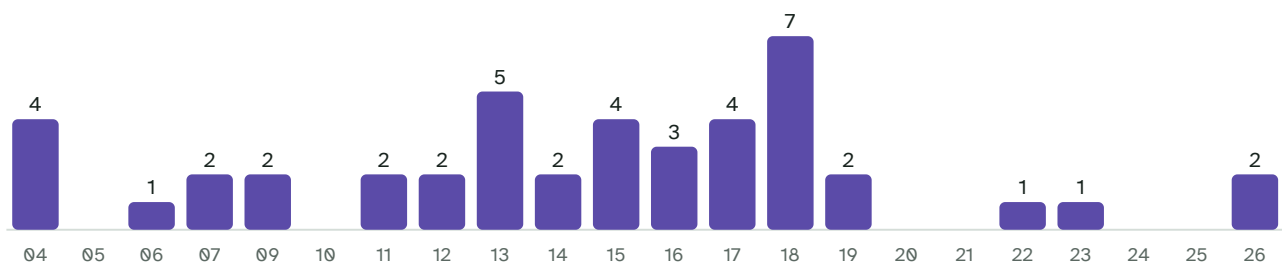


Planificación, dirección y gestión de cuidados

La gestión de servicios de enfermería aplica el proceso administrativo (planificar, organizar, dirigir y controlar) a los cuidados. En el EIR cae sobre todo en forma de definiciones y clasificaciones: tipos de planificación, necesidades de Bradshaw, método Hanlon, estructuras organizativas, estilos de liderazgo, teorías de la motivación y métodos de asignación del trabajo enfermero, con la gestión de casos como concepto estrella.

Apuntes para el EIR · versión 2026-10-01 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



44 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Gestión de casos: definición (3 exámenes)
- Planificación operativa: corto plazo, programas y protocolos (3 exámenes)
- Estilos de liderazgo (participativo, democrático) (2 exámenes)
- Planificación estratégica: largo plazo (2 exámenes)
- Método Hanlon de priorización: fórmula y factibilidad (2 exámenes)
- Teoría bifactorial de Herzberg: factores higiénicos y motivadores (2 exámenes)
- Clasificación de necesidades de Bradshaw: necesidad comparada (2 exámenes)
- Estructura organizativa matricial (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	5
1. Administración y proceso administrativo. Escuelas clásicas	6
2. Planificación sanitaria: concepto, etapas y necesidades de salud	8
3. Niveles de planificación e instrumentos: DAFO, objetivos, presupuesto y cronograma	12
4. Organización: principios, estructuras y mecanismos de coordinación	17
5. Dirección: liderazgo y poder	20
6. Motivación y competencia profesional	25
7. Control: indicadores, cuadro de mando y gestión clínica	28
8. Gestión de cuidados: asignación del trabajo, gestión de casos, práctica avanzada y dotación	30
Todas las preguntas del tema (48)	36
Preguntas que también podrían ser de este tema (11)	49
Solucionario	53
Fuentes	56

Resumen para repasar

1. Administración y proceso administrativo. Escuelas clásicas

- Administración: proceso de **planificar, organizar, dirigir y controlar** (en el orden en que se enumeran) ^{F50}.
- **Taylor** (1911): **padre de la gestión científica**, incentivos **monetarios**; **Fayol**: 14 principios (**unidad de mando**, cadena escalar); **Weber**: **burocracia** ^{F15,F51,F52}.
- **Mayo** (Hawthorne): relaciones humanas; escuela de sistemas: la empresa como **sistema abierto** ^{F53,F54}.

2. Planificación sanitaria: concepto, etapas y necesidades de salud

- Planificación sanitaria (Pineault y Daveluy): escoger, organizar y evaluar actividades para **satisfacer necesidades de salud** con los **recursos disponibles** ^{F1}.
- Primera etapa: **diagnóstico de salud**; luego priorización, programas, ejecución y evaluación ^{F1}.
- Bradshaw: **normativa** (experto), **sentida** (lo que se quiere), **expresada** (demanda, listas de espera), **comparada** (igualdad de condiciones, sin servicio) ^{F4}.
- Hanlon: **(G + M) × E × F**; eficacia 0,5-1,5; **factibilidad 0 o 1** (PEARL) ^{F2}.
- Versión original de Hanlon: gravedad 0-20 y eficacia 0-10; la versión de la **OPS** suprime PEARL ^{F5}.

3. Niveles de planificación e instrumentos: DAFO, objetivos, presupuesto y cronograma

- **Normativa/estratégica**: fines, plan de salud a 5-10 años; **táctica**: programas, 3-5 años; **operativa**: puesta en marcha, **programas y protocolos concretos** ^{F1}.
- DAFO: **interno** = fortalezas y debilidades; **externo** = oportunidades y **amenazas** ^{F7}.
- Metas **específicas y difíciles** → más rendimiento ^{F8}. Presupuesto: **plan** en términos monetarios y **control** del gasto ^{F9}.
- Capítulo 1 = **personal**; capítulo 6 = inversiones reales ^{F10}. **Gantt**: cronograma de actividades ^{F3}.
- Otro esquema en cuatro niveles: **normativa o política** (corrientemente a largo plazo, más alto nivel), **estratégica**, **táctica (programa)** y **operativa (corto plazo, puesta en marcha)** ^{F42}.

4. Organización: principios, estructuras y mecanismos de coordinación

- **Matricial**: autoridad en **dos dimensiones** (jefe funcional + jefe de producto o proyecto), **dos jefes** ^{F55}.
- Organigrama: **representa** la organización formal (relaciones, responsabilidades y conexiones) ^{F56}.
- Mintzberg: **adaptación mutua** (comunicación informal), supervisión directa y normalización de procesos, resultados y habilidades ^{F16}.
- Fayol: **unidad de mando** y cadena escalar; Weber: especialización, mando y control, **ámbito de control**, centralización y formalización ^{F52,F56}.
- Mintzberg: el hospital es una **burocracia profesional** (normalización de las cualificaciones) ^{F62}.

5. Dirección: liderazgo y poder

- Liderazgo: **influencia** para alcanzar objetivos del grupo ^{F20}.
- Autoritario: órdenes con **poca o ninguna** aportación del grupo; **participativo**: consulta y **decide él** teniendo en cuenta las opiniones; **democrático**: el grupo participa en **todas las decisiones** (consenso o voto); laissez-faire: no interviene ^{F57,F58}.
- **Transformacional**: más satisfacción y **entornos saludables** ^{F21}.
- Poder **experto** = conocimientos y habilidades; de **conexión** = lazos con personas influyentes ^{F37}.
- Liderazgo = interacción **líder-seguidor-situación**; no hay un estilo mejor para todo; **Hersey y Blanchard**: estilo según la **madurez** del subordinado ^{F43,F44,F45}.
- **Poder** = cambiar la conducta de otro; **autoridad** = derecho legítimo; **estatus** = rango; **rol** = conducta esperada ^{F46,F47}.

6. Motivación y competencia profesional

- Motivación: fuerza que **activa, dirige y sostiene** la conducta; **impulso** para satisfacer un deseo o meta ^{F38,F59}.
- Herzberg: **higiénicos** (salario, seguridad, políticas) frente a **motivadores** (logro, reconocimiento, responsabilidad, **progreso**) ^{F17,F18}.
- McGregor **X**: prefieren ser dirigidos, evitan responsabilidad, buscan seguridad ^{F19}. **Von Bertalanffy**: sistemas, no motivación ^{F34}.
- Competencia: **aptitud** para integrar y aplicar conocimientos, habilidades y actitudes (Ley 16/2003) ^{F22}.

7. Control: indicadores, cuadro de mando y gestión clínica

- Indicadores de **utilización**: rotación, estancias, consultas, urgencias; el **gasto** es de recursos ^{F6}.
- **Cuadro de mando**: información periódica con **indicadores** para decidir ^{F11}.
- **Gestión clínica**: implicar a los clínicos en la **gestión de los recursos** que usan ^{F12}.
- El cuadro de mando **integral** suma información **no financiera** a la financiera ^{F9}.
- Gestión clínica: responsabilizar a los médicos de los recursos con **mecanismos de financiación e incentivación** ^{F41}.

8. Gestión de cuidados: asignación del trabajo, gestión de casos, práctica avanzada y dotación

- **Funcional**: tareas a todos los pacientes; **primaria** (Manthey): una enfermera **del ingreso al alta** ^{F23}.
- Gestión de casos: **coordinar** la asistencia para **reducir costes, mejorar calidad y lograr resultados** (NIC 7320, CMSA) ^{F25}.
- Kaiser: **tres niveles** (autogestión, gestión de la enfermedad, gestión del caso) ^{F30}.
- EPA (CIE 2020): **máster mínimo**, conocimiento experto, decisiones complejas ^{F31}. Magnet: **atraer y retener** enfermeras ^{F32}.
- UCI: TISS **clase IV 1:1**; 4 de clase II por enfermera ^{F33}.
- Gestión de casos en Andalucía desde **2002**, para pacientes de **elevada complejidad** ^{F29}.
- Magnet: se **asocia a baja rotación** del personal ^{F48}.

Puntos clave

- 1 Proceso administrativo: **planificar, organizar, dirigir y controlar**, en el orden en que se enumeran ^{F50}.
- 2 Primera etapa de la planificación sanitaria: **identificación de problemas y necesidades (diagnóstico de salud)** ^{F1}.
- 3 Bradshaw: necesidad **comparada** = un grupo con las mismas características que otro no recibe el servicio que el otro sí recibe ^{F4}.
- 4 Hanlon: $(G + M) \times E \times F$; la **factibilidad** vale 0 o 1 y puede anular la prioridad ^{F2}.
- 5 Normativa/estratégica = fines, 5-10 años; táctica = programas (3-5 años); operativa = **puesta en marcha concreta**, programas y protocolos ^{F1}. Mestorino: normativa a **largo plazo** y operativa con **decisiones a corto plazo** ^{F42}.
- 6 DAFO: debilidades y fortalezas son **internas**; amenazas y oportunidades, **externas** ^{F7}.
- 7 Capítulo 1 del presupuesto público = **gastos de personal** (retribuciones) ^{F10}.
- 8 Estructura **matricial**: jefe funcional + jefe de producto o proyecto, **dos jefes** ^{F55}.
- 9 Participativo: el líder consulta y **decide él** teniendo en cuenta las opiniones; democrático: el grupo **participa en todas las decisiones** ^{F57,F58}.
- 10 Herzberg: salario y seguridad son **higiénicos**; logro, reconocimiento, responsabilidad y **progreso, motivadores** ^{F17,F18}.
- 11 Gestión de casos = **coordinación** de la atención para conseguir resultados con **menor coste y mejor calidad** ^{F25}.
- 12 Enfermería primaria: una enfermera responsable del paciente **desde el ingreso hasta el alta**; funcional: **tarefas** repartidas a todos los pacientes ^{F23}.
- 13 UCI (Ministerio 2010): pacientes TISS **clase IV** → **1 enfermera por paciente** ^{F33}.

1. Administración y proceso administrativo. Escuelas clásicas

El manual *Principles of Management* define la **administración** o gestión («management») como «un proceso que consiste en **planificar, organizar, dirigir y controlar**» («planning, organizing, directing, and controlling») ^{F50}. Ese es el **proceso administrativo**: sus funciones, en el orden en que la fuente las enumera, son **planificar, organizar, dirigir y controlar**, y en ellas participan los directivos («managers are involved in planning, organizing, directing, and controlling») ^{F49,F50}.

Proceso administrativo: P-O-D-C

Planificar, Organizar, Dirigir y Controlar: las cuatro funciones del proceso administrativo, en el orden en que las enumera la fuente ^{F50}.

EIR 2009 · 110

P38 · respuesta en el solucionario

Fases del proceso administrativo: planificar, organizar, dirigir, controlar

La secuencia de las fases del proceso administrativo es:

1. Planificar, organizar, dirigir y controlar.
2. Organizar, planificar, controlar y dirigir.
3. Dirigir, organizar, planificar y controlar.
4. Organizar, planificar, motivar y dirigir.
5. Planificar, dirigir, organizar y evaluar.

EIR 2015 · 193

P24 · respuesta en el solucionario

Fases del proceso administrativo: planificar, organizar, dirigir, controlar

¿Cuáles son las principales funciones de los mandos o dirigentes de una organización?:

1. Control, supervisión, información y comunicación.
2. Reclutamiento, selección, contratación y supervisión.
3. Planificación, organización, ejecución/ dirección y control.
4. Dirección, evaluación, autorización/ denegación y comunicación.
5. Contratación, formación, acreditación y aprobación.

Autor	Aportación que cae
Frederick W. Taylor	<i>The Principles of Scientific Management</i> (1911) ^{F15} . Es conocido como el padre de la dirección (gestión) científica ; creía que los incentivos monetarios podían vencer las presiones del grupo ^{F51}
Henri Fayol	Teoría administrativa (fayolismo): 14 principios de dirección, entre ellos la unidad de mando , la división del trabajo y la cadena escalar , y cinco funciones de la dirección ^{F52}
Max Weber	La burocracia , «un sistema de reglas fijas que se aplican de forma imparcial»; tres tipos de dominación: carismática, tradicional y legal ^{F52}
Elton Mayo (Hawthorne)	Escuela de las relaciones humanas : la producción puede aumentar si la dirección entiende las actitudes de cada trabajador hacia el trabajo y cómo las actitudes del grupo influyen en la conducta ^{F53}
Von Bertalanffy	Escuela de sistemas : la empresa como sistema abierto , que interactúa con su entorno ^{F34,F54}

El título de la obra de Taylor ya lo dice: sus principios son los de la **gestión (dirección) científica** del trabajo, que sustituye el método empírico («rule-of-thumb») por una ciencia para cada elemento del trabajo, y selecciona y forma científicamente al trabajador ^{F15}. Taylor es conocido como el **padre de la dirección científica** («father of scientific management») ^{F51}.

EIR 2018 · 17

P10 · respuesta en el solucionario

Taylor: padre de la gestión científica

¿Qué autor está considerado como el padre de la gestión científica?:

1. Herzberg.
2. Maslow.
3. Drucker.
4. Taylor.

2. Planificación sanitaria: concepto, etapas y necesidades de salud

Pineault y Daveluy entienden la **planificación sanitaria** como «el proceso formalizado para escoger, organizar y evaluar las actividades más eficaces para **satisfacer las necesidades de salud** de una determinada comunidad, **teniendo en cuenta los recursos disponibles**» ^{F1}. Es decir: analizar qué servicios hacen falta según las necesidades y problemas de la población y los recursos que hay.

- Etapas de la planificación sanitaria, en este orden ^{F1}: **1) identificación de problemas y necesidades de salud** (el clásico **diagnóstico de salud**); 2) priorización; 3) valoración de los problemas priorizados; 4) elaboración de programas de salud; 5) ejecución y organización del trabajo; 6) evaluación.
- El **diagnóstico de salud** consiste en obtener información sobre el nivel de salud de la población en las esferas física, psíquica y social, sus factores determinantes y su posible evolución ^{F1}.

EIR 2013 · 105

P32 · respuesta en el solucionario

Definición de planificación sanitaria

La función de analizar y formular los servicios de salud que son necesarios para proteger la salud de la población, con relación a las necesidades y problemas de salud que existen en esa población, considerando los recursos disponibles, se corresponde con:

1. Promoción de la salud.
2. Participación comunitaria.
3. Política de la salud.
4. Planificación sanitaria.
5. Educación sanitaria.

EIR 2013 · 125

P31 · respuesta en el solucionario

Primera fase de la planificación sanitaria: diagnóstico de salud

A la hora de llevar a cabo un proceso de planificación sanitaria, la enfermera deberá tener en cuenta que la primera fase del mismo es:

1. El diagnóstico de salud.
2. La definición de objetivos.
3. El conocimiento de los recursos disponibles.
4. La definición de indicadores.
5. La población a la que se pretende dirigir la acción.

Bradshaw (1972) clasificó la necesidad en cuatro tipos, según quién la define ^{F4}:

Tipo	Quién la define (Bradshaw)	Ejemplo
Normativa	El experto , profesional, administrador o científico social, comparando con un estándar deseable ^{F4}	Una norma técnica de nutrición ^{F4}

Tipo	Quién la define (Bradshaw)	Ejemplo
Sentida	La población : equivale a lo que la persona quiere («need is equated with want») ^{F4}	Se pregunta a la gente si siente que necesita un servicio ^{F4}
Expresada (demanda)	La necesidad sentida convertida en acción : quien pide el servicio ^{F4}	Las listas de espera como medida de necesidad no cubierta ^{F4}
Comparada	Se estudian las características de quienes reciben un servicio: si hay personas con las mismas características que no lo reciben , están en necesidad ^{F4}	Un área frente a otra área semejante que sí tiene el servicio ^{F4}



Necesidad comparada

Idea clave: **personas con características similares** («similar characteristics») que no reciben el servicio ^{F4}. Si un grupo o un pueblo con las mismas características que otro **no recibe** el servicio que el otro sí tiene (un centro de día, por ejemplo), la necesidad es **comparada** ^{F4}.

EIR 2007 · 97

P58 · respuesta en el solucionario

Clasificación de necesidades de Bradshaw: necesidad comparada

Según la clasificación de Bradshaw sobre el estado de las necesidades de servicios de salud, la necesidad que surge cuando un grupo, en igualdad de condiciones a otro, no percibe los mismo servicios, se denomina necesidad:

1. Compartida.
2. Comparada.
3. Normativa.
4. Sentida.
5. Expresada.

Clasificación de necesidades de Bradshaw: necesidad comparada

Acude a su consulta Pablo, hombre de 58 años, que tiene un pequeño comercio en la zona adscrita al Centro de Salud donde usted le está atendiendo. Pablo está casado con Pilar de 57 años que se dedica por completo al cuidado de sus dos hijas (de 13 y 14 años) y la madre de Pablo que tiene 82 años, y a la que el propio Pablo define como “gran dependiente”. Durante la entrevista Pablo se muestra cansado, preocupado por el estado físico y anímico de su mujer y comenta que en la localidad de al lado, que es tan grande como la suya y que tiene la misma proporción de mayores dependientes, “han abierto un centro de día para mayores y eso nosotros también lo necesitamos”. Señale la respuesta correcta que indica el tipo de necesidad que Pablo muestra:

1. Sentida.
2. Comparada.
3. Normativa.
4. Expresada.

Priorización: método Hanlon. Se basa en cuatro componentes ^{F2}: la **gravedad o severidad** del problema (0-10 puntos), la **magnitud o extensión** (0-10, según el número de personas afectadas), la **eficacia de la intervención** (de 0,5 a 1,5) y la **factibilidad** del programa, que vale 1 o 0. La factibilidad se descompone en cinco factores: pertinencia, aceptabilidad, factibilidad económica, disposición de recursos y legalidad (en inglés, PEARL) ^{F2,F5}. La puntuación es:

★ Fórmula de Hanlon

Prioridad = (G + M) × E × F (gravedad más magnitud, por eficacia, por factibilidad) ^{F2}. Como la **factibilidad** solo puede valer 0 o 1, si es 0 el problema obtiene prioridad 0, sea cual sea el resto ^{F2}. Ejemplo: severidad 6, magnitud 8, eficacia 0,5, factibilidad 1 → (8 + 6) × 0,5 × 1.

Hay varias versiones de la fórmula

La fórmula original de Hanlon y Pickett (1984) es $(A + B) C/3 \times D$, con la magnitud puntuada de 0 a 10, la gravedad de 0 a 20 y la eficacia de 0 a 10, y la OPS ha publicado una versión adaptada ^{F5}. La versión española divulgada en atención primaria es la simplificada $(G + M) \times E \times F$, con eficacia 0,5-1,5 ^{F2}. En la original y en la española, la **factibilidad (PEARL)** vale 0 o 1 y multiplica ^{F2,F5}; la versión adaptada por la OPS, en cambio, suprime el componente PEARL (lo reserva para un cribado previo) y añade otros criterios ^{F5}.

Método Hanlon de priorización: fórmula y factibilidad

Durante la priorización de una serie de problemas de cuidados que ha ido identificando durante el último año en sus pacientes, usted tiene los siguientes datos a cerca de uno de estos problemas: Severidad = 6; Magnitud = 8; Factibilidad de la intervención = 1; Efectividad de la Intervención = 0,5. Señale la respuesta correcta que representa la aplicación del método Hanlon:

1. $6 + 8 \times 0,5 \times 1$
2. $(8 + 6) \times 0,5 \times 1$
3. $8 + 6 \times 0,5 \times 1$
4. $(8 + 1) \times 6 \times 0,5$

Método Hanlon de priorización: fórmula y factibilidad

En la gestión y administración de servicios existe un método que fue propuesto por Hanlon para la priorización de problemas. La fórmula propuesta en este método se compone de cuatro criterios, donde uno de ellos puede por sí solo hacer que el problema analizado obtenga un valor global de 0, dado cómo funciona dicho criterio dentro de la fórmula y el rango de valor que puede tener. Señale cuál es este criterio del métodos Hanlon:

1. Severidad.
2. Efectividad.
3. Factibilidad.
4. Magnitud.

3. Niveles de planificación e instrumentos: DAFO, objetivos, presupuesto y cronograma

Según el nivel de la organización en que se hace, Pineault y Daveluy distinguen tres tipos de planificación ^{F1}:

Tipo	Qué hace	Nivel y horizonte
Normativa o estratégica	Identifica necesidades y problemas prioritarios y fija las grandes orientaciones o fines , en un plan de salud ^{F1}	5 o 10 años ; algunos autores la identifican con el nivel político ^{F1}
Táctica o estructural	Valora los problemas priorizados, fija objetivos generales y específicos, decide actividades y aporta y distribuye los recursos ; da lugar a programas de salud ^{F1}	Niveles intermedios ; 3 a 5 años ^{F1}
Operativa	La organización última y la puesta en marcha de las actividades en tiempo y espacio; se materializa en programas y protocolos concretos («planes de operaciones») ^{F1}	Niveles más bajos (centros de salud, hospitales) ^{F1}



Plazo de cada tipo

Por los años que da F1, la normativa/estratégica es la de **mayor horizonte** (5-10 años) y la táctica, la de horizonte intermedio (3-5 años) ^{F1}; F1 no usa las palabras «largo», «medio» ni «corto plazo». Mestorino sí las usa: la normativa o política es corrientemente a **largo plazo**, la estratégica tiene consecuencias en el **mediano y el largo plazo** y la operativa toma **decisiones a corto plazo**, con el desarrollo de actividades y la ejecución; la **evaluación operativa** se hace sobre las acciones que se ejecutan ^{F42}. En las dos fuentes, la operativa es la **más inmediata y concreta**: la puesta en marcha de las actividades ^{F1,F42}.

Normativa y estratégica: ¿una o dos?

F1 agrupa **normativa y estratégica** en un solo nivel, con un horizonte de **5 a 10 años**, y añade que algunos autores la identifican con el nivel **político** ^{F1}. Mestorino las separa y da «normativa» y «política» como dos nombres del mismo nivel: la **normativa o política** es la del **más alto nivel** (gubernamental, ministerial o de organismos sanitarios), da la **orientación general** hacia dónde dirigirse y es corrientemente a **largo plazo**; la **estratégica** decide prioridades y alternativas de acción con consecuencias en el mediano y el largo plazo ^{F42}.

Otro manual de salud pública separa **cuatro niveles** según la extensión del proceso ^{F42}: la **normativa o política**, el más alto nivel, que da la **orientación general** hacia dónde dirigirse, se propone a nivel gubernamental, ministerial o de organismos sanitarios y es corrientemente a **largo plazo**; la **estratégica**, que decide prioridades y alternativas de acción con consecuencias en el **mediano y el largo plazo**; la **táctica o estructural**, con los objetivos generales y específicos, cuyo producto es el **programa**; y la **operativa**, objeto del

plan concreto de **puesta en marcha**, con **decisiones a corto plazo**, desarrollo de actividades, ejecución y gestión de recursos ^{F42}. La **evaluación operativa** se hace sobre las acciones que se ejecutan ^{F42}.

EIR2016-201: ¿los programas son tácticos u operativos?

En **EIR2016-201** la respuesta oficial es la planificación **operativa** para la consecución de objetivos que conlleva el desarrollo de **protocolos de actuación y programas de salud**. Así lo permite F1, que dice que la operativa «se materializa en **programas y protocolos concretos**» ^{F1}. Pero F1 asigna a la táctica los «Programas de Salud» más o menos generales ^{F1}, y Mestorino da el **programa** como producto de la planificación **táctica** ^{F42}. Con los protocolos concretos de actuación, la respuesta oficial es la operativa.

EIR 2017 · 107

P16 · respuesta en el solucionario

Planificación estratégica: largo plazo

La planificación estratégica, respecto al tiempo ¿es una planificación?:

1. A medio plazo.
2. A largo plazo.
3. A corto plazo.
4. Sin plazo.

EIR 2018 · 18

P9 · respuesta en el solucionario

Planificación estratégica: largo plazo

¿Qué es la Planificación Estratégica?:

1. La planificación a largo plazo.
2. La planificación a medio plazo.
3. La planificación a corto plazo.
4. La planificación sin plazos.

EIR 2012 · 110

P33 · respuesta en el solucionario

Planificación normativa

En gestión de los servicios de salud, la planificación que se lleva a cabo para más de cinco años, desde el más alto nivel de un organismo, con la finalidad de determinar los fines y la orientación de los servicios y con objetivos globales, se trata de un tipo de planificación:

1. Operativa.
2. Táctica.
3. Global.
4. Normativa.
5. Política.

Planificación operativa: corto plazo, programas y protocolos

En la administración de los servicios enfermeros, la definición de las acciones a corto plazo y concretadas en todos sus aspectos, se refiere al concepto de planificación:

1. Táctica.
2. Estratégica.
3. Funcional.
4. Por objetivos.
5. Operativa.

Planificación operativa: corto plazo, programas y protocolos

Señale la respuesta correcta. La consecución de los objetivos de salud que conlleva el desarrollo de protocolos de actuación y programas de salud se enmarca en la planificación:

1. Estratégica.
2. Táctica.
3. Operativa.
4. De gestión.

Planificación operativa: corto plazo, programas y protocolos

Dentro de un plan de salud, la parte del proceso que comprende la realización de las acciones e intervenciones sobre la salud o los servicios, y su evaluación, posibilitando cerrar el ciclo de la planificación y comparar los resultados obtenidos con los esperados, se corresponde con la etapa de planificación:

1. Normativa.
2. Estratégica.
3. Táctica.
4. Estructural.
5. Operativa.

Análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades). Cruza un eje interno-externo con otro positivo-negativo ^{F7}:

	Positivo	Negativo
Interno (depende de la organización)	Fortalezas	Debilidades ^{F7}
Externo (el entorno)	Oportunidades	Amenazas ^{F7}

El análisis **interno** da fortalezas y debilidades; el **externo**, oportunidades y amenazas ^{F7}. Las **amenazas** son, por tanto, factores **externos** negativos que pueden dificultar la estrategia; el objetivo es maximizar fortalezas y oportunidades y minimizar debilidades y amenazas ^{F7}.

EIR 2022 · 44

P4 · respuesta en el solucionario

Análisis DAFO: amenazas

En gestión de la calidad, una de las técnicas de análisis de la situación sería la aplicación de la metodología DAFO. Esta herramienta de gestión permite obtener una representación de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades. Identifique la respuesta correcta:

1. Debilidades: están relacionadas con características externas.
2. Amenazas: son todos aquellos factores externos que pueden llegar a impedir la ejecución de una estrategia o poner en peligro su viabilidad.
3. Oportunidades: reúnen el conjunto de recursos internos, posiciones de poder y cualquier tipo de ventaja competitiva propia.
4. El análisis externo expone los puntos fuertes y las debilidades.

Metas y rendimiento. La teoría de fijación de metas de Locke y Latham afirma que hay una relación lineal positiva entre una **meta específica y elevada (difícil, desafiante)** y el rendimiento: una meta específica y alta produce **mejor rendimiento** que pedir «hacerlo lo mejor posible» ^{F8}.

EIR 2015 · 51

P55 · respuesta en el solucionario

Metas que mejoran el rendimiento: específicas y desafiantes

Las metas que mejoran el rendimiento y centran la atención de las personas son:

1. Generales, difíciles y poco desafiantes.
2. Específicas, difíciles y desafiantes.
3. Globales, fáciles y desafiantes.
4. Específicas, fáciles y desafiantes.
5. Las que se imponen externamente.

Presupuesto. Es una técnica de **control del gasto** y de gestión de los hospitales, que puede considerarse «un **plan** integrado y coordinado, expresado en términos monetarios, sobre las operaciones y los recursos que forman parte de una organización, para un período determinado, con el fin de lograr los objetivos fijados por la dirección» ^{F9}. Es a la vez plan de asignación de recursos y medio de control ^{F9}.

En el sector público, el gasto se clasifica por **capítulos** (clasificación económica) ^{F10}: **Capítulo 1, gastos de personal** («todo tipo de **retribuciones** e indemnizaciones» a su personal por razón del trabajo) ^{F10}; capítulo 2, gastos corrientes en bienes y servicios; capítulo 3, gastos financieros; capítulo 4, transferencias corrientes; capítulo 5, fondo de contingencia; **capítulo 6, inversiones reales**; capítulo 7, transferencias de capital; capítulos 8 y 9, activos y pasivos financieros ^{F10}.

Presupuesto: definición

¿Qué es un presupuesto?:

1. Plan para la asignación de recursos y un medio de control para que los resultados se ajusten a los proyectos.
2. Es el equilibrio entre costes directos e indirectos e ingresos.
3. Programa económico a tener en cuenta en la planificación estratégica.
4. Proceso de asignación de recursos materiales a los distintos programas asistenciales.

Capítulo I presupuestario: gastos de personal

Dentro de la estructura presupuestaria de un hospital público ¿En qué Capítulo presupuestario están recogidos los recursos financieros para hacer frente al abono de los sueldos de los profesionales?:

1. Capítulo VI.
2. Capítulo IX.
3. Capítulo III.
4. Capítulo I.

Cronograma: diagrama de Gantt. Tras elaborar un programa hay que establecer un «plan de operaciones» con los recursos, la asignación de responsabilidades y el **calendario de las actividades** ^{F3}. Para ordenar las actividades se usan métodos de red (diagrama de flujo, algoritmo decisional, red **PERT**, «camino crítico») y **cronogramas (diagramas de Gantt y Milestone)** ^{F3}. Es, pues, un instrumento de planificación y programación que apoya las decisiones sobre qué hacer y cuándo ^{F3}.

Gráfica de Gantt como instrumento de toma de decisiones

¿Cuál de las siguientes respuestas hace referencia a un instrumento que se puede usar en el proceso de toma de decisiones?:

1. Case-Mix.
2. Gráfica de Gantt.
3. Peer Review.
4. Informe Flexner.

4. Organización: principios, estructuras y mecanismos de coordinación

Entre los **14 principios de Fayol** están la **unidad de mando** (la dirección debe hablar «con una sola voz»: cada supervisor recibe instrucciones de los mandos superiores y las transmite hacia abajo por la **cadena de mando**) y la **cadena escalar** ^{F52}. Weber propuso cinco elementos de la burocracia para decidir la estructura: **especialización, mando y control, ámbito de control** (el alcance del trabajo del que responde cada persona), **centralización y formalización** ^{F56}. En las organizaciones mecanicistas rige una **departamentalización** rígida: la organización se divide en departamentos que realizan tareas específicas ^{F55}.

La estructura **burocrática mecanicista** es una forma **fuertemente jerárquica** de organizar, pensada para lograr un alto grado de **estandarización y control**, con muchos niveles de mando ^{F56}. En las organizaciones mecanicistas la **cadena de mando** está muy centralizada y usa la autoridad formal, y las tareas están claramente definidas y las ejecutan especialistas ^{F55}. Un modelo basado en **cadena de mando**, reglas y especialización reúne, pues, rasgos de la **burocracia** (reglas fijas, especialización, mando y control) ^{F52,F56}, junto con el principio de **unidad de mando** de Fayol ^{F52}.

EIR 2007 · 110

P41 · respuesta en el solucionario

Modelo organizativo burocrático o lineal

Una estructura de organización que se basa en los principios de cadena de mando, unidad de mando, delegación parcial, regulación, especialización y orientación al producto, corresponde a un modelo:

1. De staff o de plantilla.
2. Burocrático o lineal.
3. Matricial o flexible.
4. Horizontal o plano.
5. De personal.

Estructura matricial. Combina estructuras verticales y horizontales: tiene **líneas de autoridad formal en dos dimensiones**, y los empleados dependen de un jefe **funcional o de departamento** y, a la vez, de un jefe de **producto o proyecto** ^{F55}. Su debilidad es la confusión y los conflictos de **responder ante dos jefes** ^{F55}; un empleado puede rendir cuentas a dos o más directivos, lo que genera conflictos si no están de acuerdo ^{F56}.



Matricial = doble dependencia

Si una persona **no depende de un solo jefe**, sino de un jefe funcional y de otro de producto o proyecto ^{F55} o de zona geográfica ^{F56} (**doble dependencia**, autoridad en dos dimensiones), la estructura es **matricial** ^{F55,F56}.

Estructura organizativa matricial

¿Cómo se llama el tipo de estructura de una organización, en el que cada persona ya no depende exclusivamente de un solo jefe, sino que además puede estar afectada por proyectos y estatutos diferentes, durante un tiempo variable o fijo?:

1. Piramidal.
2. Divisional.
3. Matricial.
4. Organigrama de Urwick.
5. Funcional.

El **organigrama** («organizational chart», el **gráfico** de la organización) tradicional es la forma más común de **representar la organización formal**, es decir, el conjunto oficialmente definido de **relaciones, responsabilidades y conexiones** que existen en una organización; la organización típica tiene forma jerárquica, con funciones y responsabilidades claramente definidas ^{F56}.

Organigrama: definición

¿Qué es un Organigrama?:

1. Un modelo de estructura parcial organizativo.
2. Un indicador para medir la calidad de la asistencia.
3. Una planificación estratégica.
4. Un gráfico que muestra las relaciones existentes entre las distintas partes de una organización.

Mintzberg: cinco mecanismos de coordinación del trabajo ^{F16}:

Mecanismo	Cómo coordina
Adaptación mutua	Mediante la comunicación informal ; los ejecutores del trabajo son responsables de él. Toma forma de puestos de enlace, grupos de trabajo, comités o estructuras matriciales ^{F16}
Supervisión directa	Una persona se responsabiliza del trabajo de los demás, les da instrucciones y controla sus acciones ^{F16}
Normalización de procesos	Especificando y programando la acción en cada fase ^{F16}
Normalización de resultados	Definiendo lo que se espera lograr con cada tarea ^{F16}

Mecanismo	Cómo coordina
Normalización de habilidades	Definiendo los conocimientos y la preparación requeridos ^{F16}

Mintzberg describe el hospital como una **burocracia profesional**: el poder se sitúa en el **centro operativo**, y allí el principal mecanismo de coordinación es la **normalización (estandarización) de las cualificaciones**, que se consigue con la formación y la socialización; los profesionales obedecen a valores, normas éticas y códigos profesionales, y **no a una jerarquía** ^{F62}.

EIR 2023 · 19

P3 · respuesta en el solucionario

Mintzberg: mecanismos de coordinación (adaptación mutua)

Según Mintzberg, ¿cuál de los siguientes es uno de los 5 mecanismos de control que parecen explicar las formas fundamentales en que las organizaciones coordinan su trabajo?:

1. Trabajo en equipo.
2. Evaluación.
3. Supervisión indirecta.
4. Adaptación mutua.

5. Dirección: liderazgo y poder

El **liderazgo** es un **proceso de influencia**: «un fenómeno de influencia grupal, en el que se hace imprescindible sumar esfuerzos individuales para **alcanzar los objetivos** compartidos por el grupo» ^{F20}.

EIR 2018 · 16

P11 · respuesta en el solucionario

Liderazgo según McCloskey y Molen

El proceso de influencia entre individuos o grupos para alcanzar metas, según McCloskey y Molen, hace referencia a:

1. La Motivación.
2. La Estrategia.
3. El Liderazgo.
4. La Comunicación.

Estilos de liderazgo según cómo se toman las decisiones. La sociología distingue **tres**: autoritario, democrático y laissez-faire ^{F58}; la teoría del camino-meta describe además la conducta **participativa** del líder ^{F57}. Son, pues, dos clasificaciones distintas, que aquí se juntan en una tabla ^{F57,F58}:

Estilo	Cómo decide
Autoritario («authoritarian»)	Da órdenes y asigna tareas con poca o ninguna aportación del grupo ^{F58}
Participativo	Consulta al grupo sobre las actividades del trabajo y tiene en cuenta sus opiniones y sugerencias cuando toma las decisiones ^{F57}
Democrático	Fomenta la participación del grupo en todas las decisiones y trabaja para lograr el consenso antes de elegir un curso de acción (p. ej., un club en el que los miembros votan qué hacer) ^{F58}
Laissez-faire	No interviene («hands-off»): deja que el grupo se autogestione y tome sus propias decisiones ^{F58}

Participativo frente a democrático

Comparación del tema, con dos clasificaciones distintas: en los dos se escucha al grupo. En el **participativo** el líder consulta y **tiene en cuenta** las opiniones y sugerencias del grupo **cuando toma las decisiones** ^{F57}. En el **democrático** el grupo **participa en todas las decisiones** y se busca el **consenso** (o se vota) ^{F58}.

Estilos de liderazgo (participativo, democrático)

Al estilo de liderazgo consistente en que el jefe presenta al grupo el análisis de la situación con valoración de alternativas sobre las que pide opinión, aunque la decisión sigue siendo exclusiva de él, se le denomina:

1. Autocrático.
2. Democrático.
3. Liberal.
4. Participativo.
5. Transformador.

Estilos de liderazgo (participativo, democrático)

Cuando un directivo confía en la alta implicación y formación de cada una de las personas que integran el grupo, lo anima a discutir y comparte con ellos la toma de decisiones, el estilo de liderazgo es:

1. Autocrático.
2. Burocrático.
3. Permisivo.
4. Democrático.

Liderazgo transformacional. Una revisión sistemática (2010, 53 estudios) encontró que los estilos centrados en las **personas y las relaciones (transformacional, resonante, de apoyo)** se asociaban con **mayor satisfacción** de las enfermeras, y los centrados en las tareas (disonante, instrumental, dirección por excepción) con menor satisfacción ^{F21}. Los autores concluyen que hay que fomentar el liderazgo **transformacional y relacional** para mejorar la satisfacción, la captación, la retención y los **entornos de trabajo saludables** ^{F21}. Su actualización de 2018 (129 estudios) confirma que los estilos **relacionales** se asocian a más satisfacción y que el liderazgo centrado solo en la tarea es insuficiente ^{F39}.

Liderazgo transformacional

¿Cuál de los siguientes estilos o modelos de liderazgo enfermero es frecuentemente señalado como el más adecuado para fomentar la innovación, el compromiso profesional y la mejora de la calidad en servicios de salud, y por qué?:

1. Liderazgo autocrático, porque garantiza control estricto y cumplimiento de normas.
2. Liderazgo transaccional, porque se basa en recompensas e intercambio entre el equipo.
3. Liderazgo transformacional, porque genera entornos laborales saludables, promueve el desarrollo profesional y favorece el cambio.
4. Liderazgo Laissez-Faire, porque delega completamente y da libertad absoluta al equipo.

Liderazgo, seguidor y situación. La investigación sobre la conducta del líder dejó claro que **no hay un estilo de conducta mejor para todas las situaciones** ^{F44}. El liderazgo es un proceso con varios componentes: **el líder, los seguidores, el contexto (la situación)**, el propio proceso y sus consecuencias; la naturaleza del proceso varía según el líder, los seguidores y la situación, de modo que el liderazgo es **función de la interacción entre el líder, el seguidor y el contexto** ^{F43}. (La pregunta EIR2019-037 llama a este enfoque «modelo de liderazgo integrador»; la fuente no usa ese nombre.)

La **teoría del liderazgo situacional** la propusieron **Paul Hersey y Kenneth Blanchard** (también llamada teoría del ciclo de vida del liderazgo): no hay un estilo de liderazgo óptimo único, y el líder adapta su estilo a la **madurez** (capacidad y disposición) de sus subordinados y a las características de la tarea; el estilo combina **conducta de tarea y conducta de relación** ^{F45}.

EIR 2019 · 37

P5 · respuesta en el solucionario

Modelo de liderazgo integrador: líder, seguidor y situación

Según el modelo de liderazgo integrador no existe un liderazgo superior a los demás. Los líderes están rara vez orientados por completo a las personas o a la tarea. Por ello, influyen en la efectividad del liderazgo:

1. La jerarquía, las necesidades y los objetivos.
2. La conducta, la fuerza y la esperanza.
3. El clima, la motivación y la tarea.
4. El líder, el seguidor y la situación.

Poder: French y Raven (1959) describieron cinco bases (legítimo, de recompensa, coercitivo, experto y referente); después se añadieron el poder de **información** y el de **conexión** ^{F37}. Se agrupan en poder de **posición** (legítimo, recompensa, coerción) y poder **personal**, basado en la pericia, el carisma y la cercanía (experto, referente, conexión, información) ^{F37}:

Tipo de poder	En qué se basa
Legítimo	La autoridad o derecho a prescribir la conducta que da la posición en la organización ^{F37}
De recompensa	Poder dar beneficios especiales, subidas de sueldo o promoción a quien coopera ^{F37}
Coercitivo	Poder castigar a quien no coopera ^{F37}
Experto	La pericia : los conocimientos, la experiencia y la formación que la persona tiene y comparte ^{F37}
Referente	El carisma: que los demás se sientan aceptados, valorados e importantes por esa persona ^{F37}
De información	Poseer o tener acceso a información valiosa para otros ^{F37}

Tipo de poder	En qué se basa
De conexión o relación	Tener conexiones con personas influyentes e importantes y mantener lazos estrechos con los poderosos dentro de la organización ^{F37}

EIR 2011 · 100

P36 · respuesta en el solucionario

Tipos de poder (experto, de relación)

El tipo de poder que utiliza estrategias basadas en las capacidades, conocimientos y habilidades de una persona a la que se le reconoce por los demás, el poder del conocimiento y la destreza en el área en la que ejerce, se corresponde con el de tipo:

1. De recompensa.
2. Coercitivo.
3. Legítimo.
4. De experto.
5. Referente.

EIR 2012 · 99

P34 · respuesta en el solucionario

Tipos de poder (experto, de relación)

Dentro de los tipos de poder que se ejercen en la empresa, el que se basa en la asociación con alguien más poderoso se conoce como:

1. Recompensa.
2. Relación.
3. Experto.
4. Referente.
5. Legítimo.

Poder, autoridad y liderazgo no son lo mismo ^{F46}. El **poder** es la capacidad de una persona o grupo de hacer que otra persona o grupo haga algo que de otro modo no haría: implica **cambiar la conducta de otro**; la definición habla solo de la **capacidad**, no del derecho ^{F46}. La **autoridad** es el **derecho** a pedir que otros cumplan, respaldado por la **legitimidad** (también se la ha llamado «poder legítimo») ^{F46}. El **liderazgo** es la capacidad de obtener de otros respuestas que van **más allá del cumplimiento obligado**: lo distingue su carácter **voluntario** ^{F46}.

Estatus y rol. Los **roles** son patrones de conducta que reconocemos y que representan el estatus social de una persona; el **estatus** designa las responsabilidades y beneficios que una persona tiene según su **rango** y su rol en la sociedad ^{F47}. La distinción: **el estatus es el rango en la jerarquía social; el rol es la conducta que se espera de quien ocupa ese estatus** ^{F47}.

Elementos de la organización: poder como capacidad de influencia

Señale la relación correcta entre el elemento de la organización y su significado:

1. Estatus: Conjunto de comportamientos y actitudes.
2. Autoridad: Capacidad reconocida de decidir por otros.
3. Liderazgo: Capacidad de ordenar.
4. Rol: Consideración o estimación del puesto o la persona.
5. Poder: Capacidad de influencia en otros.

Cultura organizacional: estatus

En la cultura organizacional la consideración o estimación del puesto o persona se refiere al concepto de:

1. Poder.
2. Autoridad.
3. Rol.
4. Estatus.
5. Liderazgo.

6. Motivación y competencia profesional

La **motivación** es «una fuerza, dentro o fuera del cuerpo, que **activa, dirige y sostiene** la conducta humana» ^{F59}. Un motivo es lo que **impulsa** a una persona a actuar de determinada manera; el impulso puede venir del ambiente o **generarse internamente**, y la motivación se refiere al **impulso y al esfuerzo** para satisfacer un deseo o meta ^{F38}.

EIR 2013 · 156

P30 · respuesta en el solucionario

Definición de motivación

Cuando se habla del impulso o fuerza interna que induce a una persona a trabajar en un determinado sentido, se está haciendo referencia a:

1. El liderazgo.
2. La delegación de autoridad.
3. El control.
4. La motivación.
5. La garantía de calidad.

Teoría	Idea central
Taylor	Creía que los incentivos monetarios podían vencer las presiones del grupo ^{F51} ; en su obra propone incentivos como salarios más altos por el trabajo bien hecho y rápido ^{F15}
Maslow (1943)	Jerarquía de necesidades , de las fisiológicas a la autorrealización; no hay que satisfacer por completo las inferiores antes de pasar a las superiores: es una prioridad relativa ^{F40}
Herzberg (bifactorial o de dos factores)	Dos grupos de factores: higiénicos (del entorno del trabajo) y motivadores (del contenido del propio trabajo) ^{F17,F60}
McGregor (X e Y)	Dos visiones antagónicas del trabajador ^{F19}

Herzberg. Las condiciones de trabajo que evitan la insatisfacción **no causan satisfacción**: los higiénicos, si faltan, producen **insatisfacción**, pero cubrirlos no motiva; lo que da satisfacción y motiva son los **factores motivadores** ^{F60}. Los **higiénicos o extrínsecos** son las condiciones del trabajo: el **salario**, las políticas de la institución, el entorno físico y la **seguridad**, entre otros ^{F17}, además de la calidad de la supervisión y las relaciones interpersonales ^{F18}. Los **motivadores o intrínsecos** son el **logro**, el **reconocimiento**, un trabajo retador, el aumento de **responsabilidades** y el **crecimiento mediante la promoción** (progreso) ^{F18}.

Herzberg: dentro o fuera del trabajo

Lo que **rodea** al trabajo (sueldo, seguridad, políticas, supervisión, condiciones) = **higiénico**: evita la insatisfacción. Lo que **es** el trabajo (logro, reconocimiento, responsabilidad, **progreso**) = **motivador** ^{F17,F18}.

Teoría bifactorial de Herzberg: factores higiénicos y motivadores

Señala qué teoría de la motivación humana propone dos categorías distintas de necesidades que son independientes y que afectan a la conducta de manera distinta: la higiene y la motivadora:

1. Maslow.
2. Mc Clelland.
3. Alderfer.
4. Lewin.
5. Herzberg.

Teoría bifactorial de Herzberg: factores higiénicos y motivadores

Respecto a la teoría de Herzberg sobre los factores que explican la conducta de los trabajadores, señale cuál de los siguientes es un factor de tipo motivacional:

1. Salario.
2. Categoría.
3. Progreso.
4. Seguridad laboral.

McGregor. La **teoría X** supone que a las personas les desagrada trabajar y lo evitarían si pudieran, que deben ser obligadas y controladas, y que **prefieren ser dirigidas, evitan la responsabilidad**, tienen poca ambición y su prioridad es la **seguridad** ^{F19}. La **teoría Y** sostiene que el esfuerzo en el trabajo es tan natural como jugar o descansar, que el castigo no es la única forma de motivar y que la persona puede buscar responsabilidad ^{F19}.

Teoría X de McGregor

¿Cómo se denomina la teoría que supone que a los empleados no les gusta la responsabilidad, prefieren que les dirijan, se resisten al cambio y quieren seguridad?:

1. Teoría Y Mc Gregor.
2. Teoría X Mc Gregor.
3. Teoría Maslow.
4. Teoría Herzberg.
5. Teoría Hackman.

La **teoría general de sistemas** de **Von Bertalanffy** (formulada en los años treinta y difundida a principios de los cincuenta) no es una teoría de la motivación: describe los **sistemas abiertos**, caracterizados por sus intercambios con el entorno ^{F34}; la escuela de sistemas ve la empresa como un **sistema abierto** que interactúa con su entorno ^{F54}. En cambio, Taylor (incentivos monetarios), Maslow y Herzberg sí explican la motivación de los trabajadores ^{F40,F51,F60}.

Teorías de la motivación laboral (Von Bertalanffy no lo es)

¿Cuál de las siguientes Teorías NO tienen relación con la motivación del personal en el ámbito laboral?:

1. Teoría Monista de Taylor.
2. Teoría de Maslow de la jerarquía de necesidades.
3. Teoría de Sistemas de Von Bertalanffy.
4. Teoría del factor doble de Herzberg.

Competencia profesional. La Ley 16/2003, de cohesión y calidad del SNS, la define como «la **aptitud** del profesional sanitario para **integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes** asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le plantean» (art. 42.1) ^{F22}. Se refleja, por tanto, en el **desempeño** del profesional ^{F22}.

Definición de competencia profesional

En el ámbito de la gestión, a la capacidad productiva de las personas que se manifiesta y se mide por su desempeño, reflejando los conocimientos, las habilidades, las actitudes y las destrezas para realizar un trabajo eficiente y efectivo, se le denomina:

1. Competencia.
2. Liderazgo.
3. Competitividad.
4. Cualificación.
5. Motivación.

7. Control: indicadores, cuadro de mando y gestión clínica

El **control** compara lo conseguido con lo previsto mediante **indicadores**. El Ministerio de Sanidad los agrupa en **indicadores de actividad** (utilización de servicios) y, por separado, indicadores **de personal** e **indicadores económicos** (gasto) ^{F6}:

Grupo	Ejemplos (Ministerio de Sanidad)
Actividad / utilización	Índice de rotación (altas del año / camas en funcionamiento), estancia media, índice de ocupación, presión de urgencias, frecuentación de ingresos, consultas y urgencias ^{F6}
Personal	Personal vinculado por 1.000 habitantes ^{F6}
Económicos	Gasto por habitante, por cama, por estancia ^{F6}

EIR2006-099: lista de espera y gasto

En **EIR2006-099** la respuesta (reconstruida por un tercero) es el **gasto en recursos humanos**: el gasto va en los **indicadores económicos**, no en los de actividad, que miden **cuánto se usan** los servicios (rotación, estancias, consultas o urgencias atendidas) ^{F6}. Esa clave da por indicador de utilización la **lista de espera**, pero para Bradshaw las listas de espera miden la **necesidad expresada** (demanda) que no se ha cubierto: «waiting-lists are taken as a measure of unmet need» ^{F4}. La lista de espera tampoco figura entre los indicadores hospitalarios del Ministerio ^{F6}.

EIR 2006 · 99

P44 · respuesta en el solucionario

Indicadores de utilización de servicios en planificación

Señale el dato que NO es un indicador para la utilización de servicios en la planificación sanitaria:

1. Promedio diario de urgencias atendidas.
2. Consultas sucesivas.
3. Lista de espera de consultas.
4. Gasto en recursos humanos.
5. Índice de rotación por cama.

El **cuadro de mando** es «un soporte de información periódica para la dirección de una institución que permite la toma de decisiones oportuna al conocer el nivel de cumplimiento de los objetivos definidos previamente, a través de **indicadores de control** y otras informaciones que lo soportan» ^{F11}. El **cuadro de mando integral** añade información **no financiera** a la financiera para dar una visión global y facilitar la gestión estratégica ^{F9}.

Cuadro de mando: definición

El Cuadro de Mando es:

1. El conjunto de normas que rigen el funcionamiento interno de una institución.
2. Un conjunto de datos e indicadores, que sirve como instrumento de información y control para la gestión.
3. La relación de los nombres y cargos del Comité Directivo de una institución.
4. Un panel de control, utilizado por los Directores de instituciones, que les permite acceder a todos los servicios y aplicaciones electrónicas en línea.
5. Un informe económico-financiero, que permite conocer básicamente las desviaciones de los gastos e ingresos de una institución.

La **gestión clínica** busca mejorar los resultados de la práctica clínica con «una mayor participación e **implicación de los profesionales en la gestión de los recursos** que utilizan en su actividad asistencial»; se define como el uso de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de los enfermos ^{F12}. Es decir: el clínico se responsabiliza también de los recursos que consume.

Desde el punto de vista estratégico, la gestión clínica pretende **responsabilizar progresivamente a los médicos en la utilización de los recursos**, «introduciendo de forma simultánea **mecanismos de financiación y de incentiación** necesarios para que sea posible» ^{F41}.

Gestión clínica: definición

¿Qué se entiende por “gestión clínica”, como concepto vinculado a la gestión sanitaria?:

1. La responsabilidad de los profesionales sanitarios en la utilización de los recursos y la introducción de los correspondientes mecanismos de financiación.
2. La gestión asistencial de las áreas no quirúrgicas de los hospitales.
3. La función de la gestión hospitalaria que se ocupa específicamente de supervisar las retribuciones y demás condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios.
4. La coordinación asistencial de los centros de atención primaria y especializada dentro de un área de salud.
5. La gestión de la actividad asistencial de un Servicio o Unidad, sin tener en cuenta la gestión de los recursos, ni los procedimientos administrativos, ni cualquier otra consideración que no sea la propia actividad asistencial.

8. Gestión de cuidados: asignación del trabajo, gestión de casos, práctica avanzada y dotación

Métodos de asignación del trabajo enfermero. Se describen cuatro, en dos grupos: el orientado a la **tarea** (funcional) y los centrados en la **persona** (individual, por equipos y enfermería primaria) ^{F23}:

Método	Cómo se reparte el trabajo
Funcional (por tareas)	Se reparten tareas y procedimientos : cada profesional hace una o varias tareas a todos los pacientes; el objeto de la acción no es el paciente sino la tarea. Se popularizó en la II Guerra Mundial ^{F23}
Individual (por paciente, método de casos)	Una enfermera asume toda la responsabilidad del cuidado de un grupo de pacientes durante un turno ^{F23}
Por equipos	Surge en los años 50 ante la escasez de personal y la insatisfacción con el funcional; descentraliza responsabilidades ^{F23}
Enfermería primaria	Desarrollada en 1968 por Marie Manthey (Universidad de Minnesota): una enfermera es responsable de planificar, prestar y evaluar los cuidados de uno o más pacientes desde el ingreso hasta el alta , con enfermeras asociadas en su ausencia ^{F23,F24}

EIR 2011 · 99

P37 · respuesta en el solucionario

Métodos de asignación del trabajo enfermero (funcional, enfermería primaria)

En la gestión de personal, cuando se asigna a cada una de las enfermeras de una unidad una o dos funciones asistenciales a realizar a todos los pacientes de la unidad, se está utilizando el método:

1. Funcional.
2. Primario.
3. Por clientes.
4. De tipo y número de cuidados.
5. De expertía.

Métodos de asignación del trabajo enfermero (funcional, enfermera primaria)

¿Cómo se denomina el sistema de asignación de pacientes en el que se distribuyen los mismos a una enfermera para todo el período de hospitalización?:

1. Asignación funcional.
2. Gestión de casos.
3. Asignación por turnos.
4. Asignación por enfermera primaria.
5. Asignación por enfermera cuidadora.

Gestión de casos. Según el Consejo General de Enfermería, la gestión de casos («case management») se inicia en **EE. UU.** a principios del siglo XX como modelo de prestación de servicios ^{F61}. Definiciones que caen:

- **CMSA**, definición clásica (recogida en español): «un proceso de colaboración mediante el que se **valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan** las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover **resultados de calidad y coste efectivos**» ^{F25}. La versión vigente en la web de la CMSA describe un proceso de colaboración de valoración, planificación, facilitación, coordinación, evaluación y defensa (advocacy) para promover la **seguridad del paciente**, la calidad y resultados coste-efectivos ^{F27}.
- **NIC 7320 Gestión de casos**: «**coordinar la asistencia y defensa** de individuos concretos y poblaciones de pacientes en diversos contextos para **reducir costes**, disminuir el uso de recursos, **mejorar la calidad** de la asistencia sanitaria y **conseguir los resultados deseados**» ^{F25}. Es también la definición de la función de la **enfermera gestora de casos**.
- **ANCC** (definición aprobada de la gestión de casos enfermera): «un enfoque colaborativo dinámico y **sistemático** para proveer y **coordinar** servicios sanitarios a una **población definida**» («a dynamic and systematic collaborative approach to providing and coordinating healthcare services to a defined population»), que reduce la fragmentación y la duplicación de la atención y mejora la **calidad** y la **costo-efectividad** de los resultados clínicos ^{F63}.

★ Cómo reconocer la gestión de casos

Coordinación sistemática de la asistencia a individuos concretos o a una población definida + **resultados + menor coste + mejor calidad** = gestión de casos ^{F25,F63}.

Gestión de casos: definición

El modelo asistencial consistente en la coordinación sistemática de la atención que se presta a grupos específicos de pacientes, durante un episodio de cuidados, para alcanzar los resultados clínicos previstos, tratando de conseguir el menor coste y la mejora de la calidad asistencial, se denomina de:

1. Gestión de Casos.
2. Cuidados complejos.
3. Práctica Avanzada.
4. Cartera de Servicios.
5. Necesidades de Salud.

Gestión de casos: definición

El modelo asistencial consistente en la coordinación sistemática de la atención que se presta a grupos específicos de pacientes, durante un episodio de cuidados, para alcanzar los resultados clínicos previstos, tratando de conseguir el menor coste y la mejora de la calidad asistencial, se denomina de:

1. Gestión de Casos.
2. Cuidados Complejos.
3. Práctica Avanzada.
4. Cartera de Servicios.
5. Necesidades de Salud.

Gestión de casos: definición

¿Cuál es el proceso en el cual se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y los recursos disponibles que promuevan resultados de calidad y resulten costoefectivos?:

1. Planificación centrada en la persona.
2. Enfermería de Enlace.
3. Gestión de casos.
4. Continuidad asistencial.

Gestión de casos: definición

¿Cómo definiría la figura de enfermera Gestora de Casos?:

1. Enfermera que facilita la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.
2. Enfermera que dirige grupos de ayuda para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros.
3. Enfermera que facilita la capacidad de una persona enferma para interactuar con los demás.
4. Enfermera que coordina la asistencia y defensa de los individuos y poblaciones en diversos contextos para reducir costes, disminuir el uso de recursos, mejorar la calidad de la asistencia y conseguir los resultados deseados.

En España, el Servicio Andaluz de Salud la introdujo en **2002** y la asignó a **enfermeras** con amplia experiencia; la dirige a personas con **elevada complejidad clínica** y necesidad de cuidados de alta intensidad ^{F29}. Una experiencia precursora fue la incorporación de las **enfermeras comunitarias de enlace de Canarias en 1994** ^{F61}.

Pirámide de Kaiser Permanente. Estratifica a la población según su riesgo y complejidad e identifica **tres niveles de intervención**, para adecuar la intensidad de los cuidados a la complejidad de cada caso ^{F30}: en la base, **soporte de la autogestión** (pacientes crónicos, 70-80 %); en medio, **gestión de la enfermedad** (pacientes de alto riesgo); en el vértice, **gestión del caso** (pacientes de alta complejidad), bajo el nivel de promoción y prevención de la población general ^{F30}. La Estrategia de Cronicidad del SNS recoge la misma lógica: apoyo a la **autogestión** del paciente crónico, **gestión de la enfermedad** en los casos de menor complejidad y **gestión integral del caso** en los de mayor complejidad o pluripatología ^{F28}.

Pirámide de Kaiser Permanente: niveles de estratificación

Respecto al modelo de estratificación de riesgos de Kaiser Permanente, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Se basa en el análisis y estratificación de la población según la complejidad y las necesidades de atención.
2. Identifica cinco niveles de intervención según el grado de complejidad del caso.
3. Organiza a los pacientes según su riesgo, lo que permite utilizar mejor los recursos humanos, concentrándolos sobre los grupos más complejos.
4. En el nivel 1 de la pirámide de riesgo se encuentran los pacientes enfermos crónicos con buen control de su enfermedad.

Enfermera de práctica avanzada (CIE, 2020). Es una enfermera **generalista o especialista** que ha adquirido, mediante formación de posgrado adicional (**mínimo un máster**), una **base de conocimientos experta**, capacidad para la **toma de decisiones complejas** y **competencias clínicas** para la práctica avanzada, cuyas características dependen del **contexto** en que está acreditada para ejercer; sus dos roles más identificados son la enfermera clínica especialista y la enfermera de atención directa (nurse practitioner) ^{F31}.

Enfermera de práctica avanzada según el CIE

Según las directrices del Consejo Internacional de Enfermería (CIE), ¿qué caracteriza a una enfermera de práctica avanzada (EPA)?:

1. Es la enfermera que trabaja en investigación fuera del entorno clínico.
2. Es la enfermera gestora que da apoyo educativo y conocimiento más avanzado.
3. Es la enfermera que tiene autonomía para la indicación, uso y administración de productos sanitarios.
4. Es la enfermera especialista o generalista con formación de grado superior, una base de conocimientos experta, habilidades para la toma de decisiones complejas y competencias clínicas ampliadas según el contexto en el que ejerce.

Hospitales magnéticos. En 1983 la American Academy of Nursing estudió los entornos de trabajo que **atraen y retienen** a enfermeras bien cualificadas: 41 de 163 instituciones tenían esas cualidades y se llamaron hospitales «magnet»; sus rasgos se conocen como **fuerzas del magnetismo** ^{F32}. Entre ellas están el estilo de gestión, la autonomía, las **relaciones interdisciplinarias** y el desarrollo profesional; el modelo actual incluye el **liderazgo transformacional** y el empoderamiento estructural ^{F32}. Una **alta rotación** de la plantilla es justo lo contrario de un hospital magnético, que se define por **retener** a sus enfermeras ^{F32}.

El estudio original (McClure et al., 1983) agrupó el magnetismo en tres «ingredientes»: **administración** (estilo de gestión, calidad del liderazgo, estructura organizativa, dotación de personal y políticas de personal), **práctica profesional** y **desarrollo profesional** ^{F48}. Los hospitales magnéticos se asocian a alta satisfacción laboral, menos desgaste profesional y **baja rotación del personal** ^{F48}.

Hospitales magnéticos: características

NO es una característica de los denominados “hospitales magnéticos”:

1. Administración participativa a todos los niveles de la organización.
2. Oportunidades de promoción para el personal, salarios competitivos y dotación de personal flexible.
3. Alta rotación en las plantillas de profesionales de enfermería.
4. Relaciones interdisciplinarias satisfactorias.

Dotación de enfermería en UCI (Ministerio de Sanidad, 2010). Como criterio orientativo se citan 1 enfermera por paciente en UCI de nivel III, 1:1,6 en nivel II y 1:3 en nivel I, pero lo más adecuado es **ajustar la plantilla a la gravedad y dependencia** de los pacientes con métodos como el **TISS** ^{F33}. Con la metodología TISS: los pacientes de **clase IV** requieren relación **1:1**; un paciente de clase III relativamente estable puede agruparse con **uno** de clase II y ser atendido por una sola enfermera; **cuatro** de clase II pueden ser atendidos por una enfermera experimentada; los de clase I no requieren vigilancia intensiva, salvo los ingresados para descartar infarto (1:4) ^{F33}. Para una UCI de nivel III se requeriría **una auxiliar de enfermería por cada 4 pacientes en turno de día y cada 6 en turno de noche** ^{F33}.

La guía de UCI da dos juegos de cifras

En el texto, el criterio orientativo es 1:1 (nivel III), 1:1,6 (II) y 1:3 (I), y una auxiliar por 4 pacientes de día y por 6 de noche en nivel III; en la **tabla de estándares** del anexo, la proporción enfermera/paciente es 1/1-1,5, 1/2 y 1/3, y la de auxiliar/paciente 1/4, 1/4 y 1/6 ^{F33}. Lo seguro para el examen: la plantilla se ajusta a la **gravedad y dependencia** (TISS), y **clase IV = 1:1** ^{F33}.

EIR 2026 · 200

P1 · respuesta en el solucionario

Ratios de enfermería en UCI: metodología TISS

Dentro de los estándares indicados por la última Guía de Unidades de Cuidados Intensivos (2010), del Ministerio de Sanidad, en el cálculo de las ratios de personal de enfermería se recomienda considerar:

1. Utilizar la metodología TISS (Simplified Therapeutic Intervention Score System), por la que los pacientes de la clase IV requerirán una relación 1:1.
2. Utilizar la metodología TISS, por la que los pacientes de clase III relativamente estables pueden ser agrupados con dos de clase II, por ser de bajo riesgo, y pueden ser tratados por una sola enfermera.
3. Para una UCI de nivel III se requeriría una auxiliar de enfermería por cada 8 pacientes en turno de día, y 12 en turno de noche.
4. La dimensión de la plantilla no se debe ajustar por nivel de dependencia de los pacientes, sino solamente en base al criterio diagnóstico.

Todas las preguntas del tema (48)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2026 · 200

P1 · respuesta en el solucionario

Dentro de los estándares indicados por la última Guía de Unidades de Cuidados Intensivos (2010), del Ministerio de Sanidad, en el cálculo de las ratios de personal de enfermería se recomienda considerar:

1. Utilizar la metodología TISS (Simplified Therapeutic Intervention Score System), por la que los pacientes de la clase IV requerirán una relación 1:1.
2. Utilizar la metodología TISS, por la que los pacientes de clase III relativamente estables pueden ser agrupados con dos de clase II, por ser de bajo riesgo, y pueden ser tratados por una sola enfermera.
3. Para una UCI de nivel III se requeriría una auxiliar de enfermería por cada 8 pacientes en turno de día, y 12 en turno de noche.
4. La dimensión de la plantilla no se debe ajustar por nivel de dependencia de los pacientes, sino solamente en base al criterio diagnóstico.

EIR 2026 · 151

P2 · respuesta en el solucionario

¿Cuál de los siguientes estilos o modelos de liderazgo enfermero es frecuentemente señalado como el más adecuado para fomentar la innovación, el compromiso profesional y la mejora de la calidad en servicios de salud, y por qué?:

1. Liderazgo autocrático, porque garantiza control estricto y cumplimiento de normas.
2. Liderazgo transaccional, porque se basa en recompensas e intercambio entre el equipo.
3. Liderazgo transformacional, porque genera entornos laborales saludables, promueve el desarrollo profesional y favorece el cambio.
4. Liderazgo Laissez-Faire, porque delega completamente y da libertad absoluta al equipo.

EIR 2023 · 19

P3 · respuesta en el solucionario

Según Mintzberg, ¿cuál de los siguientes es uno de los 5 mecanismos de control que parecen explicar las formas fundamentales en que las organizaciones coordinan su trabajo?:

1. Trabajo en equipo.
2. Evaluación.
3. Supervisión indirecta.
4. Adaptación mutua.

En gestión de la calidad, una de las técnicas de análisis de la situación sería la aplicación de la metodología DAFO. Esta herramienta de gestión permite obtener una representación de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades. Identifique la respuesta correcta:

1. Debilidades: están relacionadas con características externas.
2. Amenazas: son todos aquellos factores externos que pueden llegar a impedir la ejecución de una estrategia o poner en peligro su viabilidad.
3. Oportunidades: reúnen el conjunto de recursos internos, posiciones de poder y cualquier tipo de ventaja competitiva propia.
4. El análisis externo expone los puntos fuertes y las debilidades.

Según el modelo de liderazgo integrador no existe un liderazgo superior a los demás. Los líderes están rara vez orientados por completo a las personas o a la tarea. Por ello, influyen en la efectividad del liderazgo:

1. La jerarquía, las necesidades y los objetivos.
2. La conducta, la fuerza y la esperanza.
3. El clima, la motivación y la tarea.
4. El líder, el seguidor y la situación.

NO es una característica de los denominados “hospitales magnéticos”:

1. Administración participativa a todos los niveles de la organización.
2. Oportunidades de promoción para el personal, salarios competitivos y dotación de personal flexible.
3. Alta rotación en las plantillas de profesionales de enfermería.
4. Relaciones interdisciplinarias satisfactorias.

Cuando un directivo confía en la alta implicación y formación de cada una de las personas que integran el grupo, lo anima a discutir y comparte con ellos la toma de decisiones, el estilo de liderazgo es:

1. Autocrático.
2. Burocrático.
3. Permisivo.
4. Democrático.

¿Cuál de las siguientes respuestas hace referencia a un instrumento que se puede usar en el proceso de toma de decisiones?:

1. Case-Mix.
2. Gráfica de Gantt.
3. Peer Review.
4. Informe Flexner.

¿Qué es la Planificación Estratégica?:

1. La planificación a largo plazo.
2. La planificación a medio plazo.
3. La planificación a corto plazo.
4. La planificación sin plazos.

¿Qué autor está considerado como el padre de la gestión científica?:

1. Herzberg.
2. Maslow.
3. Drucker.
4. Taylor.

El proceso de influencia entre individuos o grupos para alcanzar metas, según McCloskey y Molen, hace referencia a:

1. La Motivación.
2. La Estrategia.
3. El Liderazgo.
4. La Comunicación.

¿Cuál de las siguientes Teorías NO tienen relación con la motivación del personal en el ámbito laboral?:

1. Teoría Monista de Taylor.
2. Teoría de Maslow de la jerarquía de necesidades.
3. Teoría de Sistemas de Von Bertalanffy.
4. Teoría del factor doble de Herzberg.

Dentro de la estructura presupuestaria de un hospital público ¿En qué Capítulo presupuestario están recogidos los recursos financieros para hacer frente al abono de los sueldos de los profesionales?:

1. Capítulo VI.
2. Capítulo IX.
3. Capítulo III.
4. Capítulo I.

En la gestión y administración de servicios existe un método que fue propuesto por Hanlon para la priorización de problemas. La fórmula propuesta en este método se compone de cuatro criterios, donde uno de ellos puede por sí solo hacer que el problema analizado obtenga un valor global de 0, dado cómo funciona dicho criterio dentro de la fórmula y el rango de valor que puede tener. Señale cuál es este criterio del métodos Hanlon:

1. Severidad.
2. Efectividad.
3. Factibilidad.
4. Magnitud.

¿Qué es un Organigrama?:

1. Un modelo de estructura parcial organizativo.
2. Un indicador para medir la calidad de la asistencia.
3. Una planificación estratégica.
4. Un gráfico que muestra las relaciones existentes entre las distintas partes de una organización.

La planificación estratégica, respecto al tiempo ¿es una planificación?:

1. A medio plazo.
2. A largo plazo.
3. A corto plazo.
4. Sin plazo.

¿Qué es un presupuesto?:

1. Plan para la asignación de recursos y un medio de control para que los resultados se ajusten a los proyectos.
2. Es el equilibrio entre costes directos e indirectos e ingresos.
3. Programa económico a tener en cuenta en la planificación estratégica.
4. Proceso de asignación de recursos materiales a los distintos programas asistenciales.

Dentro de las funciones administrativas de una institución sanitaria, un principio de la organización es “que la delegación surta el efecto planeado, cada nivel de autoridad debe tomar las decisiones que sean de su competencia, sin permitir que se transfieran a otros niveles de autoridad”. Esta definición atiende al principio de organización:

1. Tramo de control.
2. De la jerarquía.
3. De la división del trabajo.
4. Del nivel de autoridad.

Señale la respuesta correcta. La consecución de los objetivos de salud que conlleva el desarrollo de protocolos de actuación y programas de salud se enmarca en la planificación:

1. Estratégica.
2. Táctica.
3. Operativa.
4. De gestión.

Respecto a la teoría de Herzberg sobre los factores que explican la conducta de los trabajadores, señale cuál de los siguientes es un factor de tipo motivacional:

1. Salario.
2. Categoría.
3. Progreso.
4. Seguridad laboral.

¿Qué se entiende por “gestión clínica”, como concepto vinculado a la gestión sanitaria?:

1. La responsabilidad de los profesionales sanitarios en la utilización de los recursos y la introducción de los correspondientes mecanismos de financiación.
2. La gestión asistencial de las áreas no quirúrgicas de los hospitales.
3. La función de la gestión hospitalaria que se ocupa específicamente de supervisar las retribuciones y demás condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios.
4. La coordinación asistencial de los centros de atención primaria y especializada dentro de un área de salud.
5. La gestión de la actividad asistencial de un Servicio o Unidad, sin tener en cuenta la gestión de los recursos, ni los procedimientos administrativos, ni cualquier otra consideración que no sea la propia actividad asistencial.

El Cuadro de Mando es:

1. El conjunto de normas que rigen el funcionamiento interno de una institución.
2. Un conjunto de datos e indicadores, que sirve como instrumento de información y control para la gestión.
3. La relación de los nombres y cargos del Comité Directivo de una institución.
4. Un panel de control, utilizado por los Directores de instituciones, que les permite acceder a todos los servicios y aplicaciones electrónicas en línea.
5. Un informe económico-financiero, que permite conocer básicamente las desviaciones de los gastos e ingresos de una institución.

¿Cómo se llama el tipo de estructura de una organización, en el que cada persona ya no depende exclusivamente de un solo jefe, sino que además puede estar afectada por proyectos y estatutos diferentes, durante un tiempo variable o fijo?:

1. Piramidal.
2. Divisional.
3. Matricial.
4. Organigrama de Urwick.
5. Funcional.

¿Cuáles son las principales funciones de los mandos o dirigentes de una organización?:

1. Control, supervisión, información y comunicación.
2. Reclutamiento, selección, contratación y supervisión.
3. Planificación, organización, ejecución/ dirección y control.
4. Dirección, evaluación, autorización/ denegación y comunicación.
5. Contratación, formación, acreditación y aprobación.

¿Cómo se denomina al conjunto de actividades consistentes en crear y mantener un ambiente adecuado en el que los individuos, trabajando en grupo, puedan llevar a cabo funciones y objetivos preestablecidos?

1. Operativizar.
2. Administrar.
3. Objetivar.
4. Planificar.
5. Valorar.

En el ámbito de la gestión, a la capacidad productiva de las personas que se manifiesta y se mide por su desempeño, reflejando los conocimientos, las habilidades, las actitudes y las destrezas para realizar un trabajo eficiente y efectivo, se le denomina:

1. Competencia.
2. Liderazgo.
3. Competitividad.
4. Cualificación.
5. Motivación.

El modelo asistencial consistente en la coordinación sistemática de la atención que se presta a grupos específicos de pacientes, durante un episodio de cuidados, para alcanzar los resultados clínicos previstos, tratando de conseguir el menor coste y la mejora de la calidad asistencial, se denomina de:

1. Gestión de Casos.
2. Cuidados Complejos.
3. Práctica Avanzada.
4. Cartera de Servicios.
5. Necesidades de Salud.

El modelo asistencial consistente en la coordinación sistemática de la atención que se presta a grupos específicos de pacientes, durante un episodio de cuidados, para alcanzar los resultados clínicos previstos, tratando de conseguir el menor coste y la mejora de la calidad asistencial, se denomina de:

1. Gestión de Casos.
2. Cuidados complejos.
3. Práctica Avanzada.
4. Cartera de Servicios.
5. Necesidades de Salud.

Al estilo de liderazgo consistente en que el jefe presenta al grupo el análisis de la situación con valoración de alternativas sobre las que pide opinión, aunque la decisión sigue siendo exclusiva de él, se le denomina:

1. Autocrático.
2. Democrático.
3. Liberal.
4. Participativo.
5. Transformador.

Cuando se habla del impulso o fuerza interna que induce a una persona a trabajar en un determinado sentido, se está haciendo referencia a:

1. El liderazgo.
2. La delegación de autoridad.
3. El control.
4. La motivación.
5. La garantía de calidad.

A la hora de llevar a cabo un proceso de planificación sanitaria, la enfermera deberá tener en cuenta que la primera fase del mismo es:

1. El diagnóstico de salud.
2. La definición de objetivos.
3. El conocimiento de los recursos disponibles.
4. La definición de indicadores.
5. La población a la que se pretende dirigir la acción.

La función de analizar y formular los servicios de salud que son necesarios para proteger la salud de la población, con relación a las necesidades y problemas de salud que existen en esa población, considerando los recursos disponibles, se corresponde con:

1. Promoción de la salud.
2. Participación comunitaria.
3. Política de la salud.
4. Planificación sanitaria.
5. Educación sanitaria.

En gestión de los servicios de salud, la planificación que se lleva a cabo para más de cinco años, desde el más alto nivel de un organismo, con la finalidad de determinar los fines y la orientación de los servicios y con objetivos globales, se trata de un tipo de planificación:

1. Operativa.
2. Táctica.
3. Global.
4. Normativa.
5. Política.

Dentro de los tipos de poder que se ejercen en la empresa, el que se basa en la asociación con alguien más poderoso se conoce como:

1. Recompensa.
2. Relación.
3. Experto.
4. Referente.
5. Legítimo.

Señale la relación correcta entre el elemento de la organización y su significado:

1. Estatus: Conjunto de comportamientos y actitudes.
2. Autoridad: Capacidad reconocida de decidir por otros.
3. Liderazgo: Capacidad de ordenar.
4. Rol: Consideración o estimación del puesto o la persona.
5. Poder: Capacidad de influencia en otros.

El tipo de poder que utiliza estrategias basadas en las capacidades, conocimientos y habilidades de una persona a la que se le reconoce por los demás, el poder del conocimiento y la destreza en el área en la que ejerce, se corresponde con el de tipo:

1. De recompensa.
2. Coercitivo.
3. Legítimo.
4. De experto.
5. Referente.

En la gestión de personal, cuando se asigna a cada una de las enfermeras de una unidad una o dos funciones asistenciales a realizar a todos los pacientes de la unidad, se está utilizando el método:

1. Funcional.
2. Primario.
3. Por clientes.
4. De tipo y número de cuidados.
5. De expertia.

La secuencia de las fases del proceso administrativo es:

1. Planificar, organizar, dirigir y controlar.
2. Organizar, planificar, controlar y dirigir.
3. Dirigir, organizar, planificar y controlar.
4. Organizar, planificar, motivar y dirigir.
5. Planificar, dirigir, organizar y evaluar.

La administración por objetivos surge como un método de:

1. Control del gasto.
2. Motivación.
3. Evaluación y control del desempeño de áreas y organizaciones en crecimiento rápido.
4. Distribución de responsabilidades y mejora continua de la calidad.
5. Reconocimiento de incentivos.

Señale la relación correcta entre las etapas de la organización y las áreas de intervención:

1. Instalación: Estructura, orden y relaciones.
2. Sistematización: Políticas, normas y distribución de tareas.
3. Estructuración: Plantillas, medios, horarios y turnos.
4. Instalación: Políticas, normas y distribución de tareas.
5. Sistematización: Estructura, orden y relaciones.

Una estructura de organización que se basa en los principios de cadena de mando, unidad de mando, delegación parcial, regulación, especialización y orientación al producto, corresponde a un modelo:

1. De staff o de plantilla.
2. Burocrático o lineal.
3. Matricial o flexible.
4. Horizontal o plano.
5. De personal.

Dentro del proceso administrativo la estructuración, la sistematización y la instalación, son fases de la etapa de:

1. Planificación.
2. Organización.
3. Dirección.
4. Ejecución.
5. Control.

En la administración de los servicios enfermeros, la definición de las acciones a corto plazo y concretadas en todos sus aspectos, se refiere al concepto de planificación:

1. Táctica.
2. Estratégica.
3. Funcional.
4. Por objetivos.
5. Operativa.

Señale el dato que NO es un indicador para la utilización de servicios en la planificación sanitaria:

1. Promedio diario de urgencias atendidas.
2. Consultas sucesivas.
3. Lista de espera de consultas.
4. Gasto en recursos humanos.
5. Índice de rotación por cama.

¿Cómo se denomina la teoría que supone que a los empleados no les gusta la responsabilidad, prefieren que les dirijan, se resisten al cambio y quieren seguridad?:

1. Teoría Y Mc Gregor.
2. Teoría X Mc Gregor.
3. Teoría Maslow.
4. Teoría Herzberg.
5. Teoría Hackman.

¿Cómo se denomina la estructura que se utiliza para la organización hospitalaria en la que figura por un lado la estructura jerárquica (funcional) y por el otro la de staff?:

1. Estructura de Adhocracia.
2. Estructura Burocrática.
3. Estructura Matricial.
4. Estructura de Staff.
5. Estructuras horizontales.

¿Cómo se denomina el sistema de asignación de pacientes en el que se distribuyen los mismos a una enfermera para todo el período de hospitalización?:

1. Asignación funcional.
2. Gestión de casos.
3. Asignación por turnos.
4. Asignación por enfermera primaria.
5. Asignación por enfermera cuidadora.

Señala qué teoría de la motivación humana propone dos categorías distintas de necesidades que son independientes y que afectan a la conducta de manera distinta: la higiene y la motivadora:

1. Maslow.
2. Mc Clelland.
3. Alderfer.
4. Lewin.
5. Herzberg.

Preguntas que también podrían ser de este tema (11)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2026 · 155

P49 · respuesta en el solucionario

Según las directrices del Consejo Internacional de Enfermería (CIE), ¿qué caracteriza a una enfermera de práctica avanzada (EPA)?:

1. Es la enfermera que trabaja en investigación fuera del entorno clínico.
2. Es la enfermera gestora que da apoyo educativo y conocimiento más avanzado.
3. Es la enfermera que tiene autonomía para la indicación, uso y administración de productos sanitarios.
4. Es la enfermera especialista o generalista con formación de grado superior, una base de conocimientos experta, habilidades para la toma de decisiones complejas y competencias clínicas ampliadas según el contexto en el que ejerce.

EIR 2019 · 211

P50 · respuesta en el solucionario

Respecto al modelo de estratificación de riesgos de Kaiser Permanente, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Se basa en el análisis y estratificación de la población según la complejidad y las necesidades de atención.
2. Identifica cinco niveles de intervención según el grado de complejidad del caso.
3. Organiza a los pacientes según su riesgo, lo que permite utilizar mejor los recursos humanos, concentrándolos sobre los grupos más complejos.
4. En el nivel 1 de la pirámide de riesgo se encuentran los pacientes enfermos crónicos con buen control de su enfermedad.

EIR 2017 · 110

P51 · respuesta en el solucionario

¿Cómo definiría la figura de enfermera Gestora de Casos?:

1. Enfermera que facilita la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.
2. Enfermera que dirige grupos de ayuda para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros.
3. Enfermera que facilita la capacidad de una persona enferma para interactuar con los demás.
4. Enfermera que coordina la asistencia y defensa de los individuos y poblaciones en diversos contextos para reducir costes, disminuir el uso de recursos, mejorar la calidad de la asistencia y conseguir los resultados deseados.

¿Cuál es el proceso en el cual se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y los recursos disponibles que promuevan resultados de calidad y resulten costoefectivos?:

1. Planificación centrada en la persona.
2. Enfermería de Enlace.
3. Gestión de casos.
4. Continuidad asistencial.

Durante la priorización de una serie de problemas de cuidados que ha ido identificando durante el último año en sus pacientes, usted tiene los siguientes datos a cerca de uno de estos problemas: Severidad = 6; Magnitud = 8; Factibilidad de la intervención = 1; Efectividad de la Intervención = 0,5. Señale la respuesta correcta que representa la aplicación del método Hanlon:

1. $6 + 8 \times 0,5 \times 1$
2. $(8 + 6) \times 0,5 \times 1$
3. $8 + 6 \times 0,5 \times 1$
4. $(8 + 1) \times 6 \times 0,5$

Acude a su consulta Pablo, hombre de 58 años, que tiene un pequeño comercio en la zona adscrita al Centro de Salud donde usted le está atendiendo. Pablo está casado con Pilar de 57 años que se dedica por completo al cuidado de sus dos hijas (de 13 y 14 años) y la madre de Pablo que tiene 82 años, y a la que el propio Pablo define como “gran dependiente”. Durante la entrevista Pablo se muestra cansado, preocupado por el estado físico y anímico de su mujer y comenta que en la localidad de al lado, que es tan grande como la suya y que tiene la misma proporción de mayores dependientes, “han abierto un centro de día para mayores y eso nosotros también lo necesitamos”. Señale la respuesta correcta que indica el tipo de necesidad que Pablo muestra:

1. Sentida.
2. Comparada.
3. Normativa.
4. Expresada.

Las metas que mejoran el rendimiento y centran la atención de las personas son:

1. Generales, difíciles y poco desafiantes.
2. Específicas, difíciles y desafiantes.
3. Globales, fáciles y desafiantes.
4. Específicas, fáciles y desafiantes.
5. Las que se imponen externamente.

Dentro de un plan de salud, la parte del proceso que comprende la realización de las acciones e intervenciones sobre la salud o los servicios, y su evaluación, posibilitando cerrar el ciclo de la planificación y comparar los resultados obtenidos con los esperados, se corresponde con la etapa de planificación:

1. Normativa.
2. Estratégica.
3. Táctica.
4. Estructural.
5. Operativa.

En la cultura organizacional la consideración o estimación del puesto o persona se refiere al concepto de:

1. Poder.
2. Autoridad.
3. Rol.
4. Estatus.
5. Liderazgo.

Según la clasificación de Bradshaw sobre el estado de las necesidades de servicios de salud, la necesidad que surge cuando un grupo, en igualdad de condiciones a otro, no percibe los mismo servicios, se denomina necesidad:

1. Compartida.
2. Comparada.
3. Normativa.
4. Sentida.
5. Expresada.

El concepto que se define por el número de años de vida perdidos y por el número de años de calidad de vida perdidos, se denomina:

1. Vulnerabilidad y tendencia en el tiempo.
2. Criterios de gravedad.
3. Repercusión local.
4. Gravedad del caso.
5. Extensión y gravedad del problema.

Solucionario

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 200	1	
P2	EIR 2026 · 151	3	
P3	EIR 2023 · 19	4	hoja del archivo oficial
P4	EIR 2022 · 44	2	
P5	EIR 2019 · 37	4	hoja del archivo oficial
P6	EIR 2019 · 35	3	hoja del archivo oficial
P7	EIR 2018 · 213	4	hoja del archivo oficial
P8	EIR 2018 · 19	2	hoja del archivo oficial
P9	EIR 2018 · 18	1	hoja del archivo oficial
P10	EIR 2018 · 17	4	hoja del archivo oficial
P11	EIR 2018 · 16	3	hoja del archivo oficial
P12	EIR 2018 · 15	3	hoja del archivo oficial
P13	EIR 2018 · 14	4	hoja del archivo oficial
P14	EIR 2017 · 179	3	
P15	EIR 2017 · 108	4	
P16	EIR 2017 · 107	2	
P17	EIR 2017 · 105	1	
P18	EIR 2016 · 203	4	hoja del archivo oficial
P19	EIR 2016 · 201	3	hoja del archivo oficial
P20	EIR 2016 · 200	3	hoja del archivo oficial
P21	EIR 2015 · 196	1	reconstruida por un tercero
P22	EIR 2015 · 195	2	reconstruida por un tercero
P23	EIR 2015 · 194	3	reconstruida por un tercero
P24	EIR 2015 · 193	3	reconstruida por un tercero
P25	EIR 2014 · 190	2	reconstruida por un tercero

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2014 · 178	1	reconstruida por un tercero
P27	EIR 2014 · 177	1	reconstruida por un tercero
P28	EIR 2013 · 158	1	reconstruida por un tercero
P29	EIR 2013 · 157	4	reconstruida por un tercero
P30	EIR 2013 · 156	4	reconstruida por un tercero
P31	EIR 2013 · 125	1	reconstruida por un tercero
P32	EIR 2013 · 105	4	reconstruida por un tercero
P33	EIR 2012 · 110	4	reconstruida por un tercero
P34	EIR 2012 · 99	2	reconstruida por un tercero
P35	EIR 2012 · 98	5	reconstruida por un tercero
P36	EIR 2011 · 100	4	
P37	EIR 2011 · 99	1	
P38	EIR 2009 · 110	1	reconstruida por un tercero
P39	EIR 2009 · 100	3	reconstruida por un tercero
P40	EIR 2009 · 99	2	reconstruida por un tercero
P41	EIR 2007 · 110	2	reconstruida por un tercero
P42	EIR 2007 · 99	2	reconstruida por un tercero
P43	EIR 2007 · 98	5	reconstruida por un tercero
P44	EIR 2006 · 99	4	reconstruida por un tercero
P45	EIR 2004 · 41	2	reconstruida por un tercero
P46	EIR 2004 · 39	3	reconstruida por un tercero
P47	EIR 2004 · 38	4	reconstruida por un tercero
P48	EIR 2004 · 36	5	reconstruida por un tercero
P49	EIR 2026 · 155	4	
P50	EIR 2019 · 211	2	hoja del archivo oficial
P51	EIR 2017 · 110	4	

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P52	EIR 2017 · 28	3	
P53	EIR 2016 · 202	2	hoja del archivo oficial
P54	EIR 2016 · 199	2	hoja del archivo oficial
P55	EIR 2015 · 51	2	reconstruida por un tercero
P56	EIR 2011 · 79	5	
P57	EIR 2010 · 110	4	reconstruida por un tercero
P58	EIR 2007 · 97	2	reconstruida por un tercero
P59	EIR 2006 · 75	4	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** López de Castro F, Rodríguez Alcalá FJ. Planificación sanitaria (I). SEMERGEN. 2003;29(5):244-54 (recoge la definición y los tipos de planificación de Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Masson; 1987). · <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-download-S1138359303741872> · consultada 2026-09-26
- **F2** Rodríguez Alcalá FJ, López de Castro F. Planificación sanitaria (II): desde la priorización de problemas a la elaboración de un programa de salud. SEMERGEN. 2004;30(4):180-9. · <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-download-S1138359304742987> · consultada 2026-09-26
- **F3** López de Castro F, Rodríguez Alcalá FJ. Planificación sanitaria (y III). Organización del trabajo y evaluación. SEMERGEN. 2004;30(8):397-407. doi:10.1016/S1138-3593(04)74337-3. · <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-planificacion-sanitaria-y-iii-organizacion-S1138359304743373> · consultada 2026-09-26
- **F4** Bradshaw J. A taxonomy of social need. En: McLachlan G (ed.). Problems and progress in medical care: essays on current research, 7th series. London: Oxford University Press; 1972. p. 71-82. Versión publicada depositada por la Universidad de York (White Rose Research Online). · https://eprints.whiterose.ac.uk/id/eprint/118357/1/bradshaw_taxonomy.pdf · consultada 2026-09-26
- **F5** Choi BCK, Maza RA, Mujica OJ, et al. The Pan American Health Organization-adapted Hanlon method for prioritization of health programs. Rev Panam Salud Publica. 2019;43:e61. doi:10.26633/RPSP.2019.61. · <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.61> · consultada 2026-09-26
- **F6** Ministerio de Sanidad. Indicadores hospitalarios. Evolución 2011-2020 (Sistema de Información de Atención Especializada, SIAE), fichas de indicadores de actividad, personal y gasto. · https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2020/Indicadores_Hospitalarios_2011_2020.pdf · consultada 2026-09-26
- **F7** Comisión Europea, Capacity4dev. Evaluation methodological approach. Análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades) - SWOT. Actualizada en 2026. Grupo archivado. · https://capacity4dev.europa.eu/groups/evaluation_guidelines/info/analisis-dafo-debilidades-amenazas-fortalezas-oportunidades-swot_en · consultada 2026-09-26
- **F8** Latham GP, Locke EA. New developments in and directions for goal-setting research. European Psychologist. 2007;12(4):290-300. doi:10.1027/1016-9040.12.4.290. Texto leído en la página docente del autor (Rotman School of Management, Universidad de Toronto). · <https://doi.org/10.1027/1016-9040.12.4.290> · consultada 2026-09-26
- **F9** Naranjo Gil D. El uso del cuadro de mando integral y del presupuesto en la gestión estratégica de los hospitales públicos. Gac Sanit. 2010;24(3). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000300008 · consultada 2026-09-26
- **F10** Resolución de 20 de enero de 2014, de la Dirección General de Presupuestos, por la que se establecen los códigos que definen la clasificación económica (BOE-A-2014-879). Texto consolidado. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2014-879> · consultada 2026-09-26
- **F11** Astier Peña MP, de Val Pardo I, Gost Garde J, et al. Propuesta de indicadores para cuadros de mando de servicios médicos y quirúrgicos. Rev Adm Sanit Siglo XXI. 2004;2(3). · <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-propuesta-indicadores-cuadros-mando-servicios-medicos-quirurgicos-13066633> · consultada 2026-09-26

- **F12** Pérez JJ, García J, Tejedor M. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. Rev Calid Asist. 2002;17(5). doi:10.1016/S1134-282X(02)77520-9. · [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(02\)77520-9](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(02)77520-9) · consultada 2026-09-26
- **F15** Taylor FW. The Principles of Scientific Management. 1911. Obra de dominio público, Project Gutenberg eBook n.º 6435. · <https://www.gutenberg.org/ebooks/6435> · consultada 2026-09-26
- **F16** Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit. 2006;20(6) (aplica el marco de Mintzberg). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000600012 · consultada 2026-09-26
- **F17** Hernández Zavala M, Hernández Cantoral A, Nava Galán MG, et al. Satisfacción laboral del profesional de enfermería en cuatro instituciones de salud. Enfermería Universitaria (UNAM). 2012;9(1). · https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100002 · consultada 2026-09-26
- **F18** Madero Gómez SM. Factores de la teoría de Herzberg y el impacto de los incentivos en la satisfacción de los trabajadores. Acta Universitaria. 2019;29:e2153. doi:10.15174/au.2019.2153. · <https://doi.org/10.15174/au.2019.2153> · consultada 2026-09-26
- **F19** Madero-Gómez SM, Rodríguez-Delgado DR. Relación entre las teorías X y Y de McGregor, las formas de retribuir y la satisfacción de las personas en su trabajo. CienciaUAT. 2018;13(1). · https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78582018000200095 · consultada 2026-09-26
- **F20** De Lima Trindade L, Coelho Amestoy S, Adyles Muniz L, Biolchi T, Pires de Pires DE, Schubert Backes VM. Influencia de los estilos de liderazgo del enfermero en las relaciones interpersonales del equipo de enfermería. Enfermería Global. 2011;10(22). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200014 · consultada 2026-09-26
- **F21** Cummings GG, MacGregor T, Davey M, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. Int J Nurs Stud. 2010;47(3):363-85. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006 (resumen leído con las E-utilities del NCBI, PMID 19781702). · <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006> · consultada 2026-09-26
- **F22** Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE-A-2003-10715), art. 42.1. Texto consolidado. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715> · consultada 2026-09-26
- **F23** Parreira P, Santos-Costa P, Neri M, Marques A, Queirós P, Salgueiro-Oliveira A. Work Methods for Nursing Care Delivery. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(4):2088. doi:10.3390/ijerph18042088. · <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088> · consultada 2026-09-26
- **F24** Manthey M, Ciske K, Robertson P, Harris I. Primary nursing: a return to the concept of «my nurse» and «my patient». Nursing Forum. 1970;9(1):65-84. doi:10.1111/j.1744-6198.1970.tb00442.x (solo la referencia: artículo original de la enfermería primaria). · <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.1970.tb00442.x> · consultada 2026-09-26
- **F25** Enfermera gestora de casos, ¿reinventar lo inventado? Ene. Revista de Enfermería. 2024;18(2) (recoge la definición de la CMSA y la de la intervención NIC 7320 Gestión de casos). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2024000200007 · consultada 2026-09-26
- **F27** Case Management Society of America (CMSA). What is a Case Manager? (definición de gestión de casos). Página institucional. · <https://cmsa.org/who-we-are/what-is-a-case-manager/> · consultada 2026-09-

- **F28** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2012 (p. 15-16). · https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/ESTRATEGIA_ABO RDAJE_CRONICIDAD.pdf · consultada 2026-09-26
- **F29** Servicio Andaluz de Salud. Modelo de Gestión de Casos del Servicio Andaluz de Salud. Guía de reorientación de las prácticas profesionales. Sevilla; 2021. · https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/mgc_modelo_gestion_casos.pdf · consultada 2026-09-26
- **F30** Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad. 2025 (figura 4: modelo de estratificación de riesgo de Kaiser Permanente, adaptado de Goodwin y Curry, 2008). · <https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/inline-files/2025/03/Plan%20Andaluz%20de%20Atenci%C3%B3n%20a%20la%20Cronicidad%2003032025.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F31** International Council of Nurses. Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020. Ginebra: ICN; 2020 (glosario, definición de Advanced Practice Nurse). · https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf · consultada 2026-09-26
- **F32** American Nurses Credentialing Center (ANCC). What is the Magnet Recognition Program (historia del programa) y ANCC Magnet Model (<https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/magnet-model/>). Páginas institucionales. · <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/about-magnet/> · consultada 2026-09-26
- **F33** Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. Madrid; 2010 (apartado de recursos humanos, p. 90, y anexo de estándares). · <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/UCI.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F34** Martínez Romero E, Esparza Olguín LG. Teorías de sistemas complejos: marco epistémico para abordar la complejidad socioambiental. Intersticios Sociales. 2021;(21). · https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-49642021000100373 · consultada 2026-09-26
- **F37** Lo MC, Ramayah T, Liew WT. Relationship between bases of power and job stresses: role of mentoring. SpringerPlus. 2014;3:432. doi:10.1186/2193-1801-3-432 (bases de French y Raven, 1959, más información y conexión). · <https://doi.org/10.1186/2193-1801-3-432> · consultada 2026-09-26
- **F38** Allen Norman AM, Flores Sandí G. Análisis de la motivación del recurso humano: comparación entre los servicios de cirugía del Hospital Dr. Calderón Guardia y patología forense del Organismo de Investigación Judicial. Medicina Legal de Costa Rica. 1998;15(1-2). · https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151998000200006 · consultada 2026-09-26
- **F39** Cummings GG, Tate K, Lee S, Wong CA, Paananen T, Micaroni SPM, Chatterjee GE. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. Int J Nurs Stud. 2018;85:19-60. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016 (resumen leído con las E-utilities del NCBI, PMID 29807190). · <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016> · consultada 2026-09-26
- **F40** Méndez A, Rojas M. Cambio en la jerarquía de necesidades básicas de Maslow: evidencia desde el estudio del bienestar subjetivo en México. Anales de Psicología. 2024;40(3):458-465. doi:10.6018/analesps.511101 (cita a Maslow 1943 y 1968). · <https://doi.org/10.6018/analesps.511101> · consultada 2026-09-26

- **F41** Berchid Debdí M. Gestión clínica en Atención Primaria: alcance, utilidad, oportunidades y amenazas (carta al director). Medicina General (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia). 2001;33:321-326. · <https://semg.info/mgyf/medicinageneral/abril2001/321-326.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F42** Mestorino MA. La planificación para la salud. En: Barragán HL (dir.). Fundamentos de salud pública, cap. 21, p. 419-452. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP); 2007. ISBN 978-950-34-0415-7. Texto leído en el repositorio institucional de la UNLP (SEDICI), CC BY-NC 2.5. · <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/141320> · consultada 2026-09-28
- **F43** Bright DS, Cortes AH, et al. Principles of Management, §13.2 «The Leadership Process». Houston: OpenStax, Rice University; 2019. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/principles-management/pages/13-2-the-leadership-process> · consultada 2026-09-28
- **F44** Bright DS, Cortes AH, et al. Principles of Management, §13.5 «Behavioral Approaches to Leadership». Houston: OpenStax, Rice University; 2019. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/principles-management/pages/13-5-behavioral-approaches-to-leadership> · consultada 2026-09-28
- **F45** Wang X, Liu Y, Peng Z, et al. Situational leadership theory in nursing management: a scoping review. BMC Nursing. 2024;23:930. doi:10.1186/s12912-024-02582-9. · <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02582-9> · consultada 2026-09-28
- **F46** Black JS, Bright DS, et al. Organizational Behavior, §13.1 «Power in Interpersonal Relations». Houston: OpenStax, Rice University; 2019. · <https://openstax.org/books/organizational-behavior/pages/13-1-power-in-interpersonal-relations> · consultada 2026-09-28
- **F47** Conerly TR, Holmes K, Tamang AL. Introduction to Sociology 3e, §4.3 «Social Constructions of Reality» (Roles and Status). Houston: OpenStax, Rice University; 2021. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/introduction-sociology-3e/pages/4-3-social-constructions-of-reality> · consultada 2026-09-28
- **F48** Nilsson P, Gustavsson M. Implementation of a magnet hospital model: attracting and retaining healthcare staff in a Swedish hospital. Journal of Health Organization and Management. 2024;38(9):329-343. doi:10.1108/JHOM-04-2024-0159 (acceso abierto, CC BY 4.0; texto leído por las E-utilities de NCBI, PMC11407429). · <https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2024-0159> · consultada 2026-09-28
- **F49** Bright DS, Cortes AH, et al. Principles of Management, §1.3 «Major Characteristics of the Manager's Job». Houston: OpenStax, Rice University; 2019. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/principles-management/pages/1-3-major-characteristics-of-the-managers-job> · consultada 2026-10-01
- **F50** Bright DS, Cortes AH, et al. Principles of Management, §13.1 «The Nature of Leadership». Houston: OpenStax, Rice University; 2019. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/principles-management/pages/13-1-the-nature-of-leadership> · consultada 2026-10-01
- **F51** Bright DS, Cortes AH, et al. Principles of Management, §3.4 «Taylor-Made Management». Houston: OpenStax, Rice University; 2019. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/principles-management/pages/3-4-taylor-made-management> · consultada 2026-10-01
- **F52** Bright DS, Cortes AH, et al. Principles of Management, §3.5 «Administrative and Bureaucratic Management». Houston: OpenStax, Rice University; 2019. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/principles-management/pages/3-5-administrative-and-bureaucratic-management> · consultada 2026-10-01
- **F53** Bright DS, Cortes AH, et al. Principles of Management, §3.6 «Human Relations Movement». Houston: OpenStax, Rice University; 2019. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/principles-management/pages/3-6-human-relations-movement> · consultada 2026-10-01

- **F54** Bright DS, Cortes AH, et al. Principles of Management, §3.7 «Contingency and System Management». Houston: OpenStax, Rice University; 2019. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/principles-management/pages/3-7-contingency-and-system-management> · consultada 2026-10-01
- **F55** Bright DS, Cortes AH, et al. Principles of Management, §4.3 «Organizational Designs and Structures». Houston: OpenStax, Rice University; 2019. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/principles-management/pages/4-3-organizational-designs-and-structures> · consultada 2026-10-01
- **F56** Bright DS, Cortes AH, et al. Principles of Management, §10.1 «Organizational Structures and Design». Houston: OpenStax, Rice University; 2019. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/principles-management/pages/10-1-organizational-structures-and-design> · consultada 2026-10-01
- **F57** Bright DS, Cortes AH, et al. Principles of Management, §13.6 «Situational (Contingency) Approaches to Leadership». Houston: OpenStax, Rice University; 2019. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/principles-management/pages/13-6-situational-contingency-approaches-to-leadership> · consultada 2026-10-01
- **F58** Conerly TR, Holmes K, Tamang AL. Introduction to Sociology 3e, §6.2 «Group Size and Structure» (Leadership Styles). Houston: OpenStax, Rice University; 2021. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/introduction-sociology-3e/pages/6-2-group-size-and-structure> · consultada 2026-10-01
- **F59** Bright DS, Cortes AH, et al. Principles of Management, §14.1 «Motivation: Direction and Intensity». Houston: OpenStax, Rice University; 2019. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/principles-management/pages/14-1-motivation-direction-and-intensity> · consultada 2026-10-01
- **F60** Bright DS, Cortes AH, et al. Principles of Management, §14.2 «Content Theories of Motivation». Houston: OpenStax, Rice University; 2019. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/principles-management/pages/14-2-content-theories-of-motivation> · consultada 2026-10-01
- **F61** Consejo General de Enfermería. Resolución n.º 7/2021, de 25 de marzo, por la que se ordenan determinados aspectos del ejercicio profesional de las/os enfermeras/os gestoras de casos en la atención al paciente con problemas de salud crónicos (preámbulo). · <https://www.consejogeneralenfermeria.org/normativa/normativa-de-resoluciones-de-ordenacion-profesional/resoluciones/send/139-2021/1454-resolucion-n-7-2021> · consultada 2026-10-01
- **F62** Pardal Monteiro I. Hospital, uma organização de profissionais. Análise Psicológica. 1999;17(2):317-325 (apartado 1.1, «O hospital, uma burocracia profissional»). · <https://www.scielo.pt/pdf/aps/v17n2/v17n2a08.pdf> · consultada 2026-10-01
- **F63** American Nurses Association, Nursing Knowledge Center. Nursing Case Management Review and Resource Manual, 4.ª ed. Silver Spring (MD): ANA; ISBN 9781935213383. Capítulo 2, «Clinical Case Management Practice» (muestra de la editorial; recoge la definición aprobada por el American Nurses Credentialing Center, tomada de Llewellyn y Leonard, 2009, p. 12). · <https://www.nursingworld.org/globalassets/catalog/sample-chapters/nursingcasemgmt-samplechapter.pdf> · consultada 2026-10-01

Pendiente de verificar

- Fases de la organización —estructuración, sistematización e instalación— y sus contenidos (estructura-orden-relaciones; políticas-normas-distribución de tareas; plantillas-medios-horarios), concepto repetido de EIR2007-099 y EIR2009-099: solo aparecen en webs de apuntes, material de cursos y academias. El 2026-10-01 se retiraron del tema las definiciones de organizar de Reyes Ponce y Münch Galindo, que se leían en unos apuntes de la FCA-UNAM (material de curso, no es fuente). Buscado otra vez en WebSearch (solo un

boletín de la UAEH sin esas fases, Scribd y guías escolares) y en OpenStax (Principles of Management y Organizational Behavior, sin esas fases ni una definición de organizar). Sin fuente válida: el concepto se declara en `repetidos\_sin\_fuente` y EIR2007-099 y EIR2009-099 dejan de intercalarse. Buscar en Münch Galindo L, Fundamentos de administración (Trillas), con muestra de la editorial.

- Definición de liderazgo de McCloskey y Molen (Annu Rev Nurs Res. 1987;5:177-202, PMID 3555553), que cita EIR2018-016: el registro de PubMed no tiene resumen y la página del editor (connect.springerpub.com) da 403 a curl (refuerzo 2026-09-28); no se ha podido leer el texto. El tema usa una definición equivalente (liderazgo como influencia grupal para alcanzar objetivos).
- Tipos de planificación en cuatro niveles (EIR2012-110 y EIR2007-098): resuelto en parte en el refuerzo 2026-09-28 con Mestorino (EDULP 2007) ^{F42}, que separa normativa o política (largo plazo, más alto nivel), estratégica, táctica y operativa (corto plazo). Sigue sin fuente la cifra de «más de cinco años» para la normativa (F1 da 5-10 años al nivel normativo/estratégico).
- Atribución del poder de conexión o relación a Hersey y Goldsmith (1979): refuerzo 2026-09-28, buscado en WebSearch; solo aparece en copias de terceros (un blog universitario con el PDF de Sage, ResearchGate, eGyanKosh) y algunas dan 1980; el artículo original (Group Organ Stud. 1979) es de pago. El tema da el poder de conexión con F37, sin atribuirlo. Estatus y rol (EIR2010-110, EIR2012-098): resuelto en parte con OpenStax ^{F47} (estatus = rango; rol = conducta esperada) y ^{F46} (poder, autoridad, liderazgo); la fórmula «consideración o estimación del puesto o persona» de EIR2010-110 sigue sin fuente.
- Principio de organización «del nivel de autoridad» (EIR2016-203): refuerzo 2026-09-28, buscado en WebSearch y en OpenStax; solo aparece en webs de apuntes y blogs (Vedantu, GeeksforGeeks, Koontz y O'Donnell citados de segunda mano); OpenStax trata la delegación y la unidad de mando, pero no ese principio. Sin fuente; buscar en Koontz y Weihrich, Administración (McGraw-Hill), con muestra de la editorial (la web de McGraw-Hill India no ofrece muestra).
- Dirección por objetivos de Drucker (1954) como método de evaluación y control del desempeño de áreas en crecimiento rápido (EIR2009-100): refuerzo 2026-09-28, OpenStax (Principles of Management §17.7) la describe como filosofía de dirección, técnica de planificación y control y programa de participación, sin su origen ni la idea de «crecimiento rápido»; lo demás son blogs, Scribd y academia.edu. No se intercala porque la sección no permitiría distinguir el «método de» que pregunta.
- Rasgos «administración participativa» y «salarios competitivos» de los hospitales magnéticos (EIR2019-035) en el estudio original (McClure et al., 1983): NCBI Bookshelf bloquea la lectura automática. Refuerzo 2026-09-28: Nilsson y Gustavsson (2024) ^{F48} dan los tres ingredientes de McClure y la baja rotación, pero no esos dos rasgos; la copia de CiteSeerX del informe original es de un tercero.
- Porcentaje de pacientes del vértice de la pirámide de Kaiser: comprobado en la figura 4 del Plan Andaluz de Cronicidad (página 26 renderizada, refuerzo 2026-09-28): pone «15 %» tanto en alto riesgo como en alta complejidad, lo que parece una errata de la fuente. No se ha encontrado otra fuente válida con la cifra (la Estrategia de Cronicidad del SNS y Nuño Solinís 2007 no la dan), así que el tema no da esa cifra.
- Definición de administrar como «crear y mantener un ambiente adecuado en el que los individuos, trabajando en grupo...» (EIR2014-190): es la de Koontz y Weihrich; refuerzo 2026-09-28, solo aparece en copias de terceros (academia.edu, Studocu, blogs) y la web de McGraw-Hill India no ofrece muestra. El 2026-10-01 se retiró la definición de administrar que se tomaba de un material docente de la Universidad de Cantabria (material de curso); OpenStax ^{F50} define la administración como proceso de planificar, organizar, dirigir y controlar, pero no habla del ambiente ni del trabajo en grupo, así que EIR2014-190 deja de intercalarse.

- EIR2016-201 (apoyo débil): la fuente F1 asigna los «programas de salud» a la táctica y los «programas y protocolos concretos» a la operativa, y Mestorino ^{F42} da el «programa» como producto de la táctica; ninguna fuente válida encontrada en el refuerzo 2026-09-28 liga en exclusiva los «protocolos de actuación» a la operativa (la única encontrada era una clase de la Intendencia de Montevideo, material de curso). El choque con F42 va en un recuadro de discrepancia.
- Material de cursos retirado el 2026-10-01 (OpenCourseWare de la Universidad de Cantabria y apuntes de la FCA-UNAM) sin fuente válida que lo sustituya; buscado en OpenStax (Principles of Management, Organizational Behavior, Introduction to Sociology) y en WebSearch: la definición de organización de Schein (su obra no tiene edición abierta); el principio de excepción y el ámbito de control atribuidos a Fayol (OpenStax da sus 14 principios, que no los incluyen, y atribuye el ámbito de control a los elementos de la burocracia de Weber); las funciones de línea y de staff y las estructuras lineal y de staff; el estilo de liderazgo consultivo (continuo de Tannenbaum y Schmidt, Harvard Business Review 1958, de pago; lo demás son webs de apuntes); «la dirección incluye el liderazgo y la motivación»; la definición de motivación como «proceso dirigido a despertar la acción...»; la organización como sistema abierto «dividido en subsistemas»; el año 1998 de la definición de la ANCC (la muestra de la ANA ^{F63} la da sin año); y las experiencias previas de gestión de casos en Cataluña (solo en un artículo de 2009 cuya cifra del año de Canarias es ambigua, «19994»).
- EIR2004-039 (estructura matricial descrita como «por un lado la estructura jerárquica (funcional) y por el otro la de staff»): al retirar el 2026-10-01 las fuentes de curso (F35, F36), las fuentes válidas (OpenStax ^{F55,F56}) describen la matricial como jefe funcional más jefe de producto, proyecto o zona, nunca como jerárquica más staff, y la estructura de staff no tiene fuente válida (ver la entrada anterior). Deja de intercalarse; EIR2015-194, del mismo concepto repetido, sigue intercalada.