

15.7 Evaluación y desarrollo de competencias profesionales en una Unidad de Gestión Clínica



Las Unidades de Gestión Clínica (UGC) aportan mejoras en el compromiso por alcanzar objetivos específicos. Sin embargo otros cambios más significativos en la forma de trabajar de los dispositivos asistenciales, que incida en los estilos de prácticas resulta difícil de verificar. La Gestión por Competencias y los Procedimientos Normalizados de Trabajo son métodos útiles para progresar en este cambio.

Autor: J. Expósito

*UGC de Oncología. H U Virgen de las Nieves.
Granada*

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Expósito J. Evaluación y desarrollo de competencias profesionales en una Unidad de Gestión Clínica [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 [consultado día mes año]. Tema 15.7

Disponibile en: [direccion url del pdf.](#)



TEXTOS DE ADMINISTRACION SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



Resumen:

Tras el tiempo transcurrido, el modelo de Gestión Clínica, merece una evaluación formal de su grado de desarrollo y de lo conseguido. Aunque sin duda ha permitido una mayor integración de la evaluación por objetivos, otros cambios que afectan a los estilos de prácticas, resultan difíciles de interpretar. El enfoque por Competencias asume que los profesionales constituyen la clave para alcanzar los objetivos (éxito) de la organización, persiguiendo un proceso continuo de adaptación de ésta al proceso de atención. Trata de tener en cuenta las características de los profesionales que puedan ser medidas, y que sean de

utilidad de cara a las actividades necesarias en cada puesto de trabajo.

II Introducción

- 1. El Marco necesario*
- 2. La organización funcional del trabajo: Procedimientos Normalizados de Trabajo*
 - 2.1. Definiciones operativas*
 - 2.2. La situación de partida*
 - 2.3. Guía para el diseño y la mejora. Instrumentos para la implantación*
 - 2.3.1. Tipos de actividades realizadas en la UGC/ servicio*
 - 2.3.2. Análisis de funcionamiento: interrelaciones de actividades*
 - 2.3.3. Funciones realizadas por los profesionales*
 - 2.3.4. Instrumentos de apoyo y sistemas de información y registro*
 - 2.4. Consideraciones prácticas*
 - 2.5. Consideraciones finales: PNT, competencias y cambios de prácticas*
- 3. De las Tareas a las Competencias Profesionales.*
 - 3.1. El concepto de competencia.*
 - 3.2. Los Mapas de Competencias.*
 - 3.3. La Acreditación de Competencias*
 - 3.4. El proceso de acreditación*

Referencias bibliográficas

La aplicación de este modelo se beneficia particularmente de la implantación de los procedimientos normalizados de trabajo (PNT). Imaginar cualquier organización que no los tenga explícitamente acordados resulta difícil y sin embargo es muy frecuente comprobar que muchas UGC no han dedicado ningún tiempo ni esfuerzo a pensar en sus PNT.

En un sentido distinto, las competencias profesionales en organizaciones del conocimiento como las sanitarias, también deberían poder relacionarse con la forma que dicha UGC tiene de revisar e incorporar evidencias a los procedimientos de trabajo, dado que el modelo se basa particularmente en la capacidad de los profesionales en definir qué hay que hacer y cómo hacerlo, y plantear objetivos formales de resultados.

Revisaremos aquí de una manera orientada a la práctica qué son y cómo podríamos definir el enfoque por competencias y los PNT. También algunos aspectos metodológicos y las dificultades para una mejor gestión del conocimiento en el

seno de las UGC. Proponemos algunas estrategias que podrían ser incorporadas en las UGC y que incluyen instrumentos útiles en la práctica clínica, pero también otros más centrado en el ámbito de la meso-gestión.

Introducción

Las organizaciones sanitarias se caracterizan por ser organizaciones complejas. Los procesos asistenciales en general han tenido la tendencia en los últimos años de incorporar la multidisciplinariedad como manera básica de entender la mejoría o la curación de los pacientes. Y esto (casi) con independencia del problema de salud de que se trate. Aunque algunas patologías pueden ser claros ejemplos (como las tumorales o muchas de las dolencias crónicas), casi ninguna está fuera de este principio: varios expertos de distintas formaciones y áreas de conocimiento trabajando por el enfermo.

Claro que esta mayor complejidad tiene muchas lecturas. Y en muchas ocasiones no siempre el grado de mejora de la salud se relaciona con la mayor intensidad en medios de diagnóstico, terapéuticos, etc. ..empleados. También por cierto en ocasiones esta multidisciplinariedad plantea problemas de liderazgo o de apropiación del paciente a través del instrumento (técnica, procedimiento) que dominamos como profesionales. Nada que no ocurra en (casi) todas las empresas con bastante independencia del proceso al que se dedican.

En otras palabras, el modelo clínico habitual se basa en procesos "productivos" acoplados (muchas unidades participan en un proceso) y "conjuntos" (cada unidad participa en muchos procesos). La cronicidad incrementa exponencialmente esta interdependencia.

Esta visión más horizontal del trabajo sanitario nos brinda la posibilidad de hacer uso de ciertos métodos que en principio podrían resultarnos ajenos. Pero de los que ya vamos teniendo buena cuenta incluso en las revistas del ámbito de nuestra especialidad.

La estandarización como aproximación de inspiración industrial (Taylor) o funcional-analítica (Fayol-Weber) tiene un gran atractivo racional y cuando puede aplicarse eficazmente consigue mejoras de productividad, aumento de la delegación

El modelo clínico habitual se basa en procesos "productivos" acoplados (muchas unidades participan en un proceso) y "conjuntos" (cada unidad participa en muchos procesos)

responsable, ganancias de calidad, mayor seguridad y reducción de la variabilidad inapropiada. No toda la clínica puede estandarizarse, ya que una parte importante se basa en el ajuste mutuo entre ciencia médica, recursos asistenciales disponible, médico clínico, enfermedades coexistentes, paciente y sociedad. Pero para aquellas prácticas en las cuales tanto la certidumbre (conocimiento y experiencia) como el consenso (entre agentes) son altas, es fundamental la utilización de sistemas de organización bien estructurada, y de gestión de procesos que estabilicen el trabajo, mejoren la automatización y la delegación, y permitan liberar tiempo clínico efectivo para la interacción profesional y humana con el paciente.

En general la cultura de los profesionales sanitarios en estas metodologías de estandarización de procesos es relativamente reciente, como también lo es el irnos convenciendo de dos aspectos que parecen los polos de una misma cosa. Así, si queremos que nuestra 'empresa' (UGC, dispositivo de AP, etc) funcione adecuadamente (esto es, que de los resultados esperados con el grado de calidad requerido) se necesita que los procedimientos estén tan estandarizados como sea posible: para hacer las cosas con buenos resultados hemos de hacerlas SISTEMATICAMENTE bien. De manera prioritaria deberemos revisar o diseñar en su caso, los Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT en adelante) de nuestras UGC.

Pero de otro lado, un elemento esencial es que en este proceso de estandarización no perdamos de vista el carácter humano: las personas que desarrollan el trabajo es el principal valor de la empresa, también desde el punto de vista de la producción. Esto que ya saben muy bien compañías que se desenvuelven en ámbitos competitivos de carácter privado, resulta algo más difícil de visualizar en los sistemas públicos de orientación burocrática. Por eso si cabe el reto en éstos, por cierto donde la mayoría de las UGC se sitúan, es aún mayor. La Gestión por Competencias pretende armonizar este enfoque con nuestra organización asistencial y algunas experiencias pueden sernos de utilidad.

Pues bien, tanto los PNT como la gestión por competencias tienen en estos momentos ante sí el reto de convencer de su bondad para la mejora de las prácticas clínicas, a través de una mejor gestión del conocimiento y la información que alimenta las prácticas clínicas útiles. Y la cuestión a despejar será si pueden

No toda la clínica puede estandarizarse, ya que una parte importante se basa en el ajuste mutuo entre ciencia médica, recursos asistenciales disponible, médico clínico, enfermedades coexistentes, paciente y sociedad. Aquellas prácticas en las cuales tanto la certidumbre (conocimiento y experiencia) como el consenso (entre agentes) son altas, es fundamental la utilización de sistemas de organización bien estructurada, y de gestión de procesos que estabilicen el trabajo, mejoren la automatización y la delegación

las personas que desarrollan el trabajo es el principal valor de la empresa, también desde el punto de vista de la producción.

servir para la traslación del conocimiento a las prácticas clínicas¹.

1. El Marco necesario.

A nuestro modo de ver, el desarrollo de los PNT y el enfoque competencial requieren un elemento previo. Las UGC y servicios empeñados en hacer uso de ellos necesitan estar en un proceso continuo de planificación, que les permita analizar donde están hoy y establecer un plan con el que puedan llegar al objetivo deseado. Dicho de otro modo, que les ayude a preguntarse cómo hacen hoy las cosas y cómo se harán en el futuro. Una organización dinámica y abierta a la reflexión.

No siempre nuestra experiencia profesional es optimista en este sentido ya que los contratos de gestión o cualquier otro instrumento al uso (pactos por objetivos), no se han dotado de la flexibilidad y potencia necesaria para que hayamos confiado en ellos como gestores del cambio en profundidad que se buscaba. Con frecuencia frente a ciertos tipos de innovaciones, nos sentimos presas del carácter tan burocrático de nuestro entorno. Sin embargo los momentos complejos como los que atravesamos pueden ser una buena oportunidad.

El enlace de los contratos de gestión con los modelos presupuestarios y de asignación de recursos no ha funcionado bien; quizás un modelo de presupuestación plurianual (como en otros países) ayudaría a dar más proyección planificadora a la gestión, y permitiera que las unidades de gestión clínica internalizaran un pensamiento de mayor calado planificador, que abarcara a sus activos y tecnologías.

Así pues, proceso continuo de planificación, y, junto a ello, compromiso por parte de los equipos directivos en esta inversión de tiempo y de energía ambos elevados en un primer momento.

¹ Parte del material que se presenta en este texto didáctico es el resultado de la experiencia propia que llevamos a cabo dentro del Plan Integral de Oncología de Andalucía. Es por ello que algunos ejemplos pertenecen a este área, aunque pueden ser fácilmente extrapolables a cualquier otra

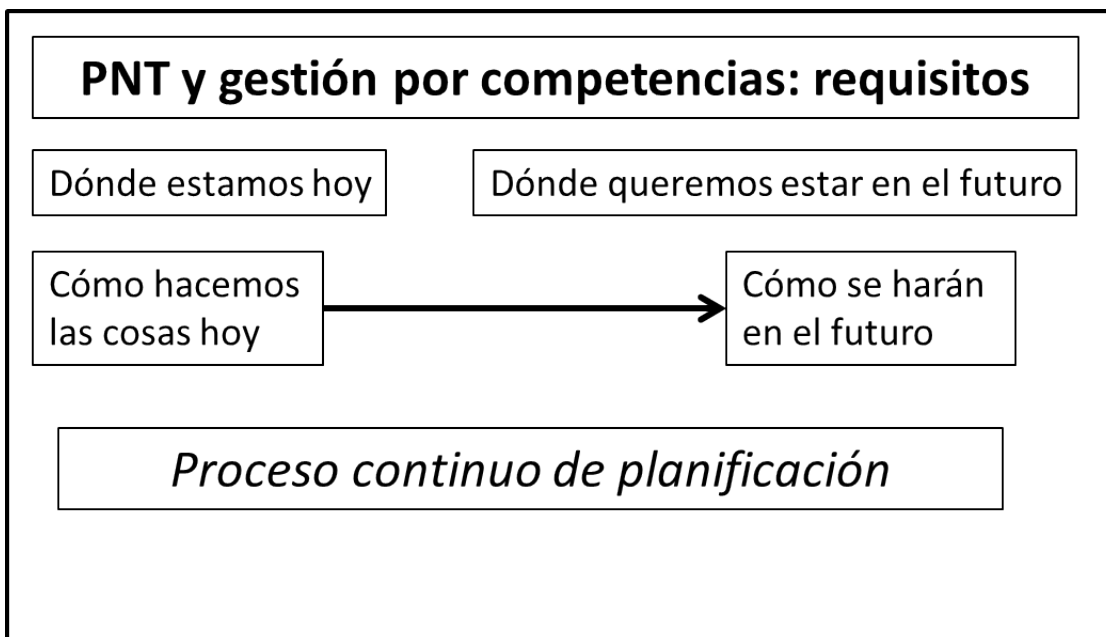


Figura 1: Requisitos para la PNT y la Gestión por Competencias.

Hay que señalar que la gestión por competencias es algo más amplia en sentido estricto que lo que aquí vamos a comentar, ya que se trata de una estrategia pensada para la gestión integral de los recursos humanos, atendiendo a todas sus facetas. Este esquema puede mostrar esta complejidad.

La gestión por competencias es una estrategia pensada para la gestión integral de los recursos humanos, atendiendo a todas sus facetas

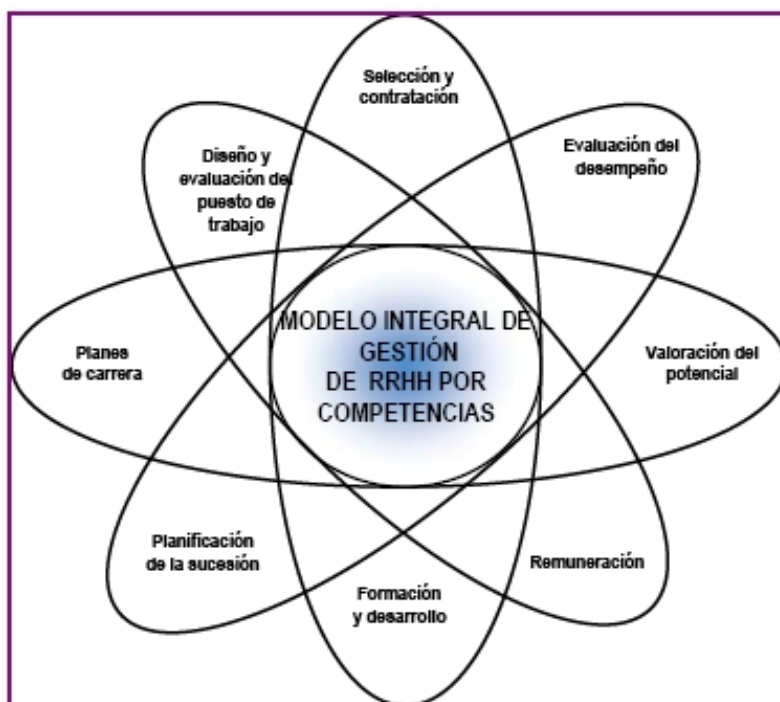


Figura 2. Gestión de RRHH por competencias. Tomado de Redes Humanas 2.0 Blog: <http://www.redeshumanas20.com/2012/02/como-elaborar-un-perfil-y-un-cv-por.html>

De modo que, partiendo de estas condiciones que habremos de buscar en el seno de la UGC, vamos a profundizar en ambos métodos.

2. La organización funcional del trabajo: Procedimientos Normalizados de Trabajo.

La elaboración de los flujos de pacientes (FP en adelante) y Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT) constituyen un ejercicio que nos permite analizar nuestra organización asistencial. La experiencia muestra que el propio ejercicio es en sí mismo, motivador de reflexiones y certero buscador de áreas de mejora para nuestro trabajo. Dada la complejidad, cada vez mayor, de la atención a los problemas de salud, lo convierte en un instrumento de especial utilidad como antes comentamos. Sin embargo sabemos que esta sistemática de trabajo es poco conocida y, sobre todo, poco utilizada.

De cara a su implantación planteamos aquí una guía básica que comienza en un primer momento por conocer cuál es la situación en una unidad concreta. Posteriormente mostraremos la información necesaria y un posible método para su diseño. Algunas definiciones operativas.

2.1. Definiciones operativas.

Supongamos que estamos ante una paciente, por ejemplo con cáncer de mama, en el que se decide tratamiento adyuvante con quimioterapia y radioterapia. El *proceso* de atención precisa de la realización (sucesiva y ordenada) de una serie de *subprocesos* (valoración e historia clínica, planificación del tratamiento y administración de los mismos, seguimiento), en cada uno de los cuales se requieren diferentes *acciones* (citación, día de consulta, información, solicitud de pruebas complementarias...)². Para la correcta realización de todas estas actividades, utilizamos *instrumentos de soporte* que serán *clínicos* (protocolos, Guías de Práctica Clínica –GPC-, planes de cuidados) y *administrativos* (informes de alta y derivación, peticiones a farmacia), así como sistemas de *información internos y de registro*.

² Se puede consultar al Tema 14-03 de Oscar Moracho, sobre "Análisis, desarrollo y gestión de procesos" para complementar o profundizar.

El **análisis de los flujos** se define como la ordenación más eficiente de los sucesivos acontecimientos asistenciales (subprocesos) más frecuentes que un paciente debe pasar a lo largo de toda la asistencia para ese problema de salud.

Los **Procedimientos Normalizados de Trabajo** consisten en la definición de las actividades a realizar en cada subproceso en que puede dividirse el proceso global de atención, con referencia a detalles concretos sobre quién, cuándo, cómo, dónde y qué contenidos tiene cada subproceso.

Desde este punto de vista netamente centrado en la organización asistencial, la calidad de la atención que percibirá el paciente es el resultado de la ordenación, adecuada o no, de todas las actividades que realizan los diferentes profesionales que integran la UGC, así como del nivel de integración y coordinación de las mismas.

2.2. La situación de partida.

Antes de plantearnos cualquier posible modificación o mejora de la gestión de nuestras actividades clínicas, resulta obvio que debemos analizar cuál es la situación de la que partimos. Es decir, debemos reflexionar y preguntarnos: ¿cómo estamos organizados? ó ¿qué pautas seguimos para realizar el trabajo asistencial diario en nuestro Servicio/UGC?

Puede ser que a estas alturas piense que esto de los PNT aporta poco valor a la organización asistencial en su unidad o que dichos procedimientos existen y son conocidos, aunque no estén escritos o no hayan sido motivo de análisis en ningún momento. De todas formas no haría mal en intentar contestar fielmente al tipo de preguntas que aparecen en el recuadro aplicadas a su UGC.

¿Conoce el personal del servicio cuáles son sus funciones y tareas en cada fase del proceso de atención?

¿Se citan a los pacientes por horas? Si es así ¿se respetan las horas de citación dentro de unos márgenes prudenciales? ¿Se miden estas demoras?

¿Existe una asignación de facultativo (FEA y de enfermería) responsable para cada paciente previa al día de la primera visita?

En caso de no existir historia clínica electrónica...

¿Está establecido quién debe procurar que tanto las historias clínicas como las exploraciones complementarias, estén disponibles diariamente en las consultas médicas?

¿Está establecido quién tiene que devolver las historias clínicas al Servicio de Documentación?

¿Está contemplado en la primera visita el paso por la consulta de enfermería?

¿Existe algún mecanismo de control sobre posibles desprogramaciones de las consultas?

¿Conoce el personal no facultativo sus funciones en relación con el paciente y en el momento tanto de la primera visita como de las visitas sucesivas?

¿Toman parte en la sesión clínica todos los profesionales necesarios (enfermería, administrativo)?

¿Las visitas sucesivas, tanto consultas de tratamiento como revisiones, las realiza el mismo facultativo que se encargó de la primera visita?

¿Está expresamente establecido el momento de dar al paciente el informe del tratamiento y quien debe realizarlo?

¿Están reguladas las consultas telefónicas de los pacientes: horario establecido, profesional responsable, etc..?

¿Están protocolizados, por escrito y en posesión del personal, los protocolos clínicos del servicio?

¿Hay un encargado de la gestión de la lista de espera?

¿Están establecidos los criterios de seguridad y los registros de acontecimientos adversos?

¿Está establecido quien debe planificar o programar el trabajo diario en el Hospital de Día?

¿Está establecido el manejo de los stocks de planta y de los botiquines de farmacia?

¿Existe algún tipo de horario en el que se deba realizar la visita médica en el Área de Hospitalización? ¿Quién informa del cumplimiento?

¿Existe algún tipo de horario para entregar a enfermería las prescripciones y las exploraciones complementarias solicitadas tras la visita médica en el Área de Hospitalización?

¿Está establecido protocolo de alta del paciente?

La respuesta a todas estas preguntas, centradas no tanto en la práctica clínica, sino en la organización de la misma puede orientar sobre la necesidad o no de continuar con este ejercicio.

La previsión y la sistematización de nuestras acciones necesariamente han de repercutir en la optimización de nuestros recursos y en la mejora de nuestros resultados. En ese sentido un primer objetivo es que cada responsable de unidad sea capaz de analizar el estado actual de la organización del

proceso asistencial, mediante la revisión objetiva de los flujos de pacientes que tiene establecidos, así como de los procedimientos de trabajo de su unidad.

2.3 Guía para el diseño y la mejora. Instrumentos para la implantación.

Para analizar el estado de implantación de los FP y PNT en su Servicio/Unidad, podemos considerar tres grandes grupos de actividades a examinar y un cuarto apartado que si bien no afecta al funcionamiento diario asistencial, está directamente relacionado con los anteriores. Estos grupos son:

- Tipos de actividades realizadas.
- Análisis de funcionamiento: interrelación de actividades.
- Funciones realizadas por los profesionales.
- Instrumentos de apoyo y Sistemas de Información y Registro.

De forma operativa, proponemos que el responsable de la unidad elabore primero y presente después al resto de los miembros de la unidad un análisis de estos apartados.

2.3.1. Tipos de actividades realizadas en la UGC/ servicio.

Para analizar el tipo de actividades realizadas en el Servicio/Unidad, podemos por ejemplo distinguir cuatro grandes grupos: actividades de Consulta Médica, actividades de Consulta de Enfermería, actividades relacionadas con el tratamiento de los pacientes y actividades administrativas. Podríamos seguir las sucesivas indicaciones.

1. Actividades de Consulta Médica.

Listar los diferentes tipos de consultas que se atienden en su Servicio/Unidad y que están (o no) bien diferenciadas por horarios, días de la semana o facultativo. Por ejemplo.

- Primera Visita.
- Consulta de tratamiento programada:
- Consulta de tratamiento no programada no demorable.
- Revisión programada.
- Revisión no programada.
- Otras

2. Actividades de Consulta de Enfermería.

Detallar las distintas tareas que se llevan cabo en la Consulta de Enfermería. Si en su Servicio/Unidad no existe este tipo de Consulta, relacione las diferentes actividades que realiza el personal de enfermería a excepción de la administración de tratamientos. Por ejemplo:

- Acogida del paciente, tanto programado como no programado.
- Valoración y plan de cuidados personalizado.
- Extracción de analíticas, Mantenimiento de reservorios y catéteres.
- Valoración de toxicidades.
- Gestión de casos.
- Coordinación de horarios cuando el tto.

3. Actividades relacionadas con el tratamiento de los pacientes.

Siguiendo con el ejemplo (paciente con Ca. De mama), podríamos distinguir algunos tipos de tratamientos: tratamientos activos y tratamientos de soporte.

Tratamientos activos en Hospital de día médico.

Los pacientes que están siguiendo un tratamiento pueden precisar un control médico y analítico previo a la

administración del mismo. Posteriormente el tratamiento prescrito y confirmado es preparado en el Servicio de Farmacia, desde donde es dispensado al Hospital de Día en donde se procede a su administración.

Si ésta no fuera la sistemática seguida en su Servicio/Unidad, podría tratar de de esquematizar su propia secuencia.

Tratamientos de soporte.

Además de la administración de tratamientos activos, en su Servicio/Unidad pueden prestarse otro tipo de servicios a los pacientes. Trate de recoger que tipo de actividades se realizan en este sentido. Por ejemplo:

- Intervenciones sobre las complicaciones relacionadas con el tratamiento: valoración y tratamiento de toxicidades.*
- Intervenciones sobre las complicaciones relacionadas con la enfermedad: realización de paracentesis, toracocentesis, transfusiones, etc.*

Sería de gran importancia detallar si este tipo de prestaciones se realizan dentro del propio Servicio o si son remitidos a otros Servicios del Hospital, como por ejemplo Urgencias.

4. Actividades administrativas.

- Listar las funciones realizadas por parte de cada uno de los administrativos disponibles en su Servicio/Unidad:*
 - Recepción y control de llegada de los pacientes.
 - Informar al HDO de la llegada del paciente.
 - Petición del tto. a farmacia.
 - Gestión de citas (pacientes nuevos y revisiones).
 - Gestión de ambulancias.
 - Secretaría (ver Sistemas de Registro e Información).
 - Servicios Centrales: Admisión-Cita Previa.

2.3.2. Análisis de funcionamiento: interrelaciones de actividades.

En el funcionamiento diario de la unidad todas estas actividades están interrelacionadas. El modo de relacionarse y conectarse entre si es lo que definimos como FP (*flujos de pacientes*):

Se trata de describir de forma general la secuencia de acciones o tareas que se necesitan realizar para completar una determinada actividad asistencial. Le proponemos la realización de un ejercicio que consista en detallar los diferentes subprocesos relacionados y las acciones en cada uno de ellos.

A modo de ejemplo podemos plantear este flujo para un caso tipo de paciente con cáncer de mama.

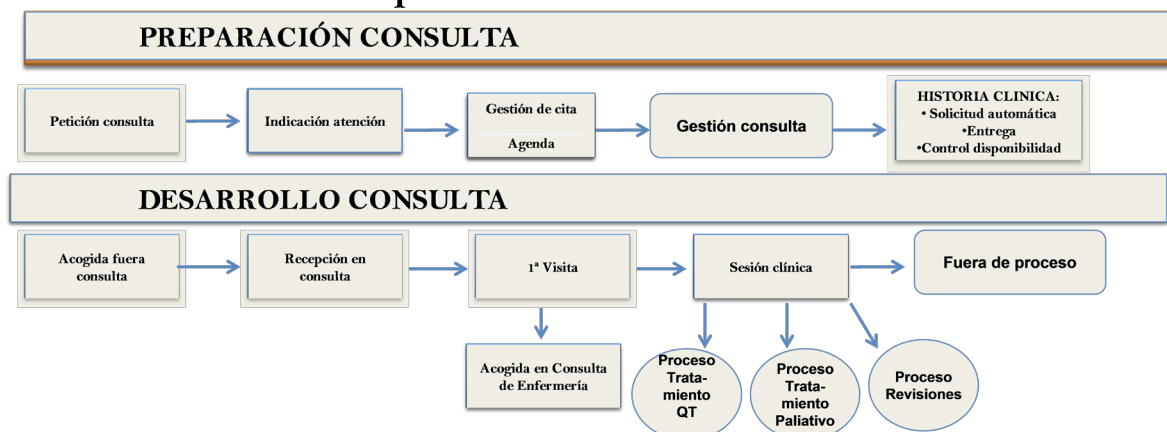
Proceso: Paciente con cáncer de mama:

Subproceso: 1. Primera Visita.

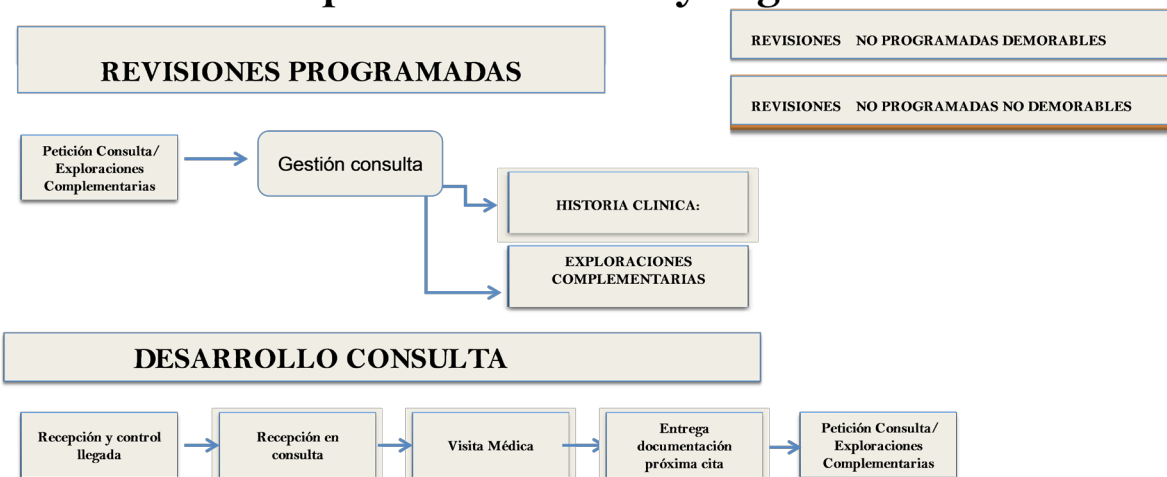
○ *Acciones:*

- *Método de acceso por primera vez al Servicio/Unidad: acceso directo vs. necesidad de visto bueno por alguno de los facultativos.*
- *Citación del paciente.*
- *Solicitud de Historia Clínica.*
- *Entrega de Historia Clínica.*
- *Control disponibilidad de Historia Clínica.*
- *Registro y control de llegada del paciente.*
- *Sala de Espera.*
- *Pase a Consulta Médica,*
- *Consulta Médica (Visita Médica y Entrega documentación próxima cita),*
- *Consulta Enfermería (Acogida del paciente),*
- *SSCC Admisión-Cita previa (Confirmación próxima cita. Citación exploraciones complementarias).*
- *Las tareas asignadas a cada estamento en cada subproceso.*
- *Relacionar los espacios físicos en los que cada una de estas tareas tiene lugar.*

Subproceso: Primera consulta



Subproceso: Revisión y Seguimiento



A la luz de este ejercicio y por extensión al resto de procesos que compone la actividad de la unidad, podría tener una valoración más precisa de la utilización de estos instrumentos en su lugar de trabajo.

2.3.3. Funciones realizadas por los profesionales.

A continuación y de acuerdo con la definición de PNT (definición de las actividades a realizar en cada subproceso en que puede dividirse el proceso global de atención, con referencia a detalles concretos sobre quién, cuándo, cómo, dónde y qué contenidos tiene cada subproceso).

En el siguiente cuadro presentamos un ejemplo de PNT que puede ser orientativo. Describimos, para el subproceso de Primera Visita las actividades a realizar, los profesionales implicados y las acciones que han de hacer.

Actividad	Profesional	Acciones
Indicación y propuesta de cita	Facultativo Especialista (FEA) (durante la sesión clínica)	Establecer fecha inicio tto Informar en sesión clínica normativa de cita
Agenda	Secretaria	Cita de pacientes Consulta a responsable si demora > 2 semanas
	Jefe clínico	Revisión demoras Revisión agenda a dos meses vista
Gestión consulta	Documentación Clínica	Proveer HC con 24 h.
	Secretaria	Custodia de documentos Reclamar a Doc. Clin. Archivos Pendientes 1ª vez
Acogida	Secretaria	Recepción y confirmación Información hora Inicio base de datos
Llamada a consulta	Auxiliar clínica	Llama y acompaña a consulta Información básica: C Informado + folleto Radioterapia (RT)
Consulta	FEA	HC informatizada o Actualización HC Plan RT provisional Información proceso oncológico completo Informa y aporta preparación Cita para Tto
Sesión Clínica	FEA DUE coordinador	Confirmar indicación y plan Confirmar día de inicio Registro de Sesión Confirma o dar cita Tto HC a Archivo Pendiente de T-S

Podríamos continuar con un doble ejercicio.

- Considerar si cada una de las tareas tiene asignado un profesional responsable de la misma.
- Considerar las diferentes tareas, tanto asistenciales como extra-asistenciales, realizadas por cada uno de los tipos de profesionales que intervienen en la atención de los pacientes en su Servicio/Unidad.

Finalmente hemos de recoger todas esas funciones y tareas en un listado para cada tipo de profesional, tratando de determinar si hay alguna otra actividad que no se haya recogido hasta este momento. A medida que va reuniendo las funciones y tareas anteriores, será muy posible reflexionar sobre los posibles mecanismos de control para su cumplimiento, así como sobre las indefiniciones y duplicidades. Podremos analizar todo aquello que hacemos y que, a la vista de estos PNT no aporta valor añadido al proceso terapéutico.

2.3.4. Instrumentos de apoyo y sistemas de información y registro.

Sea cual sea el nivel en el que en el servicio se utilizan los F y PNT, éstos deben hacer uso de instrumentos complementarios de un valor crucial. La atención de calidad requiere que esté claro el camino a seguir desde el punto de vista organizativo, pero esto necesita ir acompañado de otros procedimientos (instrumentos). Así, los *protocolos* (de diagnóstico pronóstico y tratamiento) deberán hacerse eco de los problemas prácticos de su aplicación (técnicas específicas empleadas, modalidades de tratamiento...). También se requiere que existan otros acuerdos dentro de la unidad expresados como protocolos o guías por ejemplo de cuidados enfermeros, de tipos de informes de alta, o para revisión del material o peticiones de reposición. Los procedimientos centrados en la seguridad del paciente son, en estos momentos, muy solicitados.

En este segundo paso le recomendamos que haga una revisión formal de estos instrumentos. Para ello podría contestar a los siguientes apartados:

1.- Protocolos Clínicos (diagnóstico, tratamiento, seguimiento).

- Existen o no.
- De qué patologías.
- Están escritos.
- Tienen un responsable.
- Tienen fecha de revisión.
- Se ha medido su aplicación.
- Tienen o no métodos que aseguren su cumplimiento.

2.- Protocolos técnicos: Pormenorizan a niveles más operativos. Por ejemplo sistemáticas de manejo de pacientes por patologías, información a pacientes por patologías,...:

- Existen o no.
- De qué patologías.
- Están escritos.
- Tienen un responsable.
- Tiene fecha de revisión.
- Se ha medido su aplicación.
- Tienen o no métodos que aseguren su cumplimiento

3.- Otros instrumentos o protocolos que pudiera haber: Investigación, técnicas de comunicación e información a pacientes...

Los sistemas de información y de registro (bases de datos, documentos de comunicación Inter-niveles como altas, informes de cuidados, y derivación intra-servicio, e intra-hospital, etc.) constituyen el último elemento que le sugerimos que valore para llegar a un mejor conocimiento de la situación de su servicio/

unidad en cuanto a estos aspectos organizativos. Para ello un ejercicio interesante que podríamos proponer sería:

- 1.- Reúna TODOS los documentos que se manejan en el servicio de todo tipo y los organice de acuerdo al lugar o lugares donde se utilizan (Hospital de Día, RT externa, consultas, encamación).
- 2.- Añada un resumen de los mismos en los que conste quién los cumplimenta y qué información básica recogen.
- 3.- Agrupe los documentos por contenidos (los que contienen lo mismo) o por los responsables de elaborarlos.
- 4.- ¿Podría eliminar (solo teóricamente) alguno de ellos? Por qué razones.

Haga este mismo ejercicio con TODOS los sistemas de registro activos en el Servicio /Unidad.

2.4. Consideraciones prácticas.

Cuando hemos tenido la ocasión de presentar esta metodología de trabajo en equipos asistenciales, hemos percibido un comportamiento bastante reiterado. La incredulidad inicial (expresada con frases como: *'esto no sirve para mi centro de salud o mi UGC'* o *'esto ya lo hacemos'*), daba paso a cierto entusiasmo participativo (*'no se nos había ocurrido'* o *'tenemos muchas cosas del día a día dejadas a la improvisación'*). Pero a medida que se avanzaba en el modelo aparecía cierta sensación de dificultad de llevarlo a la práctica y de implementarlo. Es decir de pasar del análisis de la situación a su uso diario (*'quién hace todo esto', cuándo se hace y cómo'*). Sin duda que repensar la organización de nuestro trabajo es costoso, pero resulta a nuestro modo de ver imprescindible. Todas las organizaciones complejas REQUIEREN esta inversión. Así que habrá que buscar la manera.

A continuación podemos plantear algunas propuestas prácticas en 10 pasos:

- 1) **Grupo responsable:** Propuesta inicial. Como en tantas

ocasiones el primer impulso debe plantearse con claridad desde el equipo directivo de la UGC, que debería plasmarse en una propuesta inicial que contendrá los objetivos generales y el calendario previsto.

2) Es muy necesario dotarse de un grupo de trabajo **multi-estamentos**.

3) Quizá el primer ejercicio, que puede ser incluso divertido, podría consistir en que este grupo elabore las preguntas que nos ayuden a conocer el estado actual de la organización. Esta **encuesta** podría enviarse a todos los integrantes y valorar el acuerdo o no en las respuestas.

4) La definición exhaustiva de los **subprocesos** asistenciales más frecuentes no plantea grandes problemas. Los flujos de pacientes más lógicos pueden obtenerse con facilidad.

5) Cada subproceso merece un **análisis detallado** siguiendo el modelo de actividad/profesional/acciones.

6) **Puntos críticos de cambio**. Supuestamente esta revisión dará como consecuencia una serie de puntos que en opinión del grupo no ofrezcan valor añadido al proceso y que deben ser modificados. Estos puntos merecen un estudio detallado y plantear de forma acordada (y por escrito) la alternativa que debe pilotarse.

7) Como producto final cada profesional tendrá un **listado detallado de sus actividades** en cada subproceso y cada subproceso un listado detallado de las acciones.

8) Finalmente deberá reflejarse la necesidad percibida de **sistemas de información** y de registros nuevos, así como de aquellas cuestiones que deban demorarse ya que requieren ciertos cambios (pequeñas obras o adquisiciones) que no podamos controlar.

9) La **presentación** de los PNT y Flujos acordados y el cronograma de pilotaje y revisión, será el último paso.

10) Deberá quedar establecido la **fecha de evaluación final** de los PNT, así como la manera de introducir futuras modificaciones.

2.5. Consideraciones finales: PNT, competencias y cambios de prácticas.

En realidad, el enfoque de competencias profesionales podría tanto preceder como suceder a este apartado de PNT ya que comparten aspectos tanto de objetivos como operativos. Aunque en el siguiente apartado nos vamos más a centrar en el profesional más que en la organización. Sin embargo no es posible entender, a nuestro modo de ver, correctamente competencias sin procedimientos. De hecho la evaluación de aquellas descansa en cierta medida en la evaluación de los procedimientos.

Y tanto unos como otros nos informan de las dificultades o no de el manejo del conocimiento en la propia UGC. La introducción de nuevas prácticas asistenciales, descansan en procedimientos de revisión y de evaluación de lo que hacemos y de lo que estudiamos. También debe estar impregnado de la misma receta: hacer las cosas SISTEMÁTICAMENTE bien, y contar con un equipo que haya introducido la idea de PROCESO CONTINUO DE PLANIFICACIÓN.

3. De las Tareas a las Competencias Profesionales.

Estamos muy familiarizados con la ideas de tareas (acciones) dentro de los equipos en los que trabajamos y esto hace que tengamos una idea clara de lo que hemos de hacer en nuestro puesto de trabajo. Conceptos como competencia y gestión por competencias se han incorporado no hace demasiado tiempo a la gestión aplicada al ámbito sanitario, de suerte que desde diversas instancias se han venido desarrollando modelos de acreditación de competencias que se aplican ya hasta con fines retributivos. Aún reconociendo que esta manera de entender la organización no deja de resultar en cierta medida ajena, conviene explorar su potencial y ver la manera de incorporarla a nuestras unidades asistenciales dada la experiencia tan interesante que se muestran desde ámbitos no asistenciales. Veamos en qué consiste y cómo aplicarla.

3.1 El concepto de competencia.

En el terreno que nos ocupa, competencia hace referencia a una capacidad o característica estable y claramente relacionada

competencia hace referencia a una capacidad o característica estable y claramente relacionada con los resultados deseables en una organización. La Gestión por Competencia implica un estilo de dirección en el que el aprovechamiento de las cualidades de cada uno de sus integrantes (las personas) será el eje central del trabajo directivo

con los resultados deseables en una organización (Manual Competencias. C de Salud. Junta de Andalucía)³. La Gestión por Competencia implica un estilo de dirección en el que el aprovechamiento de las cualidades de cada uno de sus integrantes (las personas) será el eje central del trabajo directivo. Para ello resulta necesario que estas características (o conductas) puedan ser observables y evaluables. La posible adaptación de las tareas a las características de los profesionales que lleva implícita la gestión por competencias solo puede entenderse, como ya dijimos, si la organización tiene establecido un proceso continuo de planificación con suficiente implicación directiva.

En el ámbito sanitario y a efectos de su medición, los modelos existentes se centran en evaluar lo *que el profesional hace*, es decir, sus prácticas. De suerte que podemos definir estas competencias como la capacidad del profesional para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociadas a las buenas prácticas de su profesión que mejoren su habilidad para resolver las situaciones que se le planteen.

La pirámide de Miller, determina cuatro formas de articulación de las competencias a efectos de la evaluación clínica:



*Pirámide de Miller (traducida y modificada)*⁴

³ Toda la información relativa a la Acreditación de Competencias a la que hacemos referencia, puede encontrarse en la web de la Consejería de Salud, Agencia de Calidad. Junta de Andalucía.

⁴ Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med 1990;65: S 63 - S67.

Disponible en: <http://winbev.pbworks.com/f/Assessment.pdf>

La base es cognitiva, y puede evaluarse por exámenes convencionales; el segundo nivel se refiere a "saber cómo" (a las que Miller llamaba "competencias"), y se beneficia de evaluaciones basadas en casos clínicos; "mostrar cómo" nos habla de la práctica "in vitro" a través de la evaluación clínica (para éstas usa el término desempeño -performance-); y en la cúspide de la pirámide, se refiere a hacer, es decir, a la observación real de la acción "in vivo", con los componentes de habilidades y actitudes que se desarrollan (por ejemplo, evaluados a través de videos del trabajo habitual).

Basándonos en lo anterior, podríamos definir cinco componentes de la competencia (pirámide de Miller):

- Conocimientos específicos (o saber)
- Saber hacer (habilidades)
- Saber ser (actitudes)
- Querer hacer (motivación)
- Poder hacer (aptitud y medios)

Idealmente, deberá buscarse que las competencias del profesional se adecuen a las requeridas en el puesto de trabajo y en esto radica el enfoque particular de la gestión por competencias. Desde el diseño de los PNT que hemos visto con anterioridad, sería posible pensar que éstos pueden completarse y complementarse mutuamente. Lo vamos a ver en más detalle en el siguiente apartado.

3.2. Los Mapas de Competencias.

De cara a la aplicación de este modelo, es necesario tener un conocimiento preciso de los diferentes puestos de trabajo, así como del conjunto de competencias que debe reunir un profesional 'ideal' para cada uno de ellos. Lo que conocemos como el Mapa de Competencias. De manera general, para llegar a él es conveniente pasar por las siguientes fases, algunas de las cuales coinciden con el desarrollo de los PNT:

- Definición clara del puesto de trabajo en cuestión, sus límites y relaciones con el resto.

Es necesario tener un conocimiento preciso de los diferentes puestos de trabajo, así como del conjunto de competencias que debe reunir un profesional 'ideal' para cada uno de ellos

- Tareas y actividades principales que requiere dicho puesto.
- Formación base y experiencia requerida para ese puesto de trabajo
- Conocimientos específicos (técnicas) necesarios para el desempeño de ese puesto.
- Habilidades requeridas: comunicación, relaciones públicas, capacidad de dirigir, liderazgo, trabajo en equipo.

Muchas organizaciones sanitarias han venido desarrollando muchos de estos mapas de competencias para diferentes estamentos y para diferentes procesos asistenciales. Dado que en muchos casos se trata de actividades relativamente comunes, suele bastar con la adaptación de los mapas competenciales ya desarrollados por otros, a nuestro ámbito, con lo que el proceso se agiliza y se hace posible. En cualquier caso, si que resulta interesante aclarar cuáles son los diferentes puestos de trabajo y sus diferentes actividades, como ya comentamos con anterioridad al hablar de los PNT.

3.3. La Acreditación de Competencias.

Hasta este momento hemos definido los puestos de trabajo y sus características, así como las capacidades necesarias para que esta actividad se lleve a la práctica de manera adecuada. De modo que siguiendo este proceso el paso siguiente consiste en acreditar esas competencias mediante un procedimiento explícito. Como mencionamos más arriba, los modelos existentes se centran en evaluar lo *que el profesional hace*, es decir, sus prácticas.

El modelo de acreditación profesional llevado a cabo por la Agencia de Calidad de Andalucía puede ser utilizado como ejemplo a estos propósitos. Básicamente de lo que se trata es de 'observar y reconocer de forma sistemática la afinidad (o no) entre las competencias reales que un profesional posee (que pueden medirse y valorarse) y las definidas en su mapa de competencias correspondiente'.

Para ello se han definido previamente para cada competencia profesional:

- Las *buenas prácticas* o comportamientos observables asociadas a ellas.
- Las *evidencias* o criterios de verificación para determinar la presencia de buenas prácticas.
- *Pruebas* que miden y evalúan el cumplimiento o no de las buenas prácticas.

De manera operativa, la definición del mapa de competencias de cada puesto profesional ha sido elaborada por un Comité Técnico integrado por profesionales y sociedades científicas del ámbito, que han desarrollado Manuales Específicos por especialidades médicas y enfermería. Éstos son los encargados de identificar las competencias y las buenas prácticas, agrupadas en el caso que comentamos en 5 bloques y 10 criterios que aparecen en el cuadro siguiente.

	Bloque	Criterios
Bloque I	El ciudadano	1. Orientación al Ciudadano (satisfacción, participación y derechos)
Bloque II	Atención Sanitaria Integral	2. Promoción de la Salud, Prevención y Atención Comunitaria 3. Atención al Individuo y a la Familia 4. Gestión por Procesos Asistenciales Integrados
Bloque III	El/la profesional	5. Trabajo en Equipo y Relaciones Interprofesionales 6. Actitud de Progreso y Desarrollo Profesional 7. Compromiso con la docencia 8. Compromiso con la Investigación
Bloque IV	La eficiencia	9. Uso eficiente de los recursos
Bloque V	Los resultados	10. Orientación a Resultados en el Desempeño Profesional

Para cada nivel de especialización, los diferentes Comités Técnicos han desarrollado 16 competencias básicas que se relacionan con estos 10 criterios según aparece en el siguiente cuadro.

Criterio	Competencias
1) Orientación al ciudadano	1) Respeto a sus derechos 2) Oferta de servicios y conocimiento organizativo
2) Promoción, Prevención y Atención comunitaria.	3) Educación para la salud, consejo sanitario y medidas de prevención
3) Atención al individuo y a la familia	4) Capacidad para la toma de decisiones 5) Comunicación y/o entrevista Clínica 6) Continuidad asistencia 7) Soporte vital
4) Gestión por Procesos Asistenciales Integrados	8) Visión continuada e integral de los procesos
5) Trabajo en equipo y relaciones interprofesionales	9) Trabajo en Equipo
6) Actitud de progreso y desarrollo profesional	10) Actitud de aprendizaje y mejora continua 11) Medicina Basada en la Evidencia (MBE)
7) Compromiso con la docencia	12) Capacidad docente
8) Compromiso con la Investigación	13) Aplicación de técnicas de investigación
9) Uso eficiente de recursos	14) Adecuada utilización de recursos disponibles
10) Orientación a resultados	15) Metodología de calidad 16) Orientación a resultados

El sistema de acreditación permite establecer distintos grados de acreditación, (avanzado, experto y excelente) que se basan en la dificultad progresiva para obtenerlas y demostrar su desempeño. De ahí que éstas se hayan clasificado en esenciales, grado I, II y III. El sistema debe asegurar que un profesional que obtenga un nivel de acreditación 'excelente' debe tener unas prácticas clínicas que le convierten en referente de su área de conocimiento.

Pongamos un ejemplo para mostrar el funcionamiento interno.

En el Bloque III (El profesional), el Criterio 6 (Actitud de progreso y desarrollo profesional) establece dos competencias. Veamos ejemplos de cómo se concretan las *buenas prácticas* establecidas para estas competencias, las *evidencias* sobre ellas, según el *grado* estimado de dificultad y sus correspondientes *pruebas* para acreditarlas.

1º Competencia: Actitud de aprendizaje y mejora continua.

Buenas Prácticas: El profesional realiza acciones formativas y mantiene una reflexión activa sobre su trabajo, para mejorar la atención sanitaria.

Evidencias:

1. Al menos 3,5 créditos de formación continua acreditada relacionada con la competencia del puesto en los últimos 24 meses. (Grado I)

Prueba: Documento acreditativo del organismo que imparte la formación.

2. Presentación de al menos una sesión formativa interna en los últimos 12 meses. (Grado I)

Prueba: Informe de práctica clínica de haber realizado una sesión de formación continuada.

3. Al menos 5,5 créditos de formación continua acreditada relacionada con la competencia del puesto en los últimos 24 meses. (Grado II).

Prueba: Documento acreditativo del organismo que imparte la formación.

4. Presentación de al menos tres sesión formativa interna en los últimos 12 meses. (Grado II)

Prueba: Informe de práctica clínica de haber realizado tres sesiones de formación continuada

5. Estancias programadas en otros centros (al menos de 10 días) para adquirir nuevas capacitaciones y posterior implantación en su servicio. (Grado III).

Prueba: Certificado de la Dirección del Centro donde ha realizado la estancia.

2ª Competencia. Medicina Basada en Evidencias.

Buenas Prácticas: El profesional aplica las bases de la Atención Sanitaria Basada en Evidencias, la epidemiología clínica y/o los

estándares de calidad internacional a las prácticas clínicas.

Evidencias:

1. Conocimiento de los niveles de evidencia científica y grados de recomendación (Grado I)

Prueba: Análisis de casos contextualizados sobre niveles de evidencia científica y grados de recomendación.

2. Lectura crítica de artículo científico y conocimiento sobre interpretación. (Grado II)

Prueba: Análisis de casos contextualizados donde se apliquen las herramientas de lectura crítica de un artículo sobre diagnóstico o tratamiento (RR, RRR, RAR, NNT).⁵

3.4. El proceso de acreditación.

Transcurrido el primer momento en el que la sensación es de llenar tu tiempo de informes y documentos, se acaba instalando un sistema de evaluación y de esfuerzo por evidenciar la calidad de tus prácticas que generalmente se asocia a reflexiones acerca de lo que haces

La experiencia en el proceso de acreditación muestra resultados ambivalentes. En opinión de los profesionales se trata de un proceso excesivamente largo (unos seis meses) de gran dedicación y excesivamente burocratizado, aunque también se reconocen mejoras significativas. El comentario más generalizado es que transcurrido el primer momento en el que la sensación es de llenar tu tiempo de informes y documentos, se acaba instalando un sistema de evaluación y de esfuerzo por evidenciar la calidad de tus prácticas que generalmente se asocia a reflexiones acerca de lo que haces, que de otra forma sería más difícil de plantear.

Aunque el proceso de acreditación es voluntario y autónomo, en Andalucía, al menos, se están acompañando de incentivos muy interesantes tales como:

1. La necesidad de la acreditación de cara a la carrera profesional, incluyendo aspectos de remuneración y de mérito en la carrera docente.
2. La misma estrategia de acreditación se viene implantando también a nivel de UGC y de servicios, con lo cual el peso de la dinámica de acreditación se hace mucho más presente.

⁵ Siglas referidas a estadísticos habituales de la epidemiología clínica.

Epílogo:

Hasta aquí hemos pretendido mostrar dos métodos complementarios cuya implantación con bastante probabilidad pueda servir para mejorar nuestra organización asistencial y nuestros resultados. Como organizaciones complejas los dispositivos asistenciales necesitan dedicar tiempo y esfuerzo a incorporar estos instrumentos, ya bien conocidos y evaluados en otros ámbitos organizativos.

La actividad sanitaria moderna nos reclama en este momento no sólo un elevado nivel de conocimiento científico y técnico de las áreas en la que somos expertos, si no también dotarnos de otros modos de establecer nuestras relaciones y las relaciones con los pacientes y los ciudadanos. Esto deja poco margen para la duda en estos momentos y es lo que tanto valoramos además cuando nos acercamos a otros centros asistenciales a los que tenemos como referentes. La Traslación del Conocimiento, esto es, el paso de la evidencia científica a la cabecera del paciente (protocolo asistencial) y de ésta a la evaluación (acuerdo de gestión de las UGC) y a las políticas del centro o del distrito sanitario (comisiones clínicas), deben participar y de hecho lo hacen desde el diseño de los PNT y las estrategias de competencias.

Referencias bibliográficas.

1. Lorenzo S, Mira JJ, Sanchez E. *Gestión de la calidad total y Medicina Basada en Evidencias. Med. Clin (BARC) 2000; 114: 460-463.*
2. Rubert Damelio. *Fundamento del Mapa de Procesos. Madrid. Edit. Panorama. 1999.*
3. Dianne Galloway. *Mejora Continua de Procesos. Gestión 2000. com. 2002.*
4. Leonard Martens. *La gestión por Competencia Laboral en la empresa y Formación Profesional. AECI. 2000.*
5. Enrnest-Young Consultores. *Gestión por competencias. Accesible en www.cristianfreire.com.*
6. E Rabago. *Gestión por competencias. Un enfoque para mejorar el rendimiento personal y empresaria. Netlibro 2010.*
7. Agencia de calidad Sanitaria de Andalucía. *Manual de Acreditación Profesional. Accesible en [www.consejería de salud. juanteandalucia](http://www.consejería.de.salud.juanteandalucia).*
8. Torres A, Fernández E, Paneque P, Carretero R, Garijo A. *Gestión de la Calidad asistencial en Andalucía. Rev. Calidad Asistencial 2004; 19: 105-112.*
9. López Viña M L. *Evaluación de la calidad de la asistencia en Cataluña. Modelo de Acreditación. Rev. Calidad Asistencial. 2004; 19: 151-156*