinario.

En cuanto a aquellas medidas dirigidas hacia pacientes y familiares, segundo grupo en que podrían agruparse estas medidas propuestas, encontramos que sería beneficioso la construcción y la puesta en marcha de más zonas de ocio y ajardinados, pues estudios avalan que favorecen una recuperación más pronta. También se propuso la creación de un sistema de atención a pacientes y familiares, donde se dieran las pertinentes

explicaciones sobre una patología, una operación a realizar, etc. Ahorrando así tiempo a los doctores, trasladando a los que sufren la dolencia la voluntad de decidir cuando quieren tener la explicación, en lugar de esperar los designios o el momento que pueda el Doctor dar la consiguiente explicación. Por último, se ha comentado también la medida de crear un buscador online de patologías, un punto de referencia para el ciudadano de a pie donde informarse por mediación de una fuente fiable sobre un dolor que aqueja, o una dolencia, en lugar de perderse explicaciones vanas de Internet, de autores desconocidos. Esto, en mi opinión, reduciría la automedicación y haría que estos visitasen a profesionales, inducidos por las recomendaciones de esa página.

Sin embargo, es fácil pensar que la aplicación de cualquiera de estas medidas no será pronto. La situación socioeconómica que está pasando el país, y más concretamente esta comunidad, impide pensar que puedan disponerse de fondos a corto plazo. Es más, si echamos la vista atrás, estos llevan años reduciéndose o congelados. La llegada de la crisis allá por 2008 paralizó la actividad económica y con ella los ingresos del Estado, y, por ende las Comunidades. Al principio, con un interés anual relativamente barato, en comparación con décadas atrás, este hecho permitió a los gobiernos autonómicos y estatales compensar la diferencia entre los ingresos, en bajada, y los gastos, artificialmente mantenidos. La crisis de deuda europea obligó finalmente a restringir presupuestos y a optimizar recursos. Con todo, no se prevé una salida de la crisis hasta varios años vista, con lo cual, no es fácil pensar que, aun viendo las bondades que esto supondría para los ciudadanos, que estas lleguen a acometerse en un período relativamente corto.

En cualquier caso, estas propuestas, como se ha podido comprobar, tienen una funcionalidad expresa, con lo que es factible pensar que en el futuro seguirán manteniendo su filosofía. Su aplicación podría verse delegada en el tiempo sin que variasen las bondades de sus efectos, con lo cual, puede que en el futuro, sí las veamos.

BIBLIOGRAFIA

1. MONOGRAFÍAs

Navarro Ramon (2002), Historia de la Sanidad en España.
Madrid: Editorial Lunwerg.

Oltra Climent, Francisco (2008), Dirección de Organizaciones Públicas.
Valencia: Editorial Universidad Politécnica de Valencia.

Peña Daniel, Juan (2003), Introducción a la Estadística para las ciencias
Sociales. Madrid: Editorial McGraw-Hill

Pérez Santos (2004), Normas para la presentación de tesis, tesinas y
proyectos. Madrid: Universidad Pontifica Camillas .

Ramio Carles (2002), Teoría de la Organización y Administración Pública.
Barcelona: Editorial Tecnos.

2. CONSULTAS ELECTRÓNICAS

Colegio de enfermería de valencia. (En línea)
www.enfervalencia.org/pub/inicio/index.php (consulta en Mayo 2015)

Conselleria de Sanitat Valenciana. (En línea)
www.san.gva.es [consulta en junio 2015]

Comisiones Obreras. Análisis del presupuesto Sanitario 2014, ¿Por qué lo
llaman austeridad si quiere decir recortes? (En línea)
www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/30/pub130464_ANALISIS_DEL_PRESUPUESTO_SANITARIO_2014.pdf [consulta en julio 2015]

Hospital La Fe de Valencia. (En línea)
www.lafe.san.gva.es [consulta en junio 2015]

Instituto de salud global de Barcelona/ Zonas verdes (En línea)
<http://www.isglobal.org/-/las-personas-que-residen-cerca-de-zonas-verdes-enferman-menos-y-viven-mas-anos>
[Consulta en julio 2015]

Mapa ratios enfermeros estatal. (En línea)
http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/11394-recursos-humanos-sanitarios-una-foto-fija-inalterada-e-inalterable#.VaZ5vF_tmko [consulta en julio 2015]

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (En línea)
www.msssi.gob.es [consulta en Junio 2015]

Noticias Navarra, ratio Europeo de enfermeros (En línea)
<http://www.noticiasdenavarra.com/2015/05/07/sociedad/navarra/navarra-la-unica-comunidad-que-cumple-el-ratio-europeo-de-enfermeros>
[Consulta en julio 2015]

Organización colegial de enfermería (En línea)
http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/2587-la-sobrecarga-de-trabajo-y-la-formaci%C3%B3n-de-las-enfermeras-afectan-a-la-supervivencia-del-paciente#.VXmxCc_tmko
[Consulta en julio 2015]

Organización Mundial de la Salud. (En línea)
www.who.int/es [consulta en Mayo 2015]

Ratios Enfermera / Paciente (En línea)
<http://www.seguridadelpacienteyenfermero.com/ratios.html>
[Consulta en julio 2015]

Tabla médicos y enfermeros (En línea)
http://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/InformeRRHHSanitarios2013. [Consulta en julio 2015]

ANEXOS

ENCUESTA TRABAJADORES

PROFESIÓN:

¿Cuál es su turno laboral?

8 HORAS	12 HORAS	24 HORAS
----------------	-----------------	-----------------

¿En Qué nivel de satisfacción se encuentra con su turno laboral?

1- MUY MAL	2- MAL	3-NORMAL	4-SASTISFECHO	5-MUY SATISFECHO
-------------------	---------------	-----------------	----------------------	-------------------------

¿Cómo cree usted que realiza su labor profesional?

1- MUY MAL	2- MAL	3-NORMAL	4-BIEN	5-MUY BUENO
-------------------	---------------	-----------------	---------------	--------------------

¿Afecta su turno laboral con el desempeño de sus funciones?

SI	NO
-----------	-----------

¿Cree usted que es suficiente el número de profesionales sanitarios para atender satisfactoriamente a un buen nivel de calidad a los enfermos?

SI	NO
-----------	-----------

¿Crees que están adecuados los protocolos de actuación sanitaria?

SI	NO
-----------	-----------

ENCUESTA PACIENTES

¿Cómo valoraría el trato recibido durante su estancia en el hospital?

1- MUY MAL	2- MAL	3-NORMAL	4-BIEN	5-MUY BUENO
-------------------	---------------	-----------------	---------------	--------------------

¿Ha sufrido alguna tardanza desmesurada en atenderle cuando le ha ocurrido algo?

NUNCA	ALGUNA VEZ	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
--------------	-------------------	-----------------------	---------------------	----------------

¿Cree que la alimentación ha sido adecuada y suficiente para usted?

TOTALMENTE INSUFICIENTE	INSUFICIENTE	SUFICIENTE	BUENA	MUY BUENA
--------------------------------	---------------------	-------------------	--------------	------------------

¿Sabe usted distinguir las manifestaciones clínicas de su patología?

SI	NO
-----------	-----------

¿Se le ha informado sobre su patología y como evitar las lesiones?

SI	NO
-----------	-----------

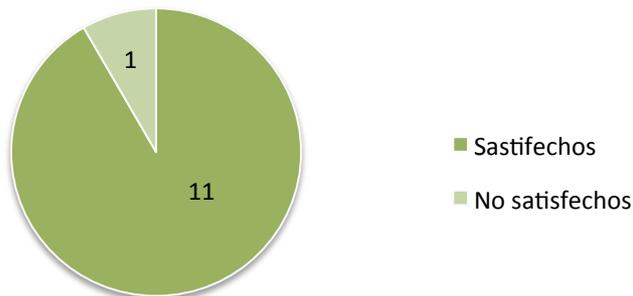
RESULTADOS ENCUESTAS

TRABAJADORES

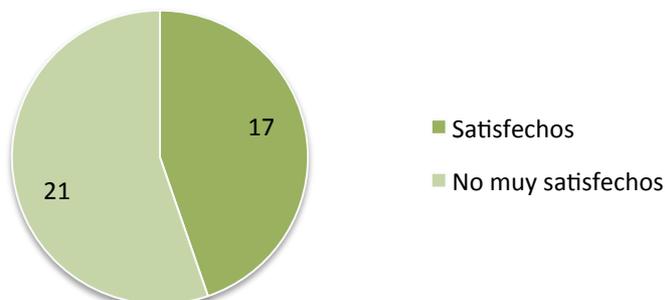
¿ Cual es su turno laboral?



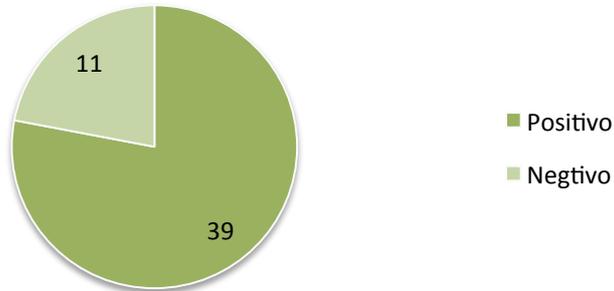
¿Satisfacción con su turno laboral con 12 horas?



¿Satisfacción con su turno laboral de 8 Horas?



¿Afecta su turno laboral en el desempeño de sus funciones?



¿Cree que es suficiente el nº de profesionales sanitarios para atender satisfactoriamente a un buen nivel de calidad a los



PACIENTES

¿Cómo valoraría usted el trato recibido durante su estancia en el hospital?



¿Ha sufrido alguna tardanza desmesurada en atenderle cuando le ha ocurrido algo?



¿Cree que la alimentación ha sido adecuada y suficiente para usted?



¿Sabe usted distinguir las manifestaciones clínicas de su patología?



¿Se le ha informado sobre su patología y como evitar lesiones?



RESULTADOS ENCUESTAS ESCRITAS

Realice un total de 50 encuestas a trabajadores de diferentes servicios del Hospital, con turnos diferentes y estos fueron los resultados obtenidos a las siguientes preguntas:

-¿Cuál es su turno laboral?

38 personas tenían un turno laboral de 8 horas (**76%**) mientras que 12 personas tenían turno de 12 horas (**24%**).

-¿En Qué nivel de satisfacción se encuentra con su turno laboral?

Turno de 12 horas respondieron 12 personas de las cuales 11 estaban “Satisfechos” (**92%**), mientras que 1 persona no lo estaba (**8%**).

Turno de 8 horas respondieron 38 personas de las cuales 17 estaban “satisfechos” (**45%**), mientras que 21 respondieron no lo estaban (**55%**).

-¿Afecta su turno laboral con el desempeño de sus funciones?

Del total de 50 respuestas 39 respondieron “afirmativamente” (**78%**) mientras que 11 “negativamente” (**26%**).

-¿Cree usted que es suficiente el número de profesionales sanitarios para atender satisfactoriamente a un buen nivel de calidad a los enfermos?

De los 50 profesionales sanitarios 34 creen que son “insuficientes” (**68%**), por otro lado 16 piensan que son “suficientes” (**32%**).

También se realizaron encuestas a algunos pacientes, debido a la situación de agravio de muchos de ellos el número de la muestra de estos es mucho menor que la de los trabajadores, siendo un total de 25 encuestados, que respondieron a las siguientes preguntas:

-¿Cómo valoraría el trato recibido durante su estancia en el hospital?

De las 25 personas 18 piensan que su trato ha “bueno” (**72%**), 5 personas creen que su trato fue “normal” (**20%**), mientras que 2 personas manifestaron que su trato fue “malo” (**8%**).

-¿Ha sufrido alguna tardanza desmesurada en atenderle cuando le ha ocurrido algo?

Del total de 25, 12 de ellos recibieron la tardanza en sus cuidados “alguna vez” (48%), 8 personas dicen que “nunca” (**32%**), mientras 5 de ellas contestaron que “frecuentemente” (**20%**).

-¿Cree que la alimentación ha sido adecuada y suficiente para usted?

De los 25 encuestados 14 piensan que es “totalmente insuficiente o insuficiente” (**56%**), por otro lado 6 piensan que es “buena” (**24%**), mientras que 5 creen que es “suficiente” (**20%**).

-¿Sabe usted distinguir las manifestaciones clínicas de su patología?

16 personas de 25 contestaron “afirmativamente” (**64%**), por otro lado 9 de 25 contestaron “negativamente” (**36%**).

-¿Se le ha informado sobre su patología y como evitar las lesiones?

Del total de 25 personas que realizaron el cuestionario 14 de ellas contestaron “afirmativamente” (**56%**), mientras que 11 contestaron “negativamente” (**44%**).