

Cómo citar este documento

Sánchez Castro, Sara; Torres Moreno-Cid, M^a Dolores; Salamanca Castro, Ana Belén. Propuesta de modelo organizativo de cuidados: Gestión por Competencias. Biblioteca Lascasas, 2013; 9(3).

Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0725.php>

PROPUESTA DE MODELO ORGANIZATIVO DE CUIDADOS: GESTIÓN POR COMPETENCIAS

Autoras: Sara Sánchez Castro,¹ M^a Dolores Torres Moreno-Cid,² Ana Belén Salamanca Castro.¹

1. Enfermeras del Departamento de Investigación FUDEN.
2. Enfermera Hospital Infanta Cristina de Madrid.

Resumen:

La situación actual de crisis, hace que sea necesario buscar formulas de gestión adecuadas para poder rentabilizar el principal potencial con el que cuentan las organizaciones sanitarias y en especial los servicios de enfermería, sus recursos humanos, siendo el modelo organizativo de cuidados por competencias el más adecuado. Dicho modelo de gestión permite adecuar los distintos perfiles profesionales a los distintos puestos de trabajo, consiguiendo mayor rentabilidad y satisfacción laboral. En el presente artículo se explican las bases conceptuales de la gestión por competencias según el modelo enfermero de Patricia Benner y el Consejo Internacional de Enfermería. A continuación se explican las bases que sustentan la gestión por competencias como modelo organizativo de cuidados, dentro del contexto del Sistema Nacional de Salud español, y de la red sanitaria madrileña. Por último, se exponen las principales estructuras organizativas que debe contemplar la gestión por competencias dentro de las unidades de enfermería, como un modelo organizativo de los cuidados enfermeros, esto es: el estilo de liderazgo a asumir; cómo realizar la distribución de tareas dentro de los equipos de enfermería; la importancia de fomentar la formación continuada, la formación en habilidades sociales y resolución de conflictos; y cómo desarrollar adecuadamente las reuniones y sesiones de equipo.

Palabras claves: competencia profesional, administración de personal, organizaciones, liderazgo, administración sanitaria.

INTRODUCCIÓN:

La situación actual de crisis, no solo financiera sino también de valores, está implicando a los profesionales sanitarios para que profundicen y recuperen los valores propios de su profesión, y en el caso concreto de la enfermería, en el profesionalismo enfermero, retomando valores como la vocación de servicio, el altruismo, la compasión y la empatía.^{1,2} No obstante, la relación de ayuda al enfermo o sano, el acompañamiento de la familia y el cuidado a las comunidades, pueden provocar en el profesional una incapacidad y debilidad en las capacidades, habilidades y actitudes necesarias para el cuidado que se presta y encontrarse además, sin el apoyo de sus gestores y líderes.^{3,4} Una de las investigaciones realizada en Estados Unidos en hospitales considerados magnéticos, puso de manifiesto que determinados factores hacían que el entorno de la práctica profesional fuese atrayente, lo que aumentaba la satisfacción de las personas que en ellos trabajaban, retenían a su personal y además atraían a los profesionales más competentes.^{5,6}

La gestión de recursos humanos dentro de las organizaciones sanitarias debe implicar a sus profesionales puesto ellos son el principal potencial con el que cuentan dichas organizaciones.¹ No hacerlo, puede significar un deterioro de dicho potencial, como así lo constata un estudio realizado durante el año 2012, donde se indica que el 84% de los enfermeros españoles se sienten estresados y el 62% quemados⁷ Sin embargo, hay estudios^{3,4} que indican que existen determinados mecanismos y líneas operativas que pueden prevenir el agotamiento laboral y el abandono de la profesión; en este sentido la gestión por competencias podría ser esta nueva forma de organización de los cuidados enfermeros, ya que implica adaptar los puestos de trabajo a los distintos perfiles profesionales.⁸⁻¹⁰ Dentro de la disciplina enfermera, fue Patricia Benner quien a través de sus investigaciones definió competencia profesional, identificó 31 competencias que derivaron en 7 dominios, y estableció cinco niveles de competencia enfermera: principiante, principiante avanzada, competente, eficiente y experta.¹¹ Su investigación nos puede ayudar a enmarcar el cuidado enfermero desde la comprensión de la práctica clínica como base del conocimiento y que se retroalimenta con la teoría. Por lo tanto, es necesario ir adquiriendo mayor profundidad en las competencias profesionales, siendo la base de la excelencia del cuidado. Dentro del marco internacional, es el Consejo Internacional de Enfermería, en su papel de representante de los intereses comunes de la disciplina enfermera, quien define el papel y misión de enfermería como grupo profesional en el mundo. Asimismo, establece un marco de competencias de la enfermera generalista, como base para el desarrollo enfermero a nivel mundial, y como mecanismo eficaz a utilizar en la gestión organizativa de los cuidados enfermeros y en la gestión de dichos recursos humanos.⁸ La gestión por competencias, como modelo organizativo de cuidados, dentro de las unidades y servicios de

enfermería, se perfila como una herramienta de gestión efectiva, puesto que permite rentabilizar los recursos humanos, sin que menoscabe la salud de los profesionales, y logra su motivación, con el fin último de proporcionar unos entornos de calidad y de seguridad para los pacientes.

BASES CONCEPTUALES DE LA GESTIÓN POR COMPETENCIAS:

Es necesario identificar las características conceptuales de la gestión por competencias. Para hacerlo posible tendremos como referentes el modelo teórico de Patricia Benner y el Consejo Internacional de enfermería (CIE). Se van a identificar sus principales aportaciones en relación a las competencias enfermeras, a saber: la definición de competencia enfermera, la identificación de los distintos niveles competenciales, los mapas de competencias para la enfermera generalista y la metodología para evaluación las competencias.

Definición de Competencia Enfermera:

- **Patricia Benner:**

Fue Patricia Benner quien definió competencia enfermera, como (citado Brykczynski) *“la actuación cualificada que se conoce y se describe según su intención, funciones y significados”*.¹¹

Dentro de sus distinciones teóricas diferenció entre práctica y conocimiento teórico, por lo que práctica estaría más relacionado con las habilidades y las destrezas y el conocimiento teórico lo estaría con los conocimientos; pero recalcó que la práctica clínica era un área de investigación y una fuente para el desarrollo del conocimiento, de forma que la adquisición de las habilidades basadas en la experiencia serían más seguras y rápida cuando se producían a partir de una base educativa sólida. Una de las principales utilidades prácticas de su modelo, dentro del ámbito de la gestión de los servicios de enfermería, reside en poder establecer un modelo y método de organización en relación a la gestión de los recursos humanos. El modelo de la principiante a la experta, nos permite establecer los requisitos necesarios que deben poseer las enfermeras para el ejercicio de la profesión. Es necesario recordar que Benner formó parte del equipo de Richard S. Lazarus, conocido por sus estudios sobre las estrategias y mecanismos de afrontamiento al estrés. Benner realizó investigaciones sobre las relaciones del estrés en el trabajo y los significados del mismo en relación al estrés, así como, las opciones que posee la persona para adaptarse; siendo el conocimiento práctico una forma de afrontamiento. Por tanto, su modelo es útil para poder establecer modelos organizativos de cuidados donde los profesionales puedan contar con las competencias necesarias para el desempeño profesional como manera de prevenir o reducir el estrés laboral.^{11,12}

- **Consejo Internacional de Enfermería**

Dentro del ámbito internacional de la enfermería, el CIE define competencia enfermera como “*Un nivel de realización que demuestra la aplicación efectiva de los conocimientos, capacidades y juicio*”.⁸ El CIE indica que es necesario aclarar la función que tiene la enfermería dentro del contexto internacional, puesto que a nivel internacional son las enfermeras el grupo profesional más mayoritario que proporciona asistencia sanitaria. Los profesionales de enfermería son unos de los recursos más importantes y vitales para la sociedad, puesto que los cuidados enfermeros son necesarios en todas las etapas de la vida, desde el nacimiento hasta la vejez; y tanto en situaciones de enfermedad como de salud; abarcando todos los ámbitos asistenciales posibles, desde la atención primaria a la atención especializada.

Niveles competenciales:

- **Patricia Benner:**

El modelo de Patricia Benner (de Principiante a Experta) establece cinco niveles:¹¹

- Principiante: En este nivel estarían las enfermeras sin experiencia previa de la situación a la que deben afrontar. En este nivel se sitúan los estudiantes de enfermería o las enfermeras expertas en otras áreas pero que se incorporan a nuevas unidades donde deben enfrentarse a situaciones que les son desconocidas.

- Principiante avanzada: Se sitúan las enfermeras que tienen la experiencia necesaria para manejar algunos aspectos de la situación a la que deben enfrentarse siendo profesionales que se sienten muy responsables del cuidado que proporcionan, pero que todavía dependen del consejo de las enfermeras con más experiencia en esa área. En este nivel se sitúan las enfermeras que han terminado recientemente su formación universitaria.

- Competente: Se sitúan las enfermeras que han adquirido cierto grado de experiencia que les permite elaborar nuevas maneras y pautas para realizar una adecuada planificación. En este nivel están las enfermeras que llevan aproximadamente 2 ó 3 años en un área determinada.

- Eficiente: Se sitúan las enfermeras que perciben la situación desde un punto de vista global, siendo un salto cualitativo en relación con el nivel anterior, puesto que poseen un dominio intuitivo de la situación, y está más comprometida con el paciente y la familia.

- Experta: Es un salto más a nivel cualitativo, puesto que conoce los patrones de respuesta y conoce al paciente debido a su gran experiencia. En este nivel están las enfermeras con gran experiencia en las situaciones que debe afrontar

demostrando gran dominio clínico, siendo capaces de asimilar el saber práctico. Son enfermeras que tienen una visión en conjunto y son capaces de prever lo inesperado.

- **CIE:**

El CIE indica que, aunque hay competencias dentro de la enfermería que son comunes, hay en otros aspectos como su aplicación y el nivel de competencia requerido, que van a variar de acuerdo con las funciones y los contextos laborales particulares. Por lo tanto, divide estos comportamientos en cuatro niveles competenciales, que reflejan el creciente nivel de experiencia, conocimientos y capacidades requeridos para los niveles de responsabilidad superiores. Esto supone que un puesto que requiere comportamientos del nivel 4 incluye comportamientos del nivel 1, 2 y 3.⁸

Mapa de competencias enfermeras:

- **Patricia Benner** establece para el cuidado del paciente en unidades de hospitalización convencional, 31 competencias que se derivaron inductivamente en los siguientes siete dominios:¹¹

1. Rol de ayuda.
2. Función de enseñanza- formación.
3. Función de diagnóstico y seguimiento del paciente.
4. La gestión eficaz de las situaciones que cambian con rapidez.
5. La administración y la vigilancia de las intervenciones y de los regímenes terapéuticos.
6. El seguimiento y la garantía de la calidad de las prácticas de cuidados de la salud.
7. Las competencias organizadoras del rol de trabajo.

Benner indicó la necesidad de adaptar estos dominios o áreas y las competencias profesionales, a cada organización, por medio del estudio de la práctica profesional en cada lugar específico para el desempeño laboral. Esta autora posteriormente realizó investigaciones centradas en el ámbito de los cuidados intensivos, identificando nueve dominios, estableciendo la naturaleza de la práctica del cuidado enfermero a los pacientes graves.¹¹

- El **CIE** dentro de su marco de competencias para la enfermera generalista,⁸ establece 98 competencias agrupadas en tres capítulos:

1.- Profesionales, éticas y de práctica jurídica: incluye 20 competencias que tienen relación con la responsabilidad, la práctica ética y la práctica jurídica.

2.- Prestación y gestión de los cuidados: incluye 64 competencias que guardan relación con los principios claves de la prestación de los cuidados (promoción de la salud, estudio, planificación, ejecución, evaluación, comunicación terapéutica y relaciones interpersonales) y de su gestión (entorno seguro, atención interprofesional de salud, delegación y supervisión).

3.- Desarrollo profesional: incluye 14 competencias que tienen relación con el desarrollo profesional (mejoramiento profesional, mejoramiento de la calidad y formación continua).

Evaluación de las competencias enfermeras:

- El **modelo de Patricia Benner**, fue la base para el resultado de los métodos intraprofesionales para el consenso, la valoración y la evaluación intraprofesional, conocido como AMICAE, siendo por lo tanto, un método de evaluación para las universidades de enfermería y para los hospitales participantes. Asimismo, desarrollo varios estudios, donde el propósito consistía en realizar una evaluación sistemática de competencias, determinar el problema del acceso al empleo y los problemas a los que se enfrentaban las enfermeras que acaban su formación universitaria. Su objetivo no era que su modelo fuese la base para la contratación ni para las evaluaciones convencionales de incorporación de enfermeras, sino más bien, que sirviese para dar importancia a la práctica clínica como fuente de conocimiento y cómo este se iba incorporando a medida que la enfermera avanzaba en el ejercicio profesional, como se iban adquiriendo las competencias necesarias para el desempeño profesional, desde un nivel de principiante hacia un nivel de experto.^{11,12}
- El **CIE** no establece ni el tipo de evaluación ni los criterios de medición de las competencias de la enfermera generalista, puesto que lo deja en manos de los países que tendrán que realizarlo según sus propios contextos sociales y del ejercicio profesional.⁸
- **G. Miller** (citado Fernández) en la década de los años 90, diseñó una pirámide con varios niveles que permitió dar operatividad a la evaluación de las competencias profesionales:¹³

a) En la base de la pirámide se encuentran los conocimientos (*sabe*).

b) En el segundo nivel se encuentra el *sabe cómo* usar el conocimiento.

- c) En el tercer nivel de la pirámide tenemos *muestra cómo* lo haría.
- d) En el cuarto nivel de la pirámide tenemos el *hace*.

Esta pirámide permite conocer lo que el profesional hace realmente en su práctica profesional, puesto que tiene en cuenta además del conocimiento y cómo lo aplica (aspectos que se sitúan en los dos primeros niveles de la pirámide, donde las pruebas de evaluación serían las convencionales), cómo desempeña sus funciones, lo que hace que se sitúe en los niveles más altos de la pirámide propuesta por Miller (donde las pruebas de evaluación se denominan *performance*).



Figura 1. Pirámide de Miller.

Tomada de: <http://pepsic.bvsalud.org/img/revistas/rbop/v7n2/2a05f4.jpg>

Esta pirámide nos indica que para evaluar las competencias profesionales es necesario tener en cuenta lo que el profesional manifiesta derivado de los conocimientos que posee, de las habilidades que tiene y de la actitud que muestra.

PROPUESTA DE MODELO ORGANIZATIVO DE CUIDADOS POR COMPETENCIAS, EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL Y DE LA RED SANITARIA MADRILEÑA.

Dentro del Sistema Nacional de Salud Español (SNS) y especialmente dentro de la Red Sanitaria Madrileña, encontramos legislación y bibliografía, sobre gestión por competencias, para adaptar los puestos a los distintos perfiles profesionales.

Aspectos esenciales de la gestión por competencias:

La gestión por competencias, es un modelo organizativo de cuidados basado en lo que la enfermera “hace”, con el fin último de lograr que los profesionales estén adaptados a sus puestos de trabajo. Dicho modelo sienta las bases de una atención sanitaria de calidad, puesto que diseña determinados perfiles profesionales y establece diferentes mapas de competencias para diferentes puestos; puestos que deben ser ocupados por profesionales que tengan las competencias que en ellos se han establecido. Por lo tanto, se suma un elemento importante, la evaluación de las competencias, de manera que permite detectar aquellos profesionales que cuentan con las competencias requeridas y determinar el nivel de competencia alcanzado desde un nivel básico a un nivel excelente; dando la oportunidad al profesional de poder lograr la excelencia del cuidado. Este modelo también permite desarrollar mayor autonomía de la práctica profesional, puesto que se centra en lo que el profesional “hace” dentro de su desempeño habitual e identifica los talentos de las personas en términos de comportamientos observables. Este tipo de gestión es más flexible, puesto que los profesionales participan en la toma de decisiones en sus unidades de trabajo. Al realizar una evaluación centrada en el desempeño profesional, se puede establecer aquellos puntos fuertes que el profesional presenta y aquellos puntos débiles que deben ser mejorados de acuerdo a un plan de mejora; siendo la gestión facilitadora de dicho proceso. Por tanto, el objetivo último de la gestión por competencias, es ofrecer unos cuidados de calidad en entornos atractivos para el profesional y seguros para los pacientes.¹⁴

Dentro de la gestión por competencias cobra especial importancia, la definición de competencia profesional con la que vamos a trabajar, los niveles competenciales, el mapa de competencias, y cómo vamos a realizar la evaluación de la competencia profesional. Así pues, a continuación se expondrán los diferentes aspectos y conceptos que están implicados en el modelo organizativo de cuidados por competencias profesionales:

- **Definición de competencia profesional:**

Dentro del marco legislativo español, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (LCC), en el artículo 42 define competencia profesional 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 planteen”*.¹⁵

Por lo tanto, existen varios aspectos que deben tenerse en cuenta a la hora de poder realizar la gestión por competencias, en base a la definición de competencias dentro de nuestro contexto social. Así pues, las competencias deben ser observables, medibles, capaces de ser evaluadas y estar basadas

en lo que el profesional “hace”, reflejándose en la práctica habitual y que se construyen sobre la base de los conocimientos, las habilidades y las actitudes del profesional.

Por lo anteriormente expuesto, elegimos la definición de la LCC como definición de competencia para este modelo organizativo de cuidados, puesto que está en consonancia con la operatividad del modelo y con nuestro sistema sanitario.

- **Niveles competenciales:**

La LCC define conceptos que tienen relación con las competencias profesionales, y en concreto en su artículo 40 habla del desarrollo profesional como *“un aspecto básico de modernización del Sistema Nacional de Salud (...) en relación con los siguientes ámbitos: a) La formación continuada. b) La carrera profesional. c) La evaluación de la competencia”*.¹⁵

Por otro lado, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) en su artículo 4.6 indica que *“los profesionales sanitarios realizarán a lo largo de su vida profesional una formación continuada, y acreditarán regularmente su competencia profesional”*.¹⁶

Por lo tanto, si bien la legislación no especifica los niveles para la competencia profesional, si establece la evaluación de la competencia y lo relaciona con el desarrollo profesional, (artículo 38 de la LOPS) estableciendo cuatro grados (o niveles), con la posibilidad de un nivel inicial si la Administración Sanitaria lo considera oportuno. La carrera profesional es el mecanismo de reconocimiento al desarrollo profesional que establece el SNS y lo articula en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (LEM) a través del artículo 40.¹⁷

En el ámbito de la gestión sanitaria y dentro del contexto de la red sanitaria madrileña, el manual de Cuevas et al,⁹ establece para los niveles de competencia enfermera 4 niveles de conducta, siendo acumulativos, es decir, están ordenados de menor a mayor grado de posesión de la competencia, de tal forma que cada nivel que se asciende supone el cumplimiento del nivel o niveles anteriores.

- **Mapa de competencias profesionales:**

Elegimos el mapa competencial de Cuevas et al, por ser el que mejor se adapta a nuestro contexto y ser más operativo, a la vez que ha sido el modelo utilizado por gestores enfermeros de hospitales de la red sanitaria madrileña, como el Hospital Universitario La Paz y el Hospital Infanta Sofía, entre otros.

El mapa competencial elaborado por Cuevas et al,⁹ está constituido por 7 dominios y 28 competencias.

Dominio 1: Identificación con el hospital. Consta de 3 competencias. Hace referencia a la capacidad y voluntad de orientar los propios intereses y comportamientos hacia las necesidades, prioridades y objetivos del hospital.

Dominio 2: Orientación al paciente-familia. Consta de 4 competencias. Hace referencia al deseo de ayudar a las pacientes y satisfacer sus necesidades y resolver sus problemas.

Dominio 3: Trabajo en equipo y cooperación. Consta de 4 competencias. Hace referencia a la colaboración con otros, formando parte de un grupo que trabaja compartiendo procesos, tareas y objetivos.

Dominio 4: Flexibilidad. Consta de 5 competencias. Hace referencia a la habilidad de adaptación de distintas situaciones, personas o grupos en el trabajo, entendiendo y valorando posturas distintas o enfrentadas.

Dominio 5: Orientación al logro. Consta de 6 competencias. Hace referencia a la preocupación por hacer bien el trabajo o superar un estándar (mejorar los propios resultados), las metas personales o hacer bien las cosas de forma diferente para mejorar.

Dominio 6: Preocupación por el orden y la calidad. Consta de 3 competencias. Hace referencia a la preocupación permanente para reducir la incertidumbre del medio controlando el trabajo, la información utilizada, las funciones ejercidas y los roles desempeñados.

Dominio 7: Autocontrol. Consta de 3 competencias. Hace referencia a la capacidad de mantener bajo control las emociones, evitando reacciones negativas ante provocaciones u oposición por parte de otros o en situaciones de estrés.

- **Evaluación de las competencias profesionales:**

- Encuesta global de competencias para la enfermera generalista:

Cuevas et al,⁹ estable una encuesta global en base al mapa de competencias de la enfermera generalista donde los niveles se evalúan utilizando una escala Likert con un rango de 1 (nunca), 2 (en ocasiones), 3 (con frecuencia), 4 (siempre). Por lo tanto, el mapa de competencias es entendido como una variable que ordena las competencias profesionales desde el nivel mínimo aceptable al nivel óptimo o excelente.

- Entrevista de evaluación:

Para la evaluación e interpretación del mapa de competencias, es necesario que el evaluador sea el supervisor de la unidad y que evaluador y evaluado la realicen conjuntamente a través de una entrevista, puesto que se basa en evidencias de comportamiento observables en función de un puesto de trabajo

en concreto. La duración de la entrevista de evaluación debe ser de 45 minutos.

La evaluación realizada por el líder del grupo tiene la ventaja que puede utilizar varios instrumentos de evaluación propuestos en la pirámide de Miller, ya que, además de la encuesta global de competencias; el líder conoce la realidad de la práctica profesional de su unidad, los objetivos marcados (registros, historia clínica, informes de alta de enfermería, etc.) y es conocedor de incidentes (con pacientes, familiares, compañeros, etc.), reclamaciones, participación en cursos de formación continuada, participación en comisiones clínicas, en proyectos docentes o investigadores etc. Por lo tanto, es importante que antes de la entrevista el supervisor recabe toda la información necesaria para poder comentarlo con el profesional.

Por otra parte, es necesario que la entrevista tenga la siguiente estructura:

-Introducción.

-Desarrollo.

-Conclusión.

Para hacer partícipe y motivar al profesional, el evaluador (supervisor/líder) debe establecer una comunicación efectiva donde en la introducción de la misma, se fijen los objetivos y se mencionen de forma clara las competencias que son objeto de evaluación. Durante el desarrollo de la entrevista se debe realizar la evaluación en base a las evidencias de comportamiento en el puesto desempeñado y en base a la información disponible. Por último, en la conclusión se debe especificar el resultado de la evaluación resaltando los puntos fuertes y los puntos débiles, prestando atención a aquellas las competencias que deben ser mejoradas, estableciendo un plan de mejora e indicando las posibilidades u oportunidades que la organización, la unidad, y la supervisión le ofrece (facilitando: la formación continuada, la participación en sesiones clínicas, la pertenencia en comisiones clínicas hospitalarias etc.). Ahora bien, es importante focalizar y resaltar, los aspectos más positivos del trabajo desempeñado por el evaluado (profesional) con el objetivo de lograr su motivación y un compromiso de mejora.

- Interpretación de la evaluación:

Para asignar una puntuación final para cada dominio, se tiene en cuenta la puntuación más frecuente de las puntuaciones obtenidas en cada competencia, y para la puntuación global o final se asume la puntuación más frecuente obtenida en los 7 dominios.

No hay que olvidar que la evaluación depende de lo que el profesional realiza en su práctica profesional por lo que los datos no se evalúan de manera aislada, sino a través de la entrevista.^{9,18,19}

ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS DE LA GESTIÓN POR COMPETENCIAS:

Para poder implantar la gestión por competencias, hay que prestar especial atención, al estilo de liderazgo y a la distribución de tareas dentro de la unidad; puesto que se debe lograr que el profesional se adapte al puesto según su desempeño profesional. Por lo tanto, es preciso dotar de las herramientas necesarias para facilitar a los profesionales la adquisición de competencias desde un nivel básico al excelente, con el fin potenciar su talento para alcanzar la excelencia.

- **Estilo de liderazgo:**

El tipo de liderazgo que requiere este tipo de gestión, es un liderazgo que tenga la suficiente capacidad para influir en el equipo que dirige y que logre la motivación necesaria para alcanzar los objetivos y las metas del grupo. Por lo tanto, es necesario que el líder motive, que utilice su influencia, que tenga en consideración de cada miembro del grupo siendo capaz de ver su singularidad y que sea capaz de estimular en la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes a su equipo; en definitiva que sea capaz de liderar y no sólo gestionar para conseguir un entorno atrayente para su personal. Un buen líder es aquel se sabe utilizar los distintos tipos de liderazgo en función del grupo que tiene que dirigir y de la situación que se presente, por lo tanto, ante un periodo de crisis o de fuertes conflicto será necesario que el líder utilice el liderazgo autocrático, pero una vez que haya pasado ese momento de crisis, el estilo de liderazgo a utilizar debe tender hacia el liderazgo participativo y democrático para hacer partícipe a los profesionales en la toma de decisiones. El liderazgo transformador es el salto cualitativo en los estilos de liderazgo, puesto que es aquel que logra motivar, trabaja orientado a la efectividad, la satisfacción e impulsa las competencias del grupo que lidera. Siendo este tipo de liderazgo el más idóneo para la gestión por competencias.^{18,19}

- **Distribución de tareas según el niveles de competencia profesional:**

Como hemos mencionado anteriormente el modelo de Cuevas et al⁹ es el que mejor da respuesta en nuestro Sistema Sanitario y contexto social. Los pacientes deben ser asignados a las enfermeras según su nivel de competencias, de forma que enfermas con niveles superiores de competencia serán las que cuiden a los pacientes más complejos, estableciendo una

equivalencia entre los niveles propuestos por Cuevas et al y los niveles propuestos por Benner.

Para llevarlo a cabo, el ratio de enfermera / pacientes dependerá de la complejidad del paciente, de forma que enfermeras más expertas llevarán menos pacientes pero más complejos y enfermeras de niveles de competencias inferiores llevarán más paciente pero menos complejos. Hay que tener en cuenta lo que varios autores^{21,22} comentan puesto que una adecuada dotación de enfermeras y unos ratios enfermera/paciente razonables, reduce considerablemente la mortalidad de los pacientes a los que cuidan sean o no pacientes complicados.

La equivalencia entre los niveles competenciales propuestos por Cuevas et al y los niveles propuestos por Benner, quedaría de la siguiente manera:

Nivel I (Principiante/Principiante avanzada): tendremos en cuenta para este nivel si el hospital es o no universitario, los estudiantes de Grado y el curso en el que están, o si hay personal de nueva incorporación. A este nivel se le asignarán los pacientes con complejidad baja.

Nivel II (Competente). A este nivel se le asignarán los pacientes con complejidad media.

Nivel III (Eficiente). A este nivel se le asignarán los pacientes con complejidad alta.

Nivel IV (Experta). A este nivel se le asignarán los pacientes con complejidad muy alta.

Las enfermeras de los niveles I y II serán tutorizadas por enfermeras de los niveles III y IV respectivamente o en su defecto o por sobrecarga asistencial por la supervisora de la unidad.^{9,11}

- **Formación continuada:**

El modelo organizativo de cuidados gestión por competencias tiene que sustentarse en la formación permanente de los profesionales, siendo una de las herramientas principales que demandan los profesionales para su desarrollo profesional y competencial.^{23,24} Esto está en concordancia con el marco legislativo español, que considera la formación continuada como parte esencial para capacitar y legitimar a los profesionales sanitarios.

LCC en su artículo 38 establece, en relación a la formación continuada: *“Las Administraciones públicas establecerán criterios comunes para ordenar las actividades de formación continuada, con la finalidad de garantizar la calidad en el conjunto del Sistema Nacional de Salud”*.¹⁵

LOPS en su artículo 12 dentro del capítulo I indica que: *“la actualización permanente de conocimientos, mediante la formación continuada, de los profesionales sanitarios, como un derecho y un deber de éstos (...)*”. El capítulo IV y en concreto el artículo 33, en relación a la formación continuada, en su apartado 2, establece los objetivos de la formación continuada, siendo estos: *“a) Garantizar la actualización de los conocimientos de los profesionales y la permanente mejora de su cualificación, así como incentivarles en su trabajo diario e incrementar su motivación profesional. b) Potenciar la capacidad de los profesionales para efectuar una valoración equilibrada del uso de los recursos sanitarios en relación con el beneficio individual, social y colectivo que de tal uso pueda derivarse. c) Generalizar el conocimiento, por parte de los profesionales, de los aspectos científicos, técnicos, éticos, legales, sociales y económicos del sistema sanitario. d) Mejorar en los propios profesionales la percepción de su papel social, como agentes individuales en un sistema general de atención de salud y de las exigencias éticas que ello comporta. e) Posibilitar el establecimiento de instrumentos de comunicación entre los profesionales sanitarios”*.¹⁶

LEM en su artículo 17 al establecer los derechos individuales de los profesionales, menciona como derecho *“a la formación continuada adecuada a la función desempeñada y al reconocimiento de su cualificación profesional en relación a dichas funciones”* y en el artículo 19 al establecer los deberes de los profesionales, establece que tienen el deber de *“mantener debidamente actualizados los conocimientos y aptitudes necesarios para el correcto ejercicio de la profesión o para el desarrollo de las funciones que correspondan a su nombramiento, a cuyo fin los centros sanitarios facilitarán el desarrollo de actividades de formación continuada”*.¹⁷

Por lo tanto, es necesario como requisito para la adquisición de competencias, que el profesional adquiera las habilidades y destrezas propias de su puesto de trabajo y dominen las técnicas propias de la unidad. Para lograrlo, es preciso que los profesionales se familiaricen con la tecnología y se formen a través de sesiones de entrenamiento para que puedan “mostrar cómo” lo hacen.

- **Formación en habilidades sociales y resolución de conflictos:**

Una de las claves para que los entornos sean atractivos, reside en capacitar a los profesionales en la gestión de sus emociones, en la resolución efectiva de los conflictos interpersonales y en el control del estrés.^{6,19} Una de las consecuencias del agotamiento laboral son los sentimientos de incompetencia,^{25,26} principalmente cuando las demandas del medio laboral exceden de sus capacidades, por lo tanto, hay que dotar de herramientas o estrategias necesarias para potenciar los factores protectores, siendo uno de ellos el denominado *engagement*. Este concepto está relacionado con la percepción del trabajo desde un punto de vista positivo, donde se entrelazan

conceptos como dedicación, vigor y absorción y donde las circunstancias son vistas como oportunidades de mejora, como un reto para adquirir competencias laborales y personales. Es en este punto, donde el manejo y adquisición de habilidades sociales, puede ayudar a alcanzar determinadas competencias que tengan que ver con la resolución de conflictos para crear entornos de trabajo donde las relaciones interpersonales sean cordiales y también donde las relaciones con el paciente puedan alcanzar objetivos profesionales (como sería su colaboración y recuperación) logrando una relación satisfactoria que derive en una atención de calidad. Hay que tener en cuenta que unos profesionales satisfechos con su desempeño laboral, generalmente provocan satisfacción en los pacientes a los que cuidan.^{27,28}

Todo lo anteriormente expuesto hace ver la necesidad de capacitar a los profesionales en el aprendizaje del rol profesional, no sólo de los conocimientos y habilidad propias de su disciplina, sino de habilidades sociales y de comunicación tanto de carácter general (como podría ser mantener una comunicación fluida en una conversación) como de carácter específico (poder desarrollar empatía).

Es preciso diseñar sesiones dentro de las unidades, con apoyo principalmente de psicólogos clínicos o de personal entrenado en habilidades sociales, en comunicación efectiva y en manejo y control de estrés y en técnicas de relajación. Uno de los aspectos más importantes es poder diseñar estrategias que permitan adquirir habilidades cognoscitivas y no verbales que transformen los errores cognoscitivos en diálogos positivos de forma que se interioricen, con el fin de lograr cambiar los sentimientos de incompetencia. Otra de las habilidades necesarias son las habilidades de conducta, puesto que actúan como facilitadoras de la comunicación. Por último y no menos importante está la habilidad especial de la asertividad, ya que implica la capacidad de poder expresar de manera directa lo que se desea, se necesita u opina pero no a expensas de los demás, sino de una forma madura, teniendo en cuenta los sentimientos de los demás.^{19,29}

- **Reuniones de equipo:**

Los profesionales deben tener la posibilidad de participar en la toma de decisiones, siendo necesario que el grupo se reúna con el objetivo de llegar a un consenso sobre temas que les atañen y donde se puedan resolver los conflictos que hayan surgido.

Es preciso que en estas reuniones se establezcan los objetivos de la unidad, los cuales deberán estar en conformidad con las líneas estratégicas de la institución, debiendo ser conocidas por los profesionales. Los miembros del equipo deben estar de acuerdo con los objetivos y pactar los compromisos que estén dispuestos a adquirir. Esto es necesario, puesto que es preciso que los profesionales sepan lo que se espera de ellos con el fin de no tener falsas

expectativas que podrían generar frustración. Es preciso que los profesionales se comprometan hacia el logro de metas comunes, para que puedan realizar su labor comprometidos con la unidad y se sientan reconocidos como parte integrante de la organización, de manera que esto actúe como un factor motivacional. Sin embargo, lo más importante de las reuniones de equipo reside en que los profesionales se sientan apoyados por su líder, puesto que este es uno de los elementos que más influyen en la satisfacción y motivación en el trabajo y en generar entornos atractivos.^{30,31}

- **Sesiones de equipo :**

Estas sesiones tienen como objetivo que los enfermeros puedan adquirir la autonomía en su práctica clínica. Estas sesiones deben favorecer la capacidad de reflexión, teniendo como base los cuidados enfermeros que necesitan los pacientes de la unidad. Las enfermeras de niveles competenciales superiores van a ser las guías expertas del resto del equipo, deben ser las que lideren la elaboración de recomendaciones, protocolos y guías de mejor práctica clínica. Todo ello debe tener como base, la mejor evidencia científica y la mejor la práctica clínica, por lo que deben ser revisados y actualizados periódicamente.

En las sesiones es necesario que esté representado el equipo multidisciplinar para que se puedan debatir las opciones que puedan ser complementarias a los tratamientos médicos, puesto que, la razón principal es poder desarrollar una práctica asistencial autónoma donde los enfermeros se sientan, desde un punto de vista positivo, responsables del cuidado integral del paciente. Siendo el objetivo último y común del equipo multidisciplinar el beneficio y seguridad del paciente.^{32,33}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- Comisión Europea. Libro Verde sobre la fuerza laboral europea para la sanidad. Promoviendo una Fuerza Laboral Sostenible por la Sanidad Europea. Madrid: Consejo General de Enfermería de España; 2008.
- 2.- Letelier Valdivia M, Velandia Mora AL. Profesionalismo en enfermería: el hábito de la excelencia del cuidado. av. Enferm. 2010, 28 (2): 145-158.
- 3.- Sánchez Castro S, Torres Moreno-Cid MD. El Síndrome de Burnout y las enfermeras de un hospital de nueva creación de la Comunidad de Madrid. Biblioteca Lascasas 2011 jun-nov. [citado 2 ene 2013] 7(2): [aprox. 98 p]. Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0588.php>
- 4.- Moreno Casbas T, Fuentelsaz Gallego C. Informe global hospitales españoles: Parte 1 Ambiente de trabajo y resultados de las enfermeras. Informe global hospitales españoles. Instituto de Salud Carlos III, Madrid; 2011.
- 5 Kramer M, Shmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Nursing. 2005, 25(3): 8-19.Español.
- 6.- Álava Reyes MJ. Trabajar sin sufrir. Madrid: La esfera de los libros; 2008.
7. Sindicato de Enfermería: SATSE. [Página en Internet] Aumenta la rotación de enfermeros y los riesgos para el paciente. [Citado 6 nov 2012]. Disponible en: <http://www.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/aumenta-la-rotacion-de-enfermeros-y-los-riesgos-para-el-paciente>
- 8.- Alexander MF, Runciman PJ. Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista. Suiza: Consejo Internacional de Enfermería; 2003.
- 9.- Cuevas Santos C, Martínez González I, Baltanás Gentil FJ. La Gestión de Competencias en Enfermería. Madrid: Difusión avances de enfermería; 2006.
- 10.- Almazán González S. El modelo de gestión por competencias, instrumento para la mejora de la calidad sanitaria [Internet].Toledo: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; 2009. [Citado 2 ene 2013]. Disponible en: http://sescam.jccm.es/web1/profesionales/Calidad/Manual_Calidad_Asistencial-SESCAM_SCLM.pdf
- 11.- Brykczynski KA. Patricia Benner. De principiante a experta: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica. En: Marriner Torney A, Raile Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier España; 2007.pp.140-166.
- 12.- Acebedo Urdiales S, Rodero Sánchez V, Vives Relats C, Aguarón García MJ. La mirada de Watson, Parse y Benner para el análisis complejo y la buena práctica. Index Enferm. 2007 Jun [Citado 17 ene 2013]; 16(56): [aprox 4 p].

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100009&lng=es&nrm=iso

13.- Fernández Araque A. Competencias de las profesiones sanitarias. Nursing. 2008; 26(7): 56-64.Español.

14.- Salamanca Castro AB, Sánchez Castro S. Gestión por competencias, conocimientos, actitudes y habilidades. Competencias generales y específicas en enfermería. En: Salamanca Castro AB, Villaseñor Roa LA, Sánchez Castro S, coords. Manuales FUDEN para la preparación de oposiciones al Servicio de Salud del Principado de Asturias. Madrid: Enfo Ediciones; 2012. p.611-627.

15.- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm.128, de 29 mayo.

16.- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm. 280, de 22 noviembre.

17.- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE núm.301, de 17 diciembre.

18.- Salvadores Fuentes P, Sánchez Lozano FM, Jiménez Fernández R. Manual de Administración de los Servicios de Enfermería. Madrid: Ariel; 2002.

19.- Roca Villanueva E. Cómo mejorar tus habilidades sociales: Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional. 3ª ed. Valencia: ACDE Ediciones; 2005.

20.- Moro Tejedor MN. Administración de los servicios de enfermería. En García Mayorga A, Villaseñor Roa LA, coords. Metodología de los cuidados enfermeros: conceptos y aplicaciones prácticas. 4ª ed. Madrid: Enfo ediciones; 2012. p.309-371.

21. - Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. BMJ. 2012 Mar 20; 344:e1717. doi: 10.1136/bmj.e1717. PubMed PMID: 19146591.

22.- Moreno Casbas T, Fuentelsaz Gallego C. Informe global hospitales españoles: Parte 1 Ambiente de trabajo y resultados de las enfermeras. Informe global hospitales españoles. Instituto de Salud Carlos III, Madrid; 2011.

23.- Observatorio de Enfermería FUDEN investigación. Estudio sobre el clima laboral y las condiciones de trabajo en el colectivo enfermero. [Internet]. Madrid: SATSE; 2013. [Citado 15 ene 2013]. Disponible en: <http://www.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/informes/estudio-descriptivo->

[del-clima-laboral-y-las-condiciones-de-trabajo-de-los-profesionales-de-enfermeria-en-espana](#)

24.- Marqués Andrés S. Formación continuada: herramienta para la capacitación. *Enferm. Glob.* 2011 Ene [Citado 16 ene 2013]; 10(21): [aprox 6 p]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000100020>

25.- Montoya Zuluaga PA, Moreno Moreno S. Relación entre síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento y engagement. *Psicología desde el Caribe.* 2012 ene-abr; 29(1): 205-227.

26.-. Ríos Rísquez MI, Carrillo García C, Sabuco Tebar EA. Resiliencia y Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y de relación interpersonal. *International Journal of Psychological Research.* 2012 Mar; 5(1): 88-95.

27.- Sánchez Castro S, Torres Moreno- Cid MD, Palacio Colomo R. Grado de satisfacción de la enfermeras del área de hospitalización quirúrgica de un hospital de nueva apertura en la Comunidad de Madrid. *ENE Revista de Enfermería.* 2010 abr [citado 2 ene 2013]; 4 (1): [aprox. 9 p]. Disponible en <http://enfermeros.org/revista>.

28.- Torres Moreno-Cid MD, Sánchez Castro S, Palacio Colomo R. Satisfacción de los pacientes en un hospital de nueva apertura de la Comunidad de Madrid. *Biblioteca Lascasas.* 2006 Jun [Citado 12 ene 2013]; 5(6): [aprox. 6 p]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc04967hp>

29.- Franco Justo C, Justo Martínez E. Reducción de los niveles de burnout en personal de enfermería mediante aplicación de un programa de entrenamiento de conciencia plena (mindfulness). *Tesela [Internet].* 2010 [Citado 10 ene 2013]; 7(1): [aprox. 6 p]. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts7/ts7220.php>.

30.- International Council of Nurses. Positive practice environment: quality workplace and quality patient care. Information and Action tool kit [Internet]. Geneva: ICN; 2007. [Citado 14 ene 2013]. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/>

31.- International Council of Nurses, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation, World Medical Association. International survey on retention incentives for health care professionals [Internet]. Geneva: ICN; 2007. [Citado 14 ene 2013]. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/>

32.- Colomer Mascaró J. El desafío es conseguir adaptar los hábitos y costumbre para afrontar la gestión clínica del presente (Revisión Cochrane). En: *La Cochrane Library Plus en español.* Núm 1, 2011. Oxford: Update Software.

33.- Torres Moreno- Cid MD, Sánchez Castro S. Aula Acreditada: Gestión de los Servicios de Enfermería. [Internet]. Madrid: FUDEN; 2008. [Citado 8 ene 2013]. Disponible en:

http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/Aula/servicios.pdf