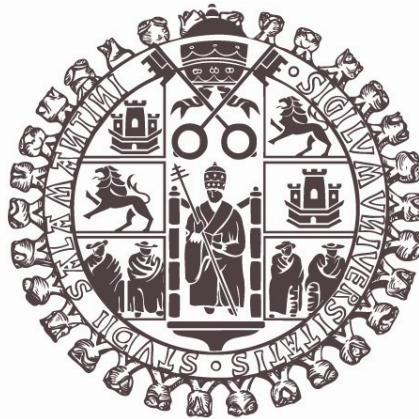


UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

FACULTAD DE EDUCACIÓN

**DEPARTAMENTO DE DIDÁCTICA, ORGANIZACIÓN Y
MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN**



TESIS DOCTORAL

**MODELO DE EVALUACIÓN DE LAS
COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL
FACULTATIVO MÉDICO**

Autora: María Jesús Pérez Curiel

Director: Gonzalo Gómez Dacal

Codirectora: Marta Moya de la Calle

Salamanca, 2010

A mis hijos Alejandro y Samuel y muy especialmente a mi marido.

AGRADECIMIENTOS

A los Directores de este proyecto. Al Profesor Gonzalo Gómez Dacal, por aceptar la realización de esta Tesis bajo su dirección en su Departamento, por apoyarme, asesorarme y guiarme en este largo camino. A la Dra. Marta Moya de la Calle por su capacidad para guiar mis ideas, por su orientación y rigurosidad ha sido un aporte clave para concebir este trabajo.

Quiero expresar también mi más sincero agradecimiento al equipo de formación de la Dirección General de Recursos Humanos de la Gerencia Regional de Salud, de la Consejería de Sanidad, por su colaboración y la aportación de los datos necesarios, en especial a Nieves González Natal, asimismo a la Directora General de dicha Dirección, Esperanza Vázquez Boyero por su empuje y confianza.

Para mis amigos, Nicasio, M^a Carmen y Jesús, tengo sólo palabras de agradecimiento, especialmente por la paciencia que han tenido al escucharme siempre hablar de mi fijación sobre el monotema de la tesis doctoral; a mi hermana Henar de quien sólo he recibido palabras de aliento en el plano profesional y personal, a mis padres por enseñarme el camino a seguir.

Finalmente, a mis dos tesoros, mis hijos Alejandro y Samuel quienes han vivido de cerca las distintas fases y sinuosidades que conlleva la realización de un trabajo de investigación, gracias por dejarme disfrutar en mi tiempo libre de vuestra maravillosa realidad. Y por último a Alex, mi marido, mi gran apoyo, mi sustento en estos años de estudio, el verdadero motor silencioso que ha hecho rodar este trabajo, gracias por su paciencia y comprensión.

**UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
FACULTAD DE EDUCACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE DIDÁCTICA, ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS DE
INVESTIGACIÓN**

**MODELO DE EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL
FACULTATIVO MÉDICO**

María Jesús Pérez Curiel

RESUMEN

En los últimos años se han desarrollado distintos métodos de evaluación de competencias de las diferentes áreas profesionales. Sin embargo dentro de la rama sanitaria y concretamente entre el personal médico no existen métodos de evaluación de dichas competencias válidos, fiables y útiles. Por esta razón, pretendemos con nuestro estudio desarrollar una pauta de evaluación de competencias profesionales en el ámbito de los profesionales médicos sanitarios.

Nuestros objetivos primordiales han sido determinar de manera científica cuáles son los mejores métodos para valorar el desempeño profesional de los médicos de Castilla y León. Además pretendemos suscitar la autorreflexión, como verdadero motor de una mejora en la trayectoria profesional, y proponer un modelo de gestión y ejecución de políticas de recursos humanos que permita planificar y dar respuesta a diversas cuestiones que se plantean actualmente en la Administración Sanitaria. El hecho de determinar unos métodos de evaluación válidos nos permitirá valorar el estado actual del sistema sanitario con sus logros y carencias.

Con el fin de conseguir todos los objetivos propuestos se diseñó un estudio que se basaba en la aplicación de una técnica mixta, tanto cualitativa como cuantitativa, teniendo como base matemática un método de consenso (el método Delphy) y realizando después un tratamiento estadístico de los datos obtenidos. El método Delphy propone una determinada secuencia en un proceso sistemático y formal para obtener un consenso sobre un tema en cuestión. De esta manera a un selecto grupo de 15 expertos, que cubrían las 48 especialidades médicas existentes, se les pidió, de forma individual, sus previsiones sobre la materia objeto de estudio, y posteriormente esas respuestas fueron integradas y nuevamente puestas a consulta del panel de expertos, hasta obtener consenso del 90%.

Para llegar a este consenso fueron necesarias tres rondas de valoración. Los métodos de evaluación de competencias obtenidos como más ideales y favorables para valorar el desempeño profesional de los médicos de Castilla y León fueron, a la hora de valorar la microgestión del profesional, los indicadores de Calidad, los indicadores asistenciales y la memoria auditada. Del mismo modo para estimar tanto las relaciones con los pacientes como con los compañeros y el trabajo en equipo, los métodos de evaluación ideales propuestos fueron la Encuesta 360°, Observación por pares y la valoración 360 grados. En cuanto a las competencias específicas dentro del perfil de cada especialidad, destacaron los indicadores clínicos y la auditoria de historias clínicas.

Así, aunque cualquier procedimiento o instrumento de obtención de información con propósitos valorativos puede ser aplicado a la evaluación del desempeño profesional, es posible afirmar que son los procedimientos de evaluación antes descritos, los idóneos para valorar las competencias profesionales de los médicos de Castilla y León.

“No es la más fuerte de las especies la que sobrevive, ni tampoco la más inteligente, sino aquella que mejor responde a los cambios.”

Darwin

**UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
FACULTAD DE EDUCACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE DIDÁCTICA, ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS DE
INVESTIGACIÓN**

**MODELO DE EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL
FACULTATIVO MÉDICO**

María Jesús Pérez Curiel

ABSTRACT

Different valuation and professional competencies methods have been developed during last years. Nevertheless inside the sanitary field, and specifically inside the medical staff, there is not any valid, reliable and useful evaluation method of these competencies. For these reason, with our study we hope to make an evaluation and professional competencies proposal in the field of professional sanitary doctors.

Our main goals have been to scientifically determinate what are the best methods to value the professional performance of the doctors in Castilla y León. In addition we hope to cause the self-reflection, like a true engine in professional career and propose a management and human resources policy execution model which allows making planning and answer to several questions actually raised in sanitary administration. The determination of the valid evaluation methods will allow us to value the actual state of the sanitary system, focusing in its achievements and in its lacks.

A based in the application of a mix technique study was design to achieve all the proposed goals, both qualitative and quantitative, taking as the mathematical basis a consensus method (the Delphy method) and then doing a statistical treatment of the obtained data.

The Delphi method suggests a determined sequence in a formal and systematic process to obtain a consensus in a matter. This way, a select group of experts, which filled the 48 existing medical specialties, was requested to give, individually, their forecast in the matter. Later, the answers were integrated and newly put them to discuss in the experts group, until obtaining a consensus of the 90%.

Three evaluations rounds were necessary to achieve this consensus. The evaluation methods obtained as perfect and favorable to value the professional performance of the Castilla y Leon doctors were, when valuing the detailed management of the staff, the quality and welfare indicators and the audited memory. In the same way and in order to estimate both the relationship with partners, patients and the team work, the perfect evaluation methods chosen were the 360 degrees survey, the pair observation and the 360 degrees valuation. Regarding to specific competencies inside each profile in each specialty, the clinical indicators and the clinical history auditory stood out.

So, although any procedure or instrument to obtain the information with the aim of valuing can be applied to the professional performance evaluation, it is possible to affirm that the evaluation procedures described are the best to value the professional competencies of the doctors in Castilla y León.



Índice de contenidos

Índice

INTRODUCCIÓN.....	19
OBJETIVOS.....	25
MARCO LEGISLATIVO.....	29
Introducción.....	29
Historia.....	29
Descentralización.....	31
Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS).....	37
- Título I: Del ejercicio de las profesiones sanitarias.....	39
- Título II: De la formación de los profesionales Sanitarios.....	42
- Título III. Del desarrollo profesional y su reconocimiento.....	51
- Título IV: Del ejercicio privado de las profesiones sanitarias.....	51
- Título V: De la participación de los profesionales.....	52
Resumen del Marco legislativo.....	53
MARCO TEÓRICO.....	57
Definición de Competencias.....	57
Componentes de la competencia.....	63
Introducción.....	63
Conocimiento (Saber).....	64
Habilidades, destrezas (Saber cómo).....	64
Cultura, normas institucionales y comportamiento (Demuestra cómo).....	65
Práctica, desempeño (Hacer).....	65
Teorías del factor humano dentro del trabajo.....	66
Teorías de motivación en el trabajo.....	68
- Jerarquía de necesidades (Abraham Maslow).....	68
- Teoría X y teoría Y (Douglas McGregor).....	69
- Teoría de la motivación-higiene (Frederick Herzberg).....	72
- Teoría existencia, relación y crecimiento (Clayton Alderfer).....	73
- Teoría de las tres necesidades o necesidades secundarias (David McClelland).....	74
- Teoría de las expectativas (V. Vroom, E. Deci, L. Porter).....	75
- Teoría de la equidad (J. Stacey Adams).....	76
- Teoría de la evaluación cognoscitiva (E. Deci, R. Ryan, R. De Charm)77	
- Teoría del establecimiento de metas (Edwin Locke).....	77
- Teoría del flujo (Mihaly Csikszentmihalyi).....	78
Clasificación de las competencias.....	79
- Competencias generales.....	85
- Competencias horizontales.....	87
- Competencias verticales.....	89
Sentido de la evaluación de las competencias.....	97
Desempeño.....	98
Perfil y puesto.....	100
Formación.....	100
Métodos de Evaluación.....	102
Introducción.....	102
Modelo clásico.....	105
Nuevo modelo.....	105
• Rigidez.....	105

• Retribución por estatus y permanencia.....	105
• Incrementos salariales garantizados	105
• Crecimiento vegetativo de la masa salarial	105
• Evaluación subjetiva de la actuación individual	105
• Flexibilidad.....	105
• Retribución por mérito/desempeño	105
• Incrementos salariales personalizados.....	105
• Establecimiento de la masa salarial en función de la rentabilidad de la empresa	105
• Desarrollo de sistemas de evaluación participativos	105
Procedimientos de medida como medio para elaborar un sistema de competencias	
.....	108
Problemas de los sistemas de evaluación.....	109
Tipos de evaluación	109
Aspectos a tener en cuenta en las evaluaciones	117
Métodos e instrumentos para estimar conocimientos (saber).....	118
Métodos para medir el grado en que se poseen habilidades, destrezas (saber hacer)	
.....	120
Métodos para medir el comportamiento (saber estar)	123
Métodos para medir la práctica o el desempeño (hacer)	125
Justificación de la utilización de métodos de medida de la calidad en las instituciones sanitarias	125
Instrumentos que miden la competencia sanitaria.....	127
Errores comunes en la utilización de instrumentos de medida que se han de evitar	154
Periodicidad de las evaluaciones. Evaluación de competencias.....	155
Medición y evaluación de competencias: el reto de la continua renovación.....	157
PREGRADO, POSGRADO, FORMACIÓN CONTÍNUA Y CARRERA	
PROFESIONAL	161
Introducción.....	161
Primera etapa: Estudios básicos. Pregrado	163
Introducción	163
Estándares en la educación de pregrado.....	163
Métodos de evaluación a los estudiantes.....	168
Métodos de evaluación a los profesores	171
Instrumentos de Educación	172
Evaluación del programa de pregrado	173
Gobierno y Administración de la Universidad	174
Competencias genéricas en Pregrado	175
Competencias específicas en Pregrado	177
El Espacio Europeo de Educación Superior y Medicina	184
El Pregrado en Medicina	185
Resumen	188
Segunda Etapa: Posgrado	190
Introducción	190
Formación	192
Regulación española de Formación de especialistas	194
Características de la formación de Residencia.....	203
Estándares en la educación médica de posgrado según especificaciones europeas.	
Competencias de los Residentes	207
Métodos de evaluación en posgrado	212

Libro del residente.....	221
Resumen	224
Formación Continua	226
Introducción.....	226
Objetivos de la Formación Continua.....	231
Métodos de aprendizaje y evaluación en FC.....	232
Contenido de la Formación Continua	239
La planificación y documentación de las actividades de FC	240
Datos en Castilla y León de las actividades de FC en 2008	242
Proveedores de Competencia Profesional.....	245
Formación continua en Castilla y León.....	251
Resumen	252
Carrera profesional	257
Grado o nivel de los puestos profesionales	261
Resumen	263
CALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO.....	267
Introducción.....	267
Estructura de excelencia	272
Objetivos del Sistema Sanitario.....	275
La certificación profesional	276
Definición de certificación y recertificación	276
Justificación de la certificación.....	278
Certificación de especialistas	278
INVESTIGACIÓN	285
Introducción.....	285
Enunciado del problema. Objetivo de la investigación	286
Diseño de la investigación.....	287
Clasificación de métodos cuantitativos y cualitativos	289
Método Delphi.....	298
Definición	298
¿En qué consiste?	298
Contexto de utilización	299
Origen	299
Metodología	300
Ventajas del método	303
Inconvenientes del método	303
Metodología de la investigación.....	304
Muestra inicial	304
Esquema general del estudio	307
Contexto de la investigación	309
Fases	312
Definición del estudio	314
Selección del panel de expertos	315
Etapa 1: Se plantean dos preguntas abiertas a los expertos.....	317
Etapa 2: Se elabora y envía el cuestionario 2 a los expertos seleccionados.....	322
Etapa 3: Los expertos responden al cuestionario 3	327
Descripción de los resultados de la primera ronda.....	328
Por cada bloque de competencias	328
Por cada grupo de especialidades de los expertos.....	333
Descripción de los resultados de la segunda ronda	346

Por cada bloque de competencias	347
Descripción de los resultados de la tercera ronda.....	351
Por cada bloque de competencias	351
Instrumentos consensuados de las tres rondas.....	356
Estudio de las tres rondas	357
Por cada bloque de competencias	357
Por cada grupo de especialidades de expertos	359
Pruebas no paramétricas	362
Prueba de Friedman	362
Coeficiente de confiabilidad de Cronbach	362
Estudio intercuartílico	364
Estabilidad de los resultados	364
Conclusiones.....	365
PROPUESTA DE UN MODELO DE EVALUACIÓN DEL FACULTATIVO	
ESPECIALISTA.....	369
ANEXO Nº 1: CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA EN CASTILLA Y LEÓN	373
ANEXO Nº 2: DENSIDAD DE POBLACIÓN EN CASTILLA Y LEÓN	374
ANEXO Nº 3: CUESTIONARIO ESCALA LIKERT.....	377
BIBLIOGRAFÍA.....	385
BIBLIOGRAFÍA WEB	397
GLOSARIO.....	401
RELACIÓN DE TABLAS	403
RELACIÓN DE ILUSTRACIONES	405



Introducción

INTRODUCCIÓN

Las instituciones sanitarias cuentan con un amplio número de recursos, tanto materiales como económicos y tecnológicos, para afrontar los problemas de salud pública, pero el más sobresaliente por encima de todos es el factor humano. Prueba de ello es que en el ámbito de la Unión Europea (U.E) más del 70% del presupuesto sanitario se destina a salarios y otros gastos relacionados directamente con el empleo del personal sanitario.¹

Entre los diferentes profesionales que se concentran en las estructuras sanitarias, los médicos son los responsables en última instancia de garantizar a los pacientes un servicio de calidad, y por lo tanto, son los que van a constituir nuestro objeto de estudio, y, el tema principal de nuestra investigación será los procedimientos de evaluación de sus competencias y desempeño.

A lo largo de su vida profesional, los médicos pasan por diferentes etapas que se pueden clasificar en: 1) formación básica (pregrado), 2) formación especializada (posgrado), 3) formación continua y a su vez, dentro de ésta, 4) la carrera profesional. En cada una de ellas es preciso identificar y concretar una serie de competencias, las cuales serán susceptibles de evaluación. Sin embargo, dicha evaluación no sólo es necesaria al finalizar cada etapa formativa, sino que esta actividad clave se hace imprescindible durante el periodo del ejercicio profesional y justificada, atendiendo a diversas razones que a continuación vamos a describir.

Por un lado, vivimos en una sociedad dinámica que está en continuo cambio. El papel de la medicina y el concepto de salud ya no son inamovibles, sino que están en continua transformación. Del mismo modo, los agentes sociales son cada vez más exigentes, ya que demandan más y con más fuerza expertos, capaces no sólo de resolver con eficiencia los problemas de la práctica sanitaria, sino también de lograr un desempeño profesional ético, responsable y comprometido. Ante esta situación se hace indispensable una

¹ Dubois, C, McKee, M., Nolte, E. (2006): "Human Resources for Health in Europe", Open University Press, Inglaterra.

política de recursos humanos real y prospectiva que tome decisiones sobre aspectos como la definición de competencias y la evaluación del personal.

Por otro lado, existe una preocupación incesante y continua entre el propio profesional médico por crecer, formarse y desarrollarse para atender las necesidades con mayor eficiencia y eficacia, lo cual se traduce en la demanda de evaluaciones personales y específicas.

Y por último, la Administración Sanitaria Pública debe demostrar una reputación en términos de calidad, conducta, norma, política, práctica y ética. Igualmente debe mostrar un comportamiento no solo de compromiso por la búsqueda del bienestar social, sino también tiene que actuar estratégicamente como cualquier otra empresa del sector privado que se somete a las reglas de mercado. Se le exige que asuma una serie de atributos y responsabilidades, entre otros: respuesta a los usuarios-pacientes de forma rápida, ágil y eficaz, competitividad, eficiencia, eficacia, flexibilidad y actuación teniendo en cuenta múltiples variables (sociales, económicas, tecnológicas, institucionales, legales, culturales, etc.) del entorno. En consecuencia, la propia Administración Sanitaria, por propia iniciativa o delegando en otras instituciones, ya sean Colegios de Médicos o Sociedades Científicas, debe realizar evaluaciones periódicas sobre el personal médico con el objetivo de optimizar sus capacidades y redefinir sus tareas para que aporten todo su potencial al desarrollo inmejorable de las mismas.

Si bien el principal objeto de estudio de preocupación científica no es nuevo, puesto que son muchas las investigaciones sobre la evaluación de competencias profesionales, como ya veremos más adelante, sí es pionero el hecho de evaluar a los profesionales médico-sanitarios y establecer los procedimientos adecuados para llevar a cabo una evaluación competencial. En este sentido, en el nivel nacional, sólo la Comunidad Autónoma de Andalucía² ha realizado investigaciones de este tipo, pero sin llegar a profundizar ni a proponer un modelo concreto de procedimientos de evaluación de

² Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2005): "Manual de competencias del médico/a de familia de Atención Primaria: Programa de acreditación de competencias profesionales del Sistema Sanitario de Andalucía", Sevilla, 2005.

competencias³. Es un tema actual que se encuentra en desarrollo también fuera de nuestras fronteras como en EE.UU o Reino Unido, países en los que se ha suscitado cierto debate y tensión entre diferentes colectivos.

A la luz de estas consideraciones, la motivación que condujo a la elaboración de este trabajo de investigación no es otra que la de construir nuevos horizontes a través de diferentes fuentes de información, experiencia, conocimientos previos y bagaje cultural. Se pretende proponer un modelo de evaluación de referencia para la Administración Sanitaria, y, por extensión, para el resto de organizaciones sociales y económicas que configuran el panorama sanitario.

³ Servicio Andaluz de Salud (2007): "Prueba de evaluación de competencias de los procesos selectivos del SAS: Guía Orientativa", Ed. Cep. Agosto, 2007.



Objetivos

OBJETIVOS

A la vista de los datos ofrecidos en la introducción anterior, el estudio se apoya en la consecución de una serie de objetivos principales, como son:

- Definir las competencias. Una vez que ya han sido descritos, comparados y seleccionados los procedimientos de evaluación más representativos, se pretende definir las competencias de los profesionales médicos.
- Proponer y valorar diferentes procedimientos de evaluación analizando cuáles son los más significativos y los que presentan mayor credibilidad, claridad, objetividad y fiabilidad para evaluar las competencias y el desempeño de los profesionales médicos en activo, y proponer un/os modelo/s de procedimientos de evaluación óptimos que permitan observar y apuntar las mejoras en el trabajo diario médico.
- Plantear un modelo de gestión y ejecución de políticas de recursos humanos. Precisamente, si partimos de unas competencias profesionales “a priori” claras y específicas se podrán gestionar y ejecutar políticas de recursos humanos de manera más eficiente. Nos referimos con esto a la selección de personal, formación, administración, políticas sociales, relaciones laborales, perfiles, definiciones de puestos de trabajo, o sistemas de retribución.

De la misma manera, los objetivos secundarios de este estudio son:

- Planificar. Los resultados que se obtienen a partir de las evaluaciones se utilizan por y para planificar en muchos sentidos: 1) conocer cómo es el desempeño laboral, si se actúa con eficacia y eficiencia (maximización de las necesidades de los pacientes con los mínimos costes y tiempo posibles);2) identificar los instrumentos de motivación que son más adecuados; 3) determinar cómo acreditar y reconocer social y económicamente el esfuerzo

de su trabajo y cómo anticiparnos mejor a las demandas sociales; 4) explicar diferentes formas de capacitación laboral; 5) contribuir más eficazmente al desarrollo personal de los profesionales sanitarios; 6) mejorar la calidad sanitaria y finalmente; 7) desarrollar planes estratégicos puntuales para un funcionamiento más óptimo de los espacios sanitarios.

- *Dar respuesta a diversos problemas.* Se va a explicar con detalle la situación actual o punto de partida tanto de la Administración Sanitaria como de los médicos, y recoger información para la elaboración de un registro que permita a través de las evaluaciones explicar el qué, cómo, cuándo, dónde y por qué el Sistema Sanitario es una organización excelente, si los médicos presentan alguna carencia de competencias laborales o si, con la información disponible sobre las competencias de los médicos, es posible mejorar a corto y largo plazo.
- *Poner de manifiesto las ventajas o los inconvenientes.* Las evaluaciones sacan a la luz no solo los logros sino también las carencias y limitaciones de nuestro Sistema Sanitario.
- *Hacer un diagnóstico.* Metafóricamente, realizar una evaluación equivale a hacer, en sentido amplio, una “foto”, una instantánea, es decir, un diagnóstico del estado actual del sistema sanitario y, en sentido estricto, de las competencias de sus protagonistas, los médicos.
- *Realizar una evaluación final y control.* A las Administraciones Sanitarias les corresponderá analizar si los resultados de las evaluaciones concuerdan con las exigencias reales impuestas tanto por la propia Administración como por los agentes sociales y económicos que conforman nuestra sociedad actual, y si no es así, deberán poner en marcha mecanismos de corrección y ajuste mediante los procedimientos adecuados que nos aporte la información que precisamos.



Marco Legislativo

MARCO LEGISLATIVO⁴

Introducción

En el presente capítulo se explica el comienzo de la legislación sanitaria en España, así como la evolución histórica de la misma, su fundamentación y como son las leyes actuales que rigen el sistema sanitario actual.

También se describirá cómo ha sido el proceso de descentralización de la sanidad pública, sus ventajas y desventajas, así como las dificultades que han ido surgiendo con el paso del tiempo.

Otro objetivo del capítulo será exponer los principales artículos de la Ley 44/2003, de 21 de diciembre, Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), la cual establece las normas básicas en cuanto al ejercicio de las prestaciones sanitarias, distinguiendo las funciones asistencial, docente y de investigación.

Historia

La primera regulación de las profesiones sanitarias en España se produjo a mediados del siglo XIX, pues por aquel entonces, ya el Reglamento para las Subdelegaciones de Sanidad Interior del Reino, del 24 de Julio de 1848, contemplaba el ejercicio de las profesiones de Medicina, Farmacia y Veterinaria.

Más tarde, con la Ley de 28 de Noviembre de 1855, sobre el Servicio General de Sanidad, se instituyeron los Jurados Médicos Provinciales de Calificación, los cuales tenían por objeto prevenir, amonestar, calificar y sancionar faltas que cometieran los profesionales médicos en el ejercicio de su actividad. Esta Ley y la posterior, de 12 de enero de 1904, preservan y regulan lo que denominan el “arte de curar” con el establecimiento de un registro de profesionales.

⁴ BIBLIOGRAFÍA DE LA PARTE LEGISLATIVA: Castillo JR (1998). “Análisis del origen, situación y perspectivas de futuro del proceso de descentralización sanitario español”. Rev. Española Salud Pública.

A mediados del siglo pasado, el siglo XX, entraron en vigor otras leyes sanitarias, (La Ley de Bases de la Sanidad Nacional, de 25 de noviembre de 1944, Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias) que supusieron el abandono del sistema de ordenación seguido y puesto en práctica hasta ese momento.

Con la instauración de la democracia se creó el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social en 1977. En dicho Ministerio se unificaron los tres grupos de competencias citadas anteriormente (Medicina, Farmacia, Veterinaria).

Más adelante, la Constitución Española de 1978 representó un hecho sin precedentes en la historia de España respecto al reconocimiento de los derechos fundamentales. Concretamente, a nivel sanitario, estableció en su artículo 43, el derecho a la protección y promoción de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos. A continuación establece que los poderes públicos son los responsables de la organización y tutela de la salud pública a través del desarrollo de las medidas preventivas, prestaciones y servicios asistenciales necesarios. Del mismo modo, en el artículo 49 se extiende todo tipo de prestación especializada a personas con problemas físicos, sensoriales y psíquicos, mediante una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de dichas personas en la sociedad.

La norma llamada a ordenar el Sistema Sanitario Español es la Ley 14/1986, General de Sanidad, del 25 de abril (LGS), promulgada cuando ya se había realizado buena parte de las transferencias en materia sanitaria de las Comunidades Autónomas.

Descentralización

El sistema sanitario español, antes del proceso de descentralización, que tuvo lugar a raíz de la Constitución Española (1978), distinguía tres grupos distintos de competencias:

- Las de Salud Pública en sentido amplio, que incluían la planificación sanitaria y que dependían anteriormente de la dirección de una Dirección General de Sanidad, integrada en el Ministerio de la Gobernación (o del Interior).
- Los servicios sanitarios asistenciales, que se gestionaban bajo la responsabilidad de un órgano de la Seguridad Social (el Instituto Nacional de Previsión, denominado posteriormente INSALUD), y que dependían del Ministerio de Trabajo.
- Por último, un grupo de centros sanitarios especiales, encargados hasta entonces de “luchas sanitarias” específicas (lepra, tuberculosis, otras enfermedades infecciosas, cáncer, etc.), los cuales formaban un apartado independiente, agrupado en un organismo denominado Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA), que también se encontraba bajo la responsabilidad del Ministerio del Interior.

Con la instauración de la democracia en España, como ya hemos dicho, se crea un Ministerio de Sanidad y Seguridad Social en 1977, el cual tenía como precedente único un corto período durante la época de la Segunda República. En dicho Ministerio se unificaron los tres grupos de competencias citadas anteriormente. Sin embargo, a la hora de ceder responsabilidades a las Comunidades Autónomas se reprodujo la división previa: todas las Comunidades Autónomas recibieron la capacidad de asumir las responsabilidades en las materias de Salud Pública, incluida tanto la planificación como la gestión de la red de centros específicos integrados en la AISNA. Y, de hecho, asumieron tales competencias en los primeros años siguientes a su propia constitución como Comunidades Autónomas.

Por el contrario, las transferencias para gestionar los servicios sanitarios asistenciales de la Seguridad Social (INSALUD) se limitaron a un número reducido de Comunidades Autónomas, y aún entre las que tenían reconocida tal capacidad, el proceso de asunción real de las competencias ha sido disperso en el tiempo.

El sistema sanitario español, antes del proceso de descentralización, que tuvo lugar a raíz de la Constitución Española, distinguía tres grupos distintos de competencias: las de Salud Pública en sentido amplio, que incluían la planificación sanitaria y los servicios sanitarios asistenciales, que se gestionaban bajo la responsabilidad del Instituto Nacional de Previsión; más tarde INSALUD y, por último, un grupo de centros sanitarios especiales y autónomos, que se encargaba de unas áreas sanitarias específicas, denominado Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA).

Esta última transferencia sanitaria ha sido culminada por iniciativa del Gobierno central. La principal ventaja teórica es que las Comunidades Autónomas (CC.AA) pueden traducir legislativamente sus prioridades entre salud y otros bienes, y entre grupos de población dentro del sistema de salud. Igualmente pueden experimentar innovaciones organizativas que mejoren la gestión de sus respectivos sistemas de salud. A pesar de estas ventajas, la descentralización aumenta el riesgo de inflación sanitaria, ya que los salarios aumentan más porque es más fácil negociar localmente. Las mejoras salariales y los aumentos de plantilla son responsables de una parte no evaluada del aumento del gasto sanitario. Otro inconveniente o coste de la descentralización territorial de la sanidad es la opacidad, porque se carece de un sistema de información nacional que permita comparar los logros y recursos entre CC.AA, aun sabiendo las diferencias tan dispares que existen entre unas y otras.

El marco normativo básico de la actividad sanitaria, tanto en el nivel nacional como autonómico, emana de la Constitución y de la LGS, y en Castilla y León de sus equivalentes, es decir, del Estatuto de Autonomía Ley Orgánica 4/1983, de 25 de febrero y su reforma la Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre y de la ley 1/1993 de 6 de abril, de Ordenación del sistema de salud

de Castilla y León, que se organiza entorno a varios ejes como son: la ordenación territorial del sistema sanitario, su organización administrativa y de gobierno, su financiación jurídica del personal y las profesiones sanitarias.

Esta ley y su desarrollo siguiendo las directrices del decreto 118/2007, de 29 de noviembre, dan cumplimiento al mandato de la LGS y crean el Sistema Sanitario de Castilla y León y la base para el diseño del mapa sanitario de la región, el cual se encuentra actualmente dividido (según el acuerdo 242/2007, de 29 de noviembre) en once Áreas de Salud que albergan catorce complejos hospitalarios⁵ y once Gerencias de Atención Primaria y una Gerencia de Emergencias.

La LGS establece previsiones en cuanto al régimen jurídico que se puede aplicar a los profesionales sanitarios. Establece que el personal estatutario ha de regirse por su propio Estatuto Marco, que ha sido desarrollado en el nivel estatal por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, y en el nivel autonómico por la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del personal estatutario del Sistema de Salud de Castilla y León.

El Estatuto Jurídico regula cuestiones como el proceso de selección y provisión de puestos de trabajo, retribuciones, jornada laboral, situaciones administrativas o incluso la carrera profesional. Por otra parte, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), establece las normas básicas en cuanto al ejercicio de las prestaciones sanitarias, distinguiendo las funciones asistencial, docente y de investigación.

El proceso culmina en el año 2002 cuando se configura un nuevo modelo de Sistema Nacional de Salud, que es financiado con impuestos generales y de cobertura prácticamente universal. Sólo sigue en poder de la Administración General del Estado la gestión sanitaria de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

No todo ha sido un camino fácil en este proceso descentralizador. En los comienzos hubo una carencia general de la cultura corporativa que define

⁵ Ver Anexo 1: Centros de atención médica en Castilla y León.

magistralmente de Mintzberg⁶. Henry Mintzberg supo diseñar una manera de entender la dinámica de la organización y su funcionamiento. Según este autor existen cinco mecanismos de control que permiten explicar las formas fundamentales en que las organizaciones coordinan su trabajo:

- Adaptación mutua.
- Supervisión directa.
- Normalización de los procesos de trabajo.
- Normalización de los resultados.
- Normalización de las habilidades.

A estos mecanismos se les deberá considerar los elementos fundamentales de la estructura, o el aglutinante que mantiene unida la organización, ya que de ellos depende la estructura de las organizaciones. Es una teoría que permite llegar a la conclusión de que toda estructura puede sobrevivir siempre y cuando se respete la necesaria división del trabajo (parte de la organización predominante), la coordinación (mecanismo de coordinación), el diseño (parámetros de diseños), su propia situación, estado, momento...(factor de contingencia), sus creencias, valores, ideologías, sus conflictos, su ilusión por ser inalcanzable y eficiente, y todo ello, en todos los niveles de la organización y en todos los elementos de que consta.

Los médicos carecían, en general, de una cultura global de los servicios sanitarios, tanto por la propia orientación como por la formación que recibían. En cierto modo esta carencia estaba motivada por la debilidad de la “tecnestructura” (cuerpo de altos funcionarios) que frecuentemente era designada y sustituida por razones de afinidad política al partido que gobernaba en cada caso.

Con la Ley 15/1997 de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, se abre la posibilidad de promover la diversificación de los servicios sanitarios.

⁶ Mintzberg, Henry (1984): “La estructuración de las organizaciones”, Ariel, Barcelona.

Dicha ley establece que la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o socio-sanitaria podrá llevarse a cabo directa o indirectamente a través de la constitución de cualquier entidad de naturaleza o titularidad pública admitida en Derecho y que corresponderá al Gobierno, mediante Real Decreto, y a los órganos de Gobierno de las Comunidades Autónomas determinar las formas jurídicas, los órganos de dirección y control, el régimen de garantías de la prestación, la financiación y peculiaridades en materia de personal de las entidades que se creen para la gestión de los centros y servicios.

En su segundo punto, añade que la prestación y gestión de los servicios sanitarios se realizará, además de con medios propios, mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas.

Numerosas leyes que se acordaron posteriormente promovieron acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas, de entre las que cabe citar la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS).

El Sistema Nacional de Salud es, por lo tanto, el conjunto coordinado de los servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

El artículo 152 del Tratado de la Comunidad Europea establece que “la acción comunitaria en el ámbito de la salud pública respetará plenamente las responsabilidades de los Estados miembros en materia de organización y suministro de servicios sanitarios y asistencia médica”⁷. Por lo tanto, es posible afirmar que el principal responsable de organizar y prestar servicios de salud es cada uno de los Estados miembros, si bien la U.E desempeña un papel importante de apoyo, aportando valor añadido, por ejemplo, creando redes e intercambiando buenas prácticas.

⁷ http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_es.pdf “Libro verde sobre el personal sanitario europeo”. Bruselas. Página 5.

Por otra parte, los procedimientos reglados para la formación médica especializada y la obtención del Título de médico especialista se han desarrollado en España mediante la Ley 20 de julio de 1955. En dicha ley se reconocen treinta y tres especialidades médicas, y se establecen como vías de formación las cátedras de las Facultades de Medicina y los Institutos y Escuelas de Especialización reconocidos. En 1978, el Real Decreto, el 2015/78, de 15 de julio aumenta el número hasta 51 especialidades médicas, incluyendo por primera vez Medicina Familiar y Comunitaria. Además también consolida el sistema de Médicos Internos Residentes (MIR) estableciendo un programa de formación para cada especialidad, tanto en contenidos como en tiempo de duración, cuyo periodo formativo oscila entre cuatro y cinco años.

Más tarde el Real Decreto 127/1884 de 11 de enero deroga expresamente la Ley de 1955 y el Real Decreto 2015/78, mencionado anteriormente. Dicho decreto dice que “quienes hayan obtenido un título de Médico Especialista sin validez profesional en España (...) podrán solicitar la expedición de dicho título con plena validez profesional, siempre que hayan obtenido u obtengan la nacionalidad española, o de cualquier Estado miembro de la Unión Europea o del espacio económico europeo”.

Con el Real Decreto 139/2003 de 7 de febrero se comienzan a equiparar especialidades médicas con normas de la Comunidad Europea. En él se dice que “la formación médica especializada en España se basa en el sistema denominado de residencia, consistente en el aprendizaje mediante el ejercicio profesional programado, supervisado y tutelado, de forma tal que el especialista en formación adquiere, de manera paulatina y progresiva, los conocimientos, habilidades y actitudes, así como la responsabilidad profesional, que permiten el ejercicio autónomo de la especialidad.”

Igualmente podrán acceder al título de Médico Especialista en Medicina del Trabajo los Licenciados en Medicina que se encuentren en posesión del Diploma de Médico de Empresa, siempre y cuando acrediten un ejercicio profesional en el correspondiente ámbito durante un período mínimo de cinco años, que deberá completarse antes de la finalización del plazo de doce

meses.

Otras leyes dirigidas al desarrollo de nuestros profesionales y sus competencias son la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS), que regula y ordena su formación médica especializada, y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que recoge en su disposición adicional la adaptación del sistema de evaluación del desarrollo profesional a las particulares características de los centros sanitarios dedicados a la investigación. Concretamente, y haciendo hincapié en su artículo 42, define la competencia profesional como “la aptitud para integrar conocimientos, habilidades y actitudes asociadas a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le plantean”.

Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)

En 1986 se promulga la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) con la que se crea el Sistema Nacional de Salud. La Constitución Española junto con esta Ley General crea el marco jurídico para la regulación de la sanidad en España.

Esta ley es una norma de naturaleza organizativa que tiene como objetivo primordial el establecimiento de la estructura y funcionamiento del Sistema Público en concordancia con el nuevo modelo político y territorial derivado de la Constitución de 1978. En el título III se hace referencia a la organización de la estructura del sistema sanitario público, desarrollando en el capítulo VI todo lo referido al personal; asimismo en el capítulo IV sobre las actividades sanitarias, se reconoce el derecho al libre ejercicio de los profesionales sanitarios. Esta ley organiza el sistema sanitario al servicio de la comunidad y de la sociedad, aludiendo al cumplimiento riguroso que debe hacerse de las obligaciones deontológicas y de los criterios de norma-praxis propios de su profesión. .

Debido a ello, lo esencial de las profesiones sanitarias queda referido a

otras disposiciones. La principal base legislativa que se encarga de regularlo es la ley 44/2003 de 21 de noviembre, Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), que, como dice en su artículo 1, “regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia o ajena, a la estructura general de la formación de los profesionales, al desarrollo profesional de éstos y a su participación en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias. Asimismo, establece los registros de profesionales que permitan hacer efectivos los derechos de los ciudadanos respecto a las prestaciones sanitarias y la adecuada planificación de los recursos humanos del sistema de salud”.

Las disposiciones de esta Ley son aplicables tanto si la profesión se ejerce en los servicios sanitarios públicos como en el ámbito de la sanidad privada.

Además, dicha ley regula la formación pregraduada, la homologación de programas de formación postgraduada, el perfeccionamiento y especialización del personal sanitario así como la formación continuada a lo largo de su vida profesional, considerada una exigencia en sentido estricto para el desarrollo y reconocimiento del profesional sanitario y que, en sentido amplio, actúa sobre el propio desarrollo, consolidación y cohesión de nuestro Sistema Sanitario.

El concepto de profesión ligado a la sociología y a las ciencias de las organizaciones laborales se describe mediante distintos atributos como la formación superior, autonomía, capacidad auto-organizativa, código deontológico y espíritu de servicio. La ley valida las profesiones sanitarias que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud y que en la actualidad gozan de prestigio y reconocimiento por parte de los poderes públicos

Asimismo, en la actualidad, no existe ninguna normativa reguladora de las competencias específicas de una forma cerrada entre las diferentes profesiones sanitarias, hasta el punto de que en la práctica se reconocen amplios y crecientes espacios competenciales compartidos

interprofesionalmente y pactos entre profesiones para hacer operativa la praxis cotidiana y multidisciplinar de forma cooperativa y transparente, evitando así posibles conflictos que pudieran surgir.

Los profesionales sanitarios realizarán a lo largo de su vida profesional una formación continuada y acreditarán paulatina y regularmente su competencia profesional.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias se estructura en un Título Preliminar y en otros cinco Títulos más a posteriori.

El Título Preliminar y el Título Primero están enfocados a determinar los aspectos esenciales del ejercicio de las profesiones sanitarias. El Título II regula la formación de los profesionales sanitarios, contemplando tanto la formación pregraduada como la especializada y la formación continuada. El desarrollo profesional y su reconocimiento es objeto de regulación en el Título III. El Título IV regula el ejercicio profesional en el ámbito privado, mientras que el Título V es relativo a la participación de los profesionales sanitarios en el desarrollo, planificación y ordenación de las profesiones sanitarias y en la regulación del Sistema Sanitario.

- Título I: Del ejercicio de las profesiones sanitarias

Título I, artículo 4 – Principios Generales

En este artículo quedan recogidas entre otras las funciones competencia de los profesionales sanitarios, como son la asistencial, investigadora, docente, preventiva o de prevención, informativa o de información y de educación sanitaria.

Estas competencias se acreditarán a lo largo de su vida profesional. Todas ellas están enfocadas para beneficiar en último término la salud y el bienestar de la población porque tanto el campo de prevención de enfermedades como la educación sanitaria, la investigación y el intercambio de

información entre profesionales y con autoridades sanitarias constituyen una garantía de calidad, desarrollo y sostenibilidad propias de un Estado de Bienestar.

El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica. Existirá formalización escrita de su trabajo que quedará reflejada en una historia clínica que deberá ser común para cada centro y única para cada paciente. La historia clínica tenderá a tener soporte en medios electrónicos y a ser compartida entre centros y niveles asistenciales, con el fin de llevar a cabo una mejor regulación de dichos ejercicios.

La utilización de diferentes instrumentos, procedimientos e indicadores se basa en la idea de garantizar la continuidad asistencial de los pacientes que son tratados a diferentes niveles y por diferentes especialistas sanitarios.

Título I, artículo 6 – Licenciados sanitarios

A los licenciados sanitarios les corresponden las funciones de dirección, supervisión y evaluación de cada una de las fases del proceso de atención integral de salud. Igualmente y en especial la indicación y realización de actividades dirigidas al diagnóstico, la función terapéutica, así como el enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención.

Título I, artículo 9 – Relaciones interprofesionales y trabajo en equipo

Dicho artículo pone de manifiesto un punto indispensable para un óptimo servicio como es: la cooperación multidisciplinaria, la integración de procesos y la continuidad asistencial.

El equipo de trabajo es la unidad básica en la que se estructuran los profesionales para realizar de forma efectiva y eficiente los servicios.

Cuando una actuación sanitaria es realizada por un Equipo de profesionales se articulará de forma jerarquizada, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia y en su caso de titulación, por lo que es preciso

el conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros.

Dentro del Equipo, será posible la delegación de actuaciones, siempre y cuando estén admitidas dentro de un marco establecido. Una condición necesaria para tales delegaciones es que la persona en la que se delega tenga capacidad objetiva, es decir, que esté en posesión de la oportuna acreditación.

Los centros e instituciones son responsables de la capacidad de los profesionales para realizar una correcta actuación en las tareas y funciones que les sean encomendadas en el proceso de distribución del trabajo en equipo.

Título I, artículo 10 - Gestión Clínica de las Organizaciones Sanitarias

Se consideran funciones de gestión clínica las relativas a la jefatura de unidades y equipos sanitarios y asistenciales, las de tutorías de formación especializada, continuada, de investigación, y las de participación en Comités internos de los Centros Sanitarios que están dirigidos a asegurar la calidad, seguridad, ética asistencial, continuidad y coordinación entre niveles o el propio acogimiento y bienestar de los pacientes.

El ejercicio de las funciones de dirección y gestión clínica estará sometido a la evaluación del desempeño y de los resultados. Las evaluaciones tienen un carácter periódico y podrán determinar la confirmación o remoción del interesado en dichas funciones, y por consiguiente tendrán efectos en la evaluación del desarrollo profesional alcanzado.

El desempeño de funciones de gestión clínica será objeto de oportuno reconocimiento ya sea por el Centro, Servicio de Salud o por el conjunto del Sistema Sanitario.

Disposición adicional décima. Dirección de centros

Las administraciones sanitarias establecen los requisitos necesarios y los procedimientos que se van a seguir en los procesos de selección.

Establecen los mecanismos de evaluación del desempeño y de los resultados obtenidos de aquellos que ejercen funciones de dirección.

Título I, artículo 11 – Investigación y Docencia

A toda estructura asistencial del sistema sanitario se le reconoce la capacidad para realizar las tareas de investigación y docencia.

Las Administraciones Sanitarias trabajando conjunta y coordinadamente con las Administraciones Educativas promoverán las actividades de investigación en todos los centros sanitarios con el objetivo de impulsar el progreso.

Los Centros Sanitarios acreditados para la formación especializada y desarrollo de programas de formación continuada deberán contar con un Jefe de Estudios, una Comisión de docencia y con un número adecuado de tutores en función de las actividades a desarrollar.

- Título II: De la formación de los profesionales Sanitarios

Capítulo I. Normas Generales

Título II, artículo 12 - Principios rectores

Son principios rectores de la actuación formativa y docente en el ámbito de las profesiones sanitarias los siguientes:

- La colaboración permanente entre los Organismos de las Administraciones Públicas competentes en materia de educación y sanidad.
- La concertación y el acuerdo entre las Universidades y los Centros Sanitarios con el fin de garantizar la docencia práctica.
- La disposición de la estructura asistencial del Sistema Sanitario para ser utilizada en todas las docencias de los profesionales, tanto en la pregraduada como en la especializada y en la continuada.

- La ejecución de tareas de investigación y docencia por parte de los Centros y Servicios Sanitarios siempre y cuando estén dotados para tales fines.
- Revisión permanente de las metodologías docentes y de las enseñanzas para la adecuación de los conocimientos profesionales a la evolución científica y técnica y de las necesidades sanitarias de la población.
- La actualización permanente y paulatina de conocimientos, mediante la formación continuada de los profesionales sanitarios durante toda su vida profesional.
- El establecimiento, desarrollo y actualización de metodologías para la evaluación de los conocimientos adquiridos por los profesionales y del funcionamiento del propio sistema de formación.

Capítulo II. Formación Pregraduada

Título II, artículo 13 - De la formación Universitaria

La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud conforme al artículo 34 de la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, establece las directrices generales de los planes de estudios.

Los avances técnicos, científicos, sociales, y las disposiciones de la Comunidad Europea podrán desembocar en pactos entre el Ministerio de Sanidad y Consumo (en la actualidad Ministerio de Sanidad y Política Social) con la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud e instar al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (en la actualidad Ministerio de Educación) a que inicie el trámite de revisión de las directrices generales de los planes de estudio.

De acuerdo con el artículo 44 de la Ley Orgánica de Universidades, la determinación del número de alumnos responderá a las necesidades de los profesionales sanitarios y a la capacidad existente para su formación. Esta cuestión debe revisarse, e incluso es objeto de debate, por la cantidad de personal facultativo extranjero que viene a España.

Título II, artículo 14 - Conciertos entre las Universidades y los Centros Sanitarios

Las Universidades pueden concertar con estructuras Sanitarias la docencia práctica, con el fin de asegurar una mejor formación y más completa para los profesionales.

Capítulo III. Formación Especializada en Ciencias de la Salud

Título II, artículo 17 – Expedición del título de especialista

El título de especialista es expedido por el Ministerio que tenga competencias en Educación.

Título II, artículo 20 - Sistemas de formación de especialistas

- La formación de especialistas implicará tanto una formación teórica como práctica, al igual que una participación personal y progresiva del especialista en formación en la actividad y responsabilidades propias de la especialidad que se trate.
- La formación tiene lugar según el sistema de Residencia en Centros Sanitarios, y, en su caso, docentes.
- La formación de Residencia presenta las siguientes características:
 - Es un programa formativo a tiempo completo: la formación mediante Residencia será incompatible con cualquier otra actividad profesional o formativa, con excepción de los estudios de doctorado.
 - La duración de la Residencia será fijada en el programa formativo de la especialidad en concreto y se tendrá en cuenta lo dispuesto y acordado en las normas comunitarias.
 - La actividad de los Residentes será planificada por los Órganos de Dirección conjuntamente con las Comisiones de Docencia de los Centros para garantizar un funcionamiento ordinario, continuado y de urgencias del Centro Sanitario.

- Los residentes deberán desarrollar de forma programada y tutelada las actividades previstas en el programa, asumiendo de forma progresiva, según avancen en su formación, las actividades y responsabilidades propias del ejercicio autónomo de la especialidad correspondiente.
- Las actividades de los Residentes, que deberán figurar en el Libro de Residente, serán objeto de evaluaciones periódicas. Igualmente, en cualquier caso, existirán evaluaciones anuales y una evaluación final al término del periodo de formación.

Título II, artículo 21 - Programas de formación

Los programas formativos de especialistas que están divididos en cursos anuales deben especificar los objetivos cualitativos y cuantitativos así como las competencias profesionales que ha de alcanzar el aspirante en cada ciclo.

Los programas de formación son elaborados por la Comisión Nacional de la Especialidad. Una vez ratificados por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, serán aprobados por el Ministerio con competencias en materia de Sanidad.

Los programas de formación son periódica y paulatinamente revisados, actualizados y publicados en el Boletín Oficial del Estado para conocimiento general de todos los ciudadanos.

El programa del periodo de formación común para las especialidades de un mismo tronco se elaborará por una comisión específica que estará compuesta por miembros representantes de las Comisiones Nacionales de las especialidades correspondientes.

En el caso de especialidades pluridisciplinarias, los programas de formación pueden contemplar trayectos de formación específica en función de las titulaciones de procedencia.

Título II, artículo 22 - Acceso a la formación especializada

El acceso a la formación sanitaria especializada se efectúa a través de una convocatoria anual de carácter nacional.

El Ministerio con competencias en materia de Sanidad es el encargado de establecer las normas que rigen las convocatorias anuales para la formación especializada. En dichas convocatorias los solicitantes habrán de realizar una prueba o un conjunto de pruebas en las que se evaluarán los conocimientos teóricos, prácticos y las habilidades clínicas y comunicativas, del mismo modo que se realizará una valoración de los méritos académicos y profesionales de los aspirantes.

La adjudicación de plazas se efectuará por puntuación, siguiendo una escala de mayor a menor.

La oferta de plazas de la convocatoria anual se fijará, previo informe del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, atendiendo a las propuestas realizadas por las Comunidades Autónomas y teniendo en cuenta la disponibilidad presupuestaria y las necesidades de especialistas del Sistema Sanitario.

Título II, artículo 23 - Formación para una nueva especialización

Los especialistas que tengan como mínimo cinco años de ejercicio profesional podrán obtener un nuevo título de especialista en una especialidad del mismo tronco, siguiendo el procedimiento que se determine reglamentariamente en cada caso. Dicho procedimiento contendrá una prueba para la evaluación de la competencia referida al campo de la nueva especialidad. En estas ocasiones, el periodo de formación y el programa a desarrollar se definirá mediante adaptación del programa formativo general al currículum formativo y profesional del interesado. En el caso de que se quiera acceder a un tercer o sucesivos títulos mediante este procedimiento, el interesado tendrá que esperar al menos ocho años desde la obtención del título

anterior.

Título II, artículo 24 - Áreas de capacitación específica

El diploma de Área de capacitación específica tiene carácter oficial y validez nacional. El encargado de su expedición es el Ministerio con competencias en Educación y su posesión es necesaria para utilizar de modo expreso la denominación de especialista con capacitación específica en el área. Este diploma podrá ser exigido como requisito o valorado como mérito para acceder a puestos de trabajo de alta especialización tanto de carácter público como privado.

Título II, artículo 25 - Formación en Áreas de Capacitación Específica

De forma reglamentaria se especificarán los supuestos y requisitos para acceder al Diploma de Área de Capacitación Específica, debiendo el aspirante acreditar al menos, cinco años de ejercicio profesional en la especialidad determinada.

El acceso a la obtención de dicho Diploma podrá producirse mediante una formación ad hoc o a través del ejercicio profesional específicamente orientado al Área correspondiente, acompañado de actividades docentes o discentes de formación continuada en dicha Área, y en todo caso, tras la evaluación de la competencia profesional del interesado.

Título II, artículo 26 - Acreditación de Centros y Unidades docentes

Es tarea correspondiente al Ministerio con competencias en materia de Sanidad y Consumo a través de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, la realización de auditorías en los Centros y Unidades acreditados para la formación de especialistas, con el fin de conocer y evaluar el funcionamiento y la calidad del Sistema de formación.

Título II, artículo 27 - Comisiones de docencia

En cada Centro Sanitario que esté acreditado para la formación de especialistas existirá una Comisión de Docencia cuya misión será la de organizar la formación, supervisar la aplicación práctica, controlar el cumplimiento de los objetivos que se especifican en los programas e integrar las actividades formativas de los Residentes con la actividad ordinaria del centro.

A las Comunidades Autónomas les corresponde determinar la composición y las funciones de las Comisiones de Docencia. En todo caso, la estructura de la Comisión de Docencia estará formada por tutores de la formación específica y por los Residentes y estará presidida por el jefe de Estudios.

Título II, artículo 32 - Registros

Al comenzar los estudios de posgrado de especialista, los interesados serán inscritos en un Registro Nacional de Especialistas en Formación, en el cual se irán anotando los resultados de sus evaluaciones anuales y final.

El Registro Nacional de Especialistas se compondrá de todos los profesionales que obtengan un título de Especialista y aquellos a los que se les haya homologado o reconocido un título obtenido en el extranjero.

Los registros de centros acreditados para la formación de especialistas se gestionarán por el Ministerio con competencias en materia de Sanidad y en el caso del Registro Nacional de Especialistas por el Ministerio con competencias en Educación.

El Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud hará públicos los datos agregados e integrados de los anteriores registros mencionados.

Capítulo IV. Formación continua

Título II, artículo 33 –Principios de la Formación continua

La Formación Continua es el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente que se inicia una vez finalizados los estudios de pregrado o de especialización. Dicho proceso está destinado a actualizar y mejorar la capacitación de los profesionales sanitarios ante la evolución científica-tecnológica, las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio Sistema Sanitario.

Título II, artículo 34 - Comisión de formación continua.

Forman parte de esta comisión las Administraciones Públicas presentes en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y representantes de los Colegios Profesionales, de las Universidades, del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y de las Sociedades Científicas.

Estas instituciones se encargarán de:

- La detección, análisis, estudio y valoración de las necesidades de los profesionales en materia de Formación Continua. También les es encomendada la propuesta de programas, actuaciones y actividades formativas para el conjunto del Sistema Sanitario.
- Las medidas de planificación con el fin de armonizar y coordinar la actuación de los agentes involucrados en la formación continua.
- El establecimiento de requisitos, criterios y procedimientos para la acreditación de Centros y actividades de formación continua. En cualquier momento las Administraciones Públicas podrán auditar y evaluar los Centros y actividades de formación continua acreditadas.

Sobre las características de la formación continuada destacan las siguientes:

- Únicamente podrán ser tomadas en consideración en la carrera de los profesionales las actividades de formación continua acreditadas.
- Los organismos de acreditación de las actividades de formación continua son independientes y trabajan por separado con respecto a los organismos encargados de la provisión de actividades de formación.
- Las Administraciones Sanitarias Públicas certifican las actividades de formación continua mediante la expedición de Diplomas de Acreditación y Diplomas de Acreditación Avanzada, los cuales pueden abarcar globalmente la profesión, una especialidad o un área funcional concreta.
- Las Administraciones Sanitarias Públicas ponen a disposición pública de todos los usuarios unos registros para la inscripción de los Diplomas de Acreditación y Diplomas de Acreditación Avanzada.
- Estos diplomas se toman en consideración para la carrera profesional y son valorados como mérito en los sistemas de provisión de plazas.
- Los credenciales de los profesionales y sus revisiones no sustituyen, en ningún momento, los procedimientos de formación, conocimientos y habilidades que son necesarios como mecanismos de promoción y contratación.

- Título III. Del desarrollo profesional y su reconocimiento

Título III, artículo 37 - Normas Generales

La carrera profesional de los médicos consiste en el reconocimiento público a sus profesionales, de forma individualizada, del desarrollo profesional alcanzado en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos asistenciales e investigadores de la organización en la que prestan sus servicios. El acceso a la carrera profesional es voluntario en todo el territorio nacional y se articula en cuatro grados, aunque no obstante las Administraciones Sanitarias pueden establecer un grado inicial, previo a los indicados. Para acceder a este grado inicial basta con tener el título y superar la evaluación que se determine. Para acceder progresivamente a grados superiores, el interesado ha de tener una evaluación favorable de los méritos, especialmente en los referidos a conocimientos, competencias, formación continua acreditada e investigación. Del mismo modo, también se evalúan los resultados de la actividad asistencial, la calidad de la misma y el cumplimiento de los indicadores que se hayan establecidos así como su implicación en la gestión clínica.

Para obtener el primer grado de la carrera es necesario acreditar cinco años de ejercicio profesional. Igualmente para acceder a otros grados superiores necesitarán pasar cinco años desde la precedente evaluación positiva para poder solicitarlos. En caso de que la evaluación sea negativa se podrá solicitar una nueva evaluación una vez transcurridos dos años.

- Título IV: Del ejercicio privado de las profesiones sanitarias

Este título regula las modalidades y los principios generales del ejercicio privado, la prestación de servicios por cuenta propia y ajena, así como los registros profesionales de los Centros Sanitarios y de las Entidades de Seguros, la publicidad del ejercicio profesional privado, la seguridad, la calidad y la cobertura de responsabilidad.

- Título V: De la participación de los profesionales

Este último Título de la LOPS regula la Comisión Consultiva Profesional, que es considerada el máximo órgano de participación de los profesionales en el desarrollo, planificación y ordenación de las profesiones sanitarias y en la regulación del Sistema Sanitario.

Resumen del Marco legislativo

Desde la primera regulación fechada en 1848 hasta nuestros días, el Sistema Sanitario Español ha sufrido importantes cambios, que han desembocado en el reconocimiento del derecho fundamental a la atención sanitaria de todos los ciudadanos con la Constitución de 1978 y en la descentralización del Sistema Sanitario en las Comunidades Autónomas, entre otros.

Es pronto para sopesar cómo se contrapesan ventajas e inconvenientes de esta descentralización. Con este proceso se pretende conseguir unos servicios sanitarios más eficaces, equitativos y eficientes para todos los ciudadanos, y que los profesionales sean más competentes, para que la población consiga una mayor calidad asistencial y por tanto una mejora del bienestar social.

En la actualidad, las Comunidades Autónomas están acometiendo reformas organizativas importantes para adaptar el modelo existente al actual.

Por otra parte, tanto la LGS como el Estatuto Marco y el Estatuto Jurídico de Castilla y León establecen previsiones, en sus respectivos niveles, en materia de homologación de programas de posgrado, perfeccionamiento y especialización del personal sanitario.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias que complementa a la LGS, la cual siendo de naturaleza predominantemente organizativa recoge en sus cinco Títulos las normas que regulan el sistema educativo (formación básica, práctica y clínica de los profesionales), así como las relaciones de los profesionales con los Centros o las Instituciones y Corporaciones Públicas y Privadas para mejorar la calidad de la atención sanitaria prestada a la población, garantizando que todos los profesionales sanitarios en su totalidad cumplen con los niveles de competencia necesarios para salvaguardar el derecho a la protección de la salud.



Marco Teórico

MARCO TEÓRICO

Definición de Competencias

El concepto de competencia tiene su origen en los estudios realizados en el seno de la psicología industrial y organizacional norteamericanas a finales de la década de los 60 y principios de los 70 (Spencer y otros, 1992)⁸. Siguiendo los estudios realizados en esta época, el interés en las organizaciones se ha ido trasladando desde los puestos de trabajo, entendidos como elementos fundamentales, a las personas y a las competencias que éstas aportan.

Una competencia (en el sentido técnico del capital humano organizativo) es un conjunto de atributos que una persona posee y que le permiten desarrollar una acción efectiva en un determinado ámbito.

Es la interacción armoniosa de las habilidades, conocimientos, valores, motivaciones, rasgos de personalidad y aptitudes propias de cada persona que determinan y predicen el comportamiento que conduce a la consecución de los resultados u objetivos que se pretenden alcanzar en la organización.

Dentro de las organizaciones, las competencias son utilizadas para potenciar el capital humano a fin de que favorezca el logro de los objetivos del puesto, área y organización, así como también de recursos para desarrollar profesional y personalmente al trabajador.

El elemento de competencia contiene la descripción de una realización, que debe ser llevada a cabo por una persona en el ámbito de su ocupación.

Por tanto, se refiere a una acción, un comportamiento o un resultado que el trabajador debe demostrar y es, por consiguiente, una función realizada por un individuo.

⁸ Spencer, L. M.; Mccelland, D. C. and Spencer, S. M (1992). "Competency Assessment Methods; History and State of the Art", Hay/Mc Ber Research Press.

El elemento de competencia debe completarse acompañándolo de los criterios de desempeño, las evidencias de desempeño, las evidencias de conocimiento y el campo de aplicación.

Un elemento de competencia se redacta de una forma tal, que al leerlo pueda anteponerse la frase: “el trabajador será capaz de...”

Los elementos de competencia son la base para la normalización. Varios de estos elementos se pueden agrupar según muestren alguna realización concreta en el proceso productivo; estos conjuntos de elementos se denominan *unidades de competencia*.⁹

Definiciones complementarias a los elementos de competencia

Campo de aplicación. Es la descripción de las circunstancias, ambiente, materiales, máquinas e instrumentos en relación con los cuales se desarrolla el desempeño descrito en el elemento de competencia.

Evidencias de desempeño. Son descripciones sobre variables o condiciones cuyo estado permite inferir que el desempeño fue efectivamente logrado. Las evidencias directas tienen que ver con la técnica utilizada en el ejercicio de una competencia y se verifican mediante la observación. Las evidencias por producto son pruebas reales, observables y tangibles de las consecuencias del desempeño.

Evidencias de conocimiento. Incluyen el conocimiento y comprensión necesarios para lograr el desempeño competente. Puede referirse a los conocimientos teóricos y de principios de base científica que el trabajador debe dominar, así como a sus habilidades cognitivas en relación con el elemento de competencia al que pertenecen.

Ilustración 1: Definiciones complementarias a los elementos de competencia

Al término “competencia” le ocurre lo que a tantos otros, a los que su amplia difusión en estos últimos años ha desdibujado su significado,

⁹ Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales. Base de datos de Cualificaciones. Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales. Base de datos de Cualificaciones. LEY ORGÁNICA 5/2002, de 19 de junio de las Cualificaciones y de la Formación Profesional (BOE del 20 de junio de 2002).

atribuyéndoles tantos matices que los han acabado convirtiendo en expresiones que encierran sentidos múltiples.

La etimología de este término procede del latín, *compêtere*¹⁰, raíz de la que también deriva el verbo “competere” que significa “incumbir”, “pertener”, “estar investido/a de autoridad para ciertos asuntos”; y el adjetivo “competente”, aplicado, especialmente a “quien se desenvuelve con eficacia en un determinado dominio de la actividad humana”. Según María Moliner¹¹, “competente” se aplica a quien “tiene aptitud legal o autoridad para resolver cierto asunto” y, también a quien “conoce cierta ciencia o materia o es experto o apto en la cosa que se expresa o a lo que se refiere el nombre afectado por competente”.

La competencia se relaciona, pues, con los significados de aptitud, capacidad y disposición. Una persona apta o capaz es “útil, en general para determinado trabajo, servicio o función”, atendiendo al Diccionario de María Moliner, citado anteriormente.

A continuación, y siguiendo una exhaustiva bibliografía, se expondrán las definiciones y puntos de vista de varios autores con respecto al término de competencia:

- Según McClelland¹², el concepto de competencia a nivel profesional aparece ante la necesidad de realizar pronósticos acerca de la ejecución del sujeto en su desempeño laboral. Este autor propuso un modelo de evaluación de las competencias basado en los test de inteligencia.
- Boyatzis¹³ considera la competencia laboral como “el conjunto de características de una persona que están relacionadas directamente con una buena ejecución en una determinada tarea o puesto de trabajo”.

¹⁰ Corominas, J. (1987). “Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana”. Madrid, Gredos.

¹¹ Moliner, María (2000): “Diccionario del uso del español”, Editorial Gredos, S.A.

¹² McClelland, D.C.(1973): “Testing for Competencies rather than intelligence”, *American Psychologist*, 28,1-14.

¹³ Boyatzis, R (1982): “The Competent Manager”, N.Y. Wiley and Sons.

Este autor se centró en el estudio de las competencias directivas distinguiendo entre competencias de umbral, es decir, las que todos los directivos deberían poseer a nivel mínimo, y competencias superiores que caracterizarían y serían seña de identidad de los mejores mandos.

Cuando trata el asunto de características subyacentes, sitúa a las competencias al mismo nivel que los conocimientos, la inteligencia, las aptitudes, los rasgos de personalidad y el resto de variables tradicionales usadas en recursos humanos.

También evalúa las competencias a partir de comportamientos observables en la realidad.

- Spencer y Spencer¹⁴ afirma que competencia es “una característica subyacente de un individuo que está causalmente relacionada con un rendimiento efectivo o superior en una situación o trabajo definido en términos de criterios”.
- Rodríguez y Feliú¹⁵ definen las competencias como “un conjunto de conocimientos, habilidades, disposiciones y conductas que posee una persona que le permiten la realización exitosa de una actividad”.
- Ansorena Cao¹⁶ explica que una competencia es “una habilidad o atributo personal de la conducta de un sujeto que puede definirse como característica de su comportamiento y bajo la cual el comportamiento orientado a la tarea puede clasificarse de forma lógica y fiable”.
- Wordruffe¹⁷ define la competencia como “una dimensión de conductas abiertas y manifiestas que permiten a una persona rendir eficientemente”.

Todas estas definiciones nos ponen en evidencia que no sólo es

¹⁴ Spencer, L.M. y Spencer, L.M. (1993): "Competence and Work". New York. Wiley and Sons.

¹⁵ Feliú Salazar, Pedro; Rodríguez Trujillo, Nelson (1994): "Manual del Curso Técnicas de Entrevista y Decisión de Selección", Caracas, Psico Consult.

¹⁶ UNESCO (1998): "La Educación Superior en el Siglo XXI: Visión y Acción". Conferencia Mundial sobre la Educación Superior. París, 5-9 de octubre.

¹⁷ Wordruffe, Charles (1993): "What is meant by a competency?", Leadership and Organization. Development Journal. Vol. 14, pp. 29-36.

suficiente que los interesados posean conocimientos y habilidades que le ayuden a afrontar los problemas profesionales con los que se enfrenta cada día, sino que también es necesario tener una motivación profesional y otras muchas cualidades ligadas al específico puesto de trabajo. Y así, según el libro *Metodología para la ordenación de la Formación profesional ocupacional*, la competencia “es algo más que el conocimiento técnico que hace referencia al saber y al saber-hacer”¹⁸.

- Viviana González Maura¹⁹ estructura los siguientes tipos de competencias: formaciones psicológicas cognitivas (hábitos, habilidades), motivacionales (interés profesional, valores, ideales, la autovaloración), y afectivas (emociones, sentimientos).
- En el mismo sentido, Bunk, G.P.²⁰ distingue entre competencias formales y reales, y pone de manifiesto que “no todas las personas dotadas de competencia formal en virtud del título profesional que les ha sido otorgado gozan de reputación como especialistas competentes. Lo decisivo en este caso es la capacidad real para resolver determinados problemas. Por tanto, se ha de distinguir entre la competencia formal, como atribución conferida, y la competencia real, como capacidad adquirida”.
- Lawshe y Balma²¹ también utilizan el término de competencia real, distinguiendo tres tipos de competencias: “la potencialidad para aprender a realizar un trabajo, la capacidad real para llevarlo a cabo y la disposición (motivación o interés) para realizarlo.”
- Con sus respectivos estudios Corominas²² y Vargas. J.²³ enriquecen el término competencia condicionándolo al tiempo y a los avances tecnológicos. Ambos distinguen tres tipos de competencias que

¹⁸ INEM (1995): “Metodología para la ordenación de la Formación profesional ocupacional”. Madrid. Subdirección general de gestión de formación ocupacional. Madrid.

¹⁹ González Maura, V. (2004): “La Orientación profesional y Currículum Universitario: Una estrategia educativa para el desarrollo profesional y responsable”, Laertes S.A.

²⁰ Bunk ,G.P. (1994): “La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales de la RFA”, *Revista Europea de Formación Profesional*, 1, 8-14.

²¹ Lawshe, C. H y Balma, Michael J. (1966): “Principles of personnal testing”. New York. Mc Graw-Hill.

²² Corominas, Enric (2001): “Competencias genéricas en la formación universitaria” nº 325. Madrid,pp. 299-321.

²³ Vargas, F. (2001): “Las reglas cambiantes de la competitividad global en el nuevo milenio. Las competencias en el nuevo paradigma de la globalización”, Revista Iberoamericana de Educación, OEI.

coinciden con las de autores a los que nos hemos referido anteriormente: competencia teórica (saber cognitivo, saberes científicos específicos), competencia práctica (el saber hacer, la técnica, el dominio de las funciones y situaciones propias del ejercicio profesional) y competencia genérica (atributos personales, cognitivos, sociales, de actitud y valorativos que enriquecen el comportamiento profesional).

Recopilando algunas informaciones bibliográficas y centrándonos en las competencias dentro del ámbito sanitario, podemos abogar que son:

- Un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que permiten una práctica médica en continuo perfeccionamiento, adecuada al contexto social en el que se desarrolla.
- Una necesidad obvia, tanto desde el punto de vista de su utilidad docente, de planificación y gestión de los servicios sanitarios, como de la regulación del derecho al ejercicio de la profesión.
- Diversos procesos dinámicos y longitudinales en el tiempo, por los cuales una persona utiliza los conocimientos, habilidades, actitudes y buen juicio, asociados a su profesión, con la finalidad de poder desarrollarla de forma eficaz en todas las situaciones que corresponden al campo de su práctica. Representa, por tanto, un estado de su praxis profesional, según afirma Martínez Carretero²⁴.
- Citando a Pablo Ryan Murúa²⁵, “los médicos tienen la responsabilidad de seguir cada día acrecentando sus conocimientos a lo largo de toda su vida profesional y de mantener los conocimientos médicos y las actitudes médicas y de equipo necesarias para la prestación de una atención de calidad, es decir, la profesión en su conjunto debe esforzarse en garantizar que todos los miembros sean competentes.”

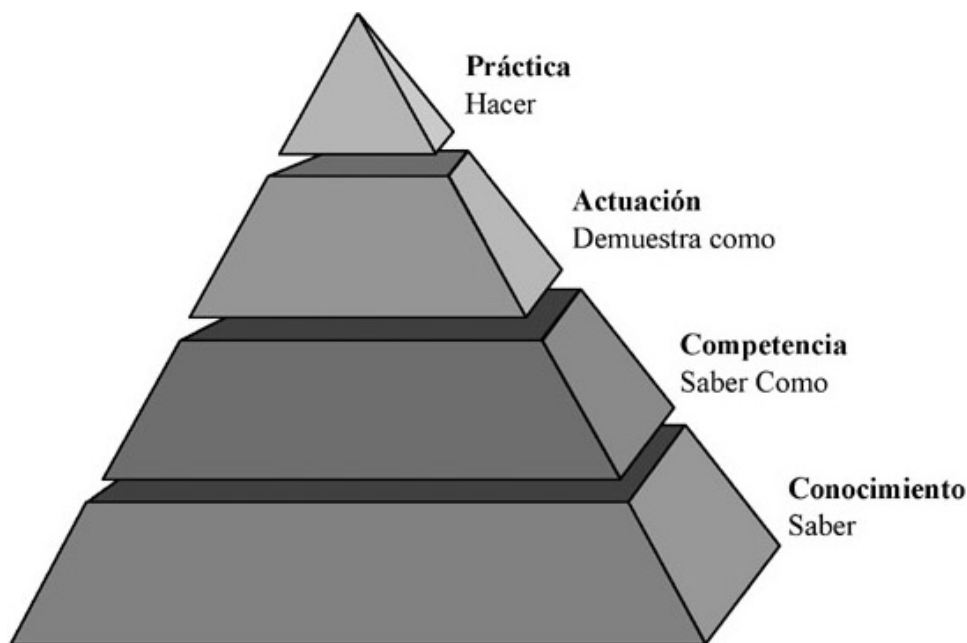
²⁴ Carretero, Martínez, J.M: (2005) “Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE)”. Educ. méd. v.8 supl.2, Barcelona, sep.

²⁵ Ryan Murúa, Pablo (2008): “Cómo y dónde se encuentra la profesión médica: Visión de un médico especialista en formación”. Educ. méd. [online]. [citado 2008-12-28], pp.5-8.

Componentes de la competencia

Introducción

La pirámide de Miller muestra las competencias del profesional por etapas. Distingue cuatro fases, situando en la base de la pirámide los conocimientos necesarios para poder desarrollar sus tareas profesionales con eficacia. En el siguiente nivel se encuentra la capacidad para saber cómo utilizar los conocimientos, analizar e interpretar los datos obtenidos. Esta capacidad se define como competencia. Sin embargo, no sólo es preciso conocer o saber utilizarla sino también demostrar cómo se utiliza, es decir, es necesario conocer la actuación de un profesional frente a una situación clínica específica; lo que se corresponde con el tercer nivel. Finalmente, es además, preciso conocer lo que un profesional hace en su práctica laboral.



Pirámide de Miller

Ilustración 2: Pirámide de Miller de las competencias

Conocimiento (Saber)

La acumulación de conocimientos, al igual que la adquisición de competencias, son procesos continuos e indefinidos en el tiempo. Durante la etapa de pregrado se pone especial énfasis en el aprendizaje de una serie de disciplinas científicas, pero la adquisición del “saber” no acaba aquí. Continuará en la etapa de especialización y se prolongará a lo largo de la vida laboral en todas sus facetas, tanto en la docente, en la de investigación como en la asistencial.

Cada día se conocen nuevas enfermedades, instrumentos de diagnóstico o procedimientos de prevención. El médico tiene que estar a la última de los avances, contribuir a difundir los conocimientos y adquirir cuanta información esté a su alcance para favorecer el bienestar general de la sociedad.

Habilidades, destrezas (Saber cómo)

El aprendizaje debe proyectarse a la acción. Por este motivo ya en la etapa de pregrado los conocimientos se complementan con la práctica. Todas las asignaturas llevan asociadas unas prácticas bien en un laboratorio experimental, bien con compañeros de clase, bien con la simulación de ejercicios prácticos mediante ordenador, o a través de un examen escrito. El título de grado en Medicina acredita que esa persona no sólo tiene unos conocimientos científicos en una serie de materias sino que además sabe qué hacer con ellos.

En la etapa de posgrado o especialización, el médico tendrá que adquirir unos conocimientos más profundos y específicos, y ante todo deberá poner de manifiesto que es capaz de manejar con destreza los conocimientos que ha ido aprendiendo a través de las diferentes fuentes de información (literatura, tutor, compañeros, etc.). El saber hacer durante esta etapa ya no se realiza en un campo experimental de laboratorio, sino en un entorno real y bajo la supervisión de sus homólogos y tutor.

Cultura, normas institucionales y comportamiento (Demuestra cómo)

Toda empresa, organización o asociación tiene una cultura organizacional, es decir, unas normas, un código de conducta. En todo proceso de selección se realizan diferentes pruebas de actitud y de comportamiento con el objetivo de determinar si el candidato es flexible, tolerante y comunicativo con sus compañeros, superiores, clientes o proveedores.

Las organizaciones sanitarias se caracterizan por ser estructuras organizacionales complejas. Si queremos desarrollar una actividad económica con eficacia, eficiencia y calidad, es preciso que todos y cada uno de los trabajadores de la estructura jerárquica se comporten de acuerdo a unas normas generales, como por ejemplo de respeto a los horarios y a los turnos de trabajo, de compromiso a no fumar, etc.

Si traducimos la Pirámide de Miller, es en este cimiento donde el médico conecta las actitudes personales con las profesionales. Con esto nos referimos a su saber estar, es decir, a que se comporta en su puesto de trabajo de forma asertiva, tanto con el paciente como con el resto de trabajadores de la organización, dando lugar así a un ambiente laboral de armonía y satisfacción para todos.

Práctica, desempeño (Hacer)

En esta etapa o nivel, el médico especialista, de forma autónoma y profesional, desempeña su trabajo con éxito, utiliza los materiales adecuados, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos oportunos, los cuales precisan de supervisión por parte de compañeros o tutores. Desempeña su trabajo con éxito y sin dificultad, tomando las decisiones más adecuadas en cada momento y para cada paciente.

Teorías del factor humano dentro del trabajo

La motivación es un fenómeno complejo constituido por todos aquellos factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo.

La palabra “motivación en el empleo” ha sido definida como:

- Diccionario Ilustrado Océano de la Lengua Española (2006)²⁶: “Factor psicológico, consciente o no, que predispone al individuo para realizar ciertas acciones o para tender hacia ciertos fines”.
- Isanta Piriz, Lamarca y Teba (2003)²⁷:
- “Estado psicológico que experimentamos ante una situación de carencia (necesidad) y que impulsa al ser humano a actuar (comportamiento), con la finalidad de satisfacer su necesidad (meta u objetivo)”.
- Vander Zanden (1986)²⁸, en Delcor y Borell (2003)²⁹:
- “Estado interior que nos impulsa nos dirige o nos sostiene en una actividad”.
- Diccionario de Administración y Finanzas (2006)³⁰:
- “Influencia sobre los trabajadores para crear en ellos el deseo de alcanzar un determinado objetivo”.

La palabra motivación laboral ha sido definida como:

- Campbell y Pritchard (1976)³¹, en Martínez y Fortea y Fuertes (2003)³²:
- “Término empleado para etiquetar los determinantes de a) la decisión de iniciar un esfuerzo sobre ciertas tareas; b) la decisión de gastar

²⁶ Diccionario ilustrado Océano de la lengua española (2005). Barcelona. Océano.

²⁷ Isanta, C. Piriz, R. Lamanca, X&Teba. R (2003): “La comunicación y el proceso de motivación”. Comunicación en las organizaciones. Ocenet Administración de Empresas.

²⁸ Van der Zanden, J. W. (1986). “Manual de Psicología Social”. Buenos Aires: Paidós.

²⁹ Del cor, J & Borrell, F (2003): Motivación. “Gestión de atención primaria”. Ocenet Administración de Empresas.

³⁰ Diccionario de Administración y Finanzas (2006). Ocenet Administración de Empresas.

³¹ Campbell, D. & Pritchard, R. (1976). “Motivation theory in industrial and organizational psychology”. In M. D. Dunnette (Ed.), Handbook of industrial and organizational psychology. P 63-130. Chicago: Rand McNally.

³² Fuertes, F y Fortea, M. A (2003). “La Motivación, la Identificación y el Compromiso con la Organización”, En S. D. Quijano (Dir): Dirección de Recursos Humanos, Curso de Postgrado a distancia. Barcelona: Fundacio Les Heures.

una cierta cantidad de esfuerzo y c) la decisión de persistir en el gasto del esfuerzo durante un periodo de tiempo”.

- Koontz y Weinhrich (1996)³³, en Calva González (2006)³⁴:
- “El proceso de influir sobre las personas para que realicen en forma entusiasta el logro de las metas de la organización”.

Según Romero Pernalette³⁵, la motivación en el trabajo se define como el proceso mediante el cual un trabajador, impulsado por fuerzas internas o que actúan sobre él, inicia, dirige y mantiene una conducta orientada a alcanzar determinados incentivos que le permiten la satisfacción de sus necesidades, mientras simultáneamente intenta alcanzar las metas de la organización.

Atendiendo a Marina (2000), los seres humanos actúan fundamentalmente por tres tipos de motivaciones: extrínsecas (por ejemplo, ganar dinero), intrínsecas (disfrutar con la actividad, sentirse útil y eficiente, ser reconocido por el grupo, aumentar el propio poder, promocionar dentro de la organización) y trascendentales (colaborar con proyectos relacionados con la mejora de la sociedad)³⁶.

La motivación no es una característica personal de los individuos sino un fenómeno que se produce cuando una persona interacciona con otra y en una situación determinada. Por ello, la administración debe valorar y actuar sobre las personas y la situación, procurando hacer compatibles las metas de la administración con las necesidades personales de los profesionales médicos.

³³ Koontz, H y Wehrich, H (1996) :”Elementos de Administración”. Quinta edición. México D.F.: Editorial Mc Graw-Hill.

³⁴ Calva, J (2006): “Elementos de la dirección de personal en bibliotecas: aspectos generales”. Centro Universitario de investigación Bibliotecológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México.

³⁵ Pernalette R (2005): “La motivación en el trabajo” Creative commons

³⁶ Marina J. A. (2000): “El vuelo de la inteligencia”, Barcelona. Plaza Janés.

Teorías de motivación en el trabajo

La motivación en el trabajo es un fenómeno muy complejo y de abundantes posibilidades, de ahí que muchas sean las teorías que tratan de explicarla, tanto de manera desigual como complementaria.

- *Jerarquía de necesidades (Abraham Maslow)*³⁷

Es la teoría más conocida, también llamada de la pirámide de Maslow, porque clasifica las necesidades jerárquicamente con esta forma, situando en la base a las fisiológicas y en el vértice la necesidad de autorrealización.

Las cinco categorías de necesidades del ser humano, según esta teoría, son: necesidades fisiológicas (que tienden a garantizar la existencia del individuo y la especie: hambre, sed, sueño, sexo...), necesidades de seguridad (protección contra amenazas o riesgos, ya sean reales o imaginarios), necesidades sociales o de afiliación (pertenencia a grupos en los cuales la persona puede dar y recibir afecto), necesidades psicológicas o del ego (estimación propia y de otros) y necesidades de autorrealización (desarrollo pleno de la personalidad).

El individuo tiende a satisfacerlas en orden ascendente, de tal manera que organizará su conducta alrededor de la satisfacción de las necesidades de menor orden que estén insatisfechas (las necesidades satisfechas, en otras palabras, no motivan). Cuando las necesidades que en un momento son motivadoras comienzan a ser satisfechas de manera regular, el individuo comienza a estar motivado por las necesidades del siguiente orden. En el mundo laboral, los diferentes tipos de necesidades son satisfechas con variados y específicos incentivos.

³⁷ Maslow, A (1975): "Una teoría de la motivación humana". Motivación y Personalidad. Barcelona Sagitario.



- Teoría X y teoría Y (Douglas McGregor)

Douglas McGregor propuso dos puntos de vista distintos sobre el ser humano: uno básicamente negativo, denominado teoría X, y el otro básicamente positivo, llamado teoría Y.

<i>Necesidades humanas</i>	<i>Qué puede dar la empresa al empleado</i>	<i>Qué se puede pedir al empleado</i>	<i>Dimensiones de la organización</i>
Materiales	Dinero, status, información, contrato de trabajo, premios o castigos	Bienes, servicios productividad, cumplir el contrato laboral, función formal, tareas	Eficacia
Cognoscitivas	Equipos autodirigidos, enriquecimiento del puesto, participación, empowerment, formación.	Iniciativa, creatividad, sugerencias, ideas, ingenio, poner atención en lo que se hace.	Atractividad
Afectivas	Ayuda para superarse como persona, gratitud, estima, confianza, justicia, equidad	Lealtad, identificación, capacidad de sacrificio por la empresa.	Unidad (confianza mutua)



La teoría X supone que las necesidades de orden inferior dominan al individuo. Por su parte, la teoría Y supone que las necesidades de orden superior predominan. El propio McGregor sostuvo la opinión de que las suposiciones de la teoría Y son más válidas que las de la teoría X. Por tanto, propuso ideas como la participación en la toma de decisiones, los trabajos interesantes y de responsabilidad y las buenas relaciones de grupo como los medios más óptimos para maximizar la motivación del trabajador. Por desgracia, no hay evidencia que confirme que una u otra hipótesis sea válida, o que el hecho de aceptar los postulados de la teoría o el de modificar las propias acciones produzca mayor motivación en el empleado.

También los planteamientos de McGregor pretenden dar cuenta de los supuestos que subyacen en las acciones de los gerentes, y de las consecuencias de esas acciones sobre sus empleados. Todo gerente tiene un conjunto de suposiciones sobre el hombre y su relación con el trabajo, las cuales se ubican en un continuo cuyos extremos se conocen como Teoría X y Teoría Y. El primero de esos conjuntos de supuestos contiene una visión tradicionalista y pesimista del hombre y su relación con el trabajo. Es la Teoría X, según la cual los trabajadores son flojos por naturaleza, trabajan básicamente por dinero, carecen de ambición, no se identifican con la

organización, son resistentes al cambio y carecen de aptitudes para el trabajo complejo. En contraposición a esto, hay otro conjunto de supuestos de contenido más optimista y humanista. Es la Teoría Y, según la cual los trabajadores pueden disfrutar de su trabajo tanto como del juego o del descanso, buscan en el trabajo gratificaciones de orden superior, son ambiciosos y están dispuestos a asumir nuevas responsabilidades, se identifican con la organización, son susceptibles al cambio y normalmente tienen más aptitudes que las demostradas en el trabajo cotidiano. Ahora bien, todo gerente orienta sus acciones gerenciales según los supuestos que admiten como ciertos. Un gerente que se identifique con los postulados de la Teoría X tenderá a desarrollar una dirección autocrática: supervisará muy de cerca a todos los trabajadores, tratará de influir sobre su conducta a través de premios y castigos, les indicará detalladamente lo que tienen que hacer y concentrará en sus propias manos la toma de decisiones. Por el contrario, un gerente orientado por la Teoría Y, tenderá a desarrollar un estilo de dirección democrático o participativo: dará espacio para la autodirección y el autocontrol, ofrecerá oportunidades para que los individuos desarrollen sus potencialidades y brindará autonomía a los trabajadores para que tomen decisiones sobre su trabajo. En síntesis, cada gerente desarrollará un estilo de dirección que concuerde con los supuestos que tiene sobre el hombre y su relación con el trabajo. Lo más importante, sin embargo, es la materialización de la profecía que se autocumple: los trabajadores reaccionarán de tal forma que ratificarán los supuestos iniciales. El gerente parte de que los trabajadores tienen ciertas características, los dirige de acuerdo con esos supuestos y los trabajadores se van a comportar como si esos supuestos fueran ciertos.

- ***Teoría de la motivación-higiene (Frederick Herzberg)***

La Teoría de la Motivación-Higiene, también conocida como Teoría de los dos Factores o Teoría Bifactorial, establece que los factores que generan insatisfacción en los trabajadores son de naturaleza totalmente diferente a los factores que producen satisfacción. La teoría parte de que el hombre tiene un doble sistema de necesidades: la necesidad de evitar el dolor o las situaciones desagradables y la necesidad de crecer emocional e intelectualmente. Por ser cualitativamente distintos estos sistemas, cada tipo de necesidad, en el mundo del trabajo, requiere de incentivos diferentes. Por este motivo se puede hablar de dos tipos de factores que intervienen en la motivación en el trabajo: los factores higiénicos o preventivos y los factores motivacionales. Los primeros (salario, condiciones ambientales, mecanismos de supervisión, relaciones interpersonales y administración de la organización), evitan la insatisfacción pero no producen motivación ni satisfacción. Por su parte, los factores motivacionales (reconocimiento, sentimiento de logro, autonomía o responsabilidad, posibilidades de avance y trabajo en sí) sí producen satisfacción, a condición de que los factores higiénicos estén funcionando aceptablemente. Por el contrario, si no están funcionando adecuadamente ninguno de los factores, el individuo se encontrará totalmente insatisfecho. Si solamente funcionan los factores higiénicos, el trabajador no estará insatisfecho, pero tampoco estará motivado (especie de punto de indiferencia). Si operan los factores motivacionales pero no los higiénicos, el trabajador estará insatisfecho (están bloqueados los efectos de los factores motivacionales). Por tanto, se puede afirmar que sólo habrá motivación cuando ambas clases de factores estén funcionando adecuadamente.

- Teoría existencia, relación y crecimiento (Clayton Alderfer)³⁸

La Teoría E.R.C., expuesta por Alderfer, considera que las personas tienen tres tipos básicos de necesidades:

- Necesidades de existencia (E), que requieren la provisión de los requisitos materiales para la subsistencia del individuo y de la especie (abarcan las necesidades fisiológicas y de seguridad de la pirámide de Maslow).
- Necesidades de relación (R), es decir, mantener interacciones satisfactorias con otros, sentirse parte de un grupo y dar y recibir afecto (corresponden a las necesidades sociales y a la parte de estima de las necesidades psicológicas de Maslow).
- Necesidades de Crecimiento (C), esto es, anhelo interior de desarrollo personal y de tener un alto concepto de sí mismo (equivalen a las necesidades psicológicas de autoestima y a la autorrealización en el esquema maslowiano).

Alderfer plantea que esas necesidades se ordenan desde las más concretas, es decir, las de Existencia, que se satisfacen básicamente con incentivos materiales, hasta las menos concretas, o sea, las de Crecimiento, cuya fuente de satisfacción es absolutamente intrínseca.

Este estudioso incluye en su modelo el fenómeno de la frustración-regresión, el cual se produce cuando es bloqueada la satisfacción de una necesidad menos concreta (de relación, por ejemplo) y el individuo retorna con más énfasis a la gratificación de una necesidad más concreta (de existencia, pongamos por caso). Otros dos eventos completan los postulados básicos de la Teoría ERC: en primer lugar, cuando un individuo ve frustrada la satisfacción de sus necesidades de existencia (las más concretas), se dedica con más ahínco a la satisfacción de otra necesidad de esa misma categoría. Finalmente, cuando un individuo satisface una necesidad de crecimiento, dirige su conducta

³⁸ Alderfer, C (1976): "Change processes in organizations, en Handbook of Industrial and Organizational Psychology, M. D. Dunnette, ed.

a la satisfacción de otra necesidad de esa misma naturaleza.

- ***Teoría de las tres necesidades o necesidades secundarias (David McClelland)***³⁹

Una vez que el individuo ha logrado satisfacer sus necesidades básicas o primarias, es decir, las equivalentes a las necesidades fisiológicas y de seguridad en la jerarquía de Maslow, la conducta del individuo pasa a estar dominada por tres tipos de necesidades:

- Necesidades de afiliación (nAf): Implican el deseo de mantener relaciones interpersonales amistosas y cercanas.
- Necesidades de logro (nLog): Incluyen el impulso de sobresalir, de alcanzar metas, de vencer obstáculos y de tener éxito.
- Necesidades de poder (nPod): Implican el deseo de ejercer influencia sobre diversos individuos y situaciones para hacer que ocurran ciertas cosas que de otra forma no ocurrirían.

Estas tres necesidades operan simultáneamente, pero en un determinado momento una de ellas domina sobre las demás y la conducta del individuo se organiza en la búsqueda de la satisfacción de esa necesidad. Los trabajadores motivados por el logro buscan trabajos donde las metas sean de riesgo moderado, donde tengan responsabilidad por los resultados y donde puedan tener retroalimentación sobre su desempeño.

³⁹ McClelland, D (1989): "Estudio de la motivación humana". Narcea, D.L., Madrid.

- ***Teoría de las expectativas (V. Vroom, E. Deci, L. Porter)***⁴⁰

La motivación es la cantidad de esfuerzo que el trabajador está dispuesto a ofrecer a cambio de satisfacer sus necesidades. Esta motivación depende de la recompensa (ya sea deseo de un ascenso, propósito de realizar un buen trabajo, deseos económicos, deseos de aprendizaje, autorrealización, o convencimiento de que su trabajo vale la pena) y de la probabilidad de obtenerla.

El desempeño esperado de un trabajador es el resultado de la combinación de factores individuales (personalidad, habilidades, conocimiento, experiencia y capacidades) con la motivación y la percepción del rol (el grado de correspondencia entre lo que el individuo piensa que debe hacer y lo que se espera de él).

⁴⁰ Vroom, V. y Decci, E (comp.) (1999), "Motivación y alta dirección", Editorial Trillas, México, D.F.

- **Teoría de la equidad (J. Stacey Adams)⁴¹**

La Teoría de la Equidad pretende explicar el efecto que tiene sobre la motivación la comparación que los individuos hacen entre su situación y la de otras personas o grupos que se toman como referencia. En el seno de una organización, cada individuo brinda ciertos Aportes (A) en su trabajo (conocimientos, experiencia, tiempo, esfuerzo, dedicación, entusiasmo, etc.) y percibe un conjunto de Resultados (R) (salario, otros beneficios socioeconómicos, prestigio, estimación, afecto, etc.). Los individuos tienden a comparar los resultados y los aportes propios con los resultados y los aportes de otras personas o grupos de referencia. Si denominamos Rp y Ap a los resultados y aportes propios y Rpr y Apr a los resultados y aportes del referente, se pueden dar las comparaciones siguientes:

- Si $(R_p/A_p) = (R_{pr}/A_{pr})$ hay sensación de equidad, pues la relación entre los resultados y los aportes propios es equivalente a la relación entre los resultados y los aportes del referente. En tal situación el individuo se siente motivado hacia una conducta de elevado desempeño.
- Si $(R_p/A_p) < (R_{pr}/A_{pr})$ hay sensación de inequidad, pues el individuo se siente sub-retribuido. En este caso, ve disminuida su motivación y desarrolla conductas compensatorias (por lo general disminuyendo sus aportes o incrementando sus resultados por cualquier vía).
- Si $(R_p/A_p) > (R_{pr}/A_{pr})$ el individuo puede desarrollar cierto sentimiento de culpa e igualmente asume conductas para restablecer la equidad (generalmente, incrementando sus aportes o disminuyendo sus resultados).

Según la Teoría de la Equidad, el individuo puede hacer las comparaciones con un referente dentro de la misma organización (interno de otro), con otra persona de otra organización (externo de otro), con su propia experiencia en otros puestos de la misma organización (interno propio), o con la experiencia de la propia persona en otra organización (externo propio).

⁴¹ Adams, J. Stacey (1963), "Toward an understanding of inequity", Journal of Abnormal and Social Psychology, Vol. 67, pp. 422-436.

- ***Teoría de la evaluación cognoscitiva (E. Deci, R. Ryan, R. De Charm)***⁴²

Esta Teoría de la Evaluación Cognoscitiva trata de explicar la influencia de las recompensas sobre la motivación. Distingue dos tipos de recompensas: las extrínsecas, tangibles o materiales y las intrínsecas, intangibles, no materiales o afectivas. Las recompensas materiales disminuyen la motivación intrínseca dado que el sujeto percibe que su conducta no la controla él, sino las personas de su alrededor. Sin embargo, las recompensas afectivas no disminuyen la motivación intrínseca, ya que las personas se sienten útiles y eficaces en el desempeño de su trabajo.

- ***Teoría del establecimiento de metas (Edwin Locke)***⁴³

La Teoría de las Metas fue expuesta a principios del siglo pasado por Edwin Locke, quien plantea que las personas se establecen metas con el fin de lograrlas. Para conseguir la motivación laboral, los trabajadores deben poseer las habilidades necesarias para alcanzar sus objetivos y propósitos.

Los comportamientos dependen de las metas, las cuales se definen como el fin u objetivo de cualquier acción, el punto final alcanzado. Éstas deben ser claras, específicas, realistas o alcanzables, que entrañen cierto grado de dificultad y permanezcan a lo largo del camino.

Existen también factores que influyen en la consecución de la meta como son la aceptación (la cual lleva a adquirir un compromiso por parte del sujeto) y la propia capacidad del individuo y de sus actuaciones para obtener el resultado esperado.

⁴² Deci, E., & Ryan, R. (1991). "A motivational approach to self: Integration in personality". In R. Dienstbier (Ed.), Perspectives on motivation. Nebraska Symposium on Motivation. Lincoln: University of Nebraska Press

⁴³ Locke, E. (1976): "De nature and causes of job satisfaction", in Dunnette, M. Handbook of industrial and organizational psychology, Rand-Mc Nally College, p. 1297-1349, Chicago, EE.UU.

- **Teoría del flujo (Mihaly Csikszentmihalyi)**⁴⁴

Existen ciertas tareas que el sujeto ejecuta gustosamente aunque tengan un nivel de dificultad muy alto. A este fenómeno se denomina flujo, y se define como el estado de concentración y dedicación hacia una tarea en la que el sujeto disfruta desarrollándola, llegando a perder la noción del tiempo y del espacio. Si la tarea representa un desafío, genera una dosis de motivación intrínseca para el sujeto. Sin embargo, cuanto mayor es el desafío, mayores competencias se ponen en juego y si no se dispone de todas las herramientas, o las competencias ante la tarea son escasas, puede generarse preocupación y ansiedad. Por el contrario, si la tarea no permite que el individuo desarrolle todas o gran parte de sus competencias provoca aburrimiento o apatía.

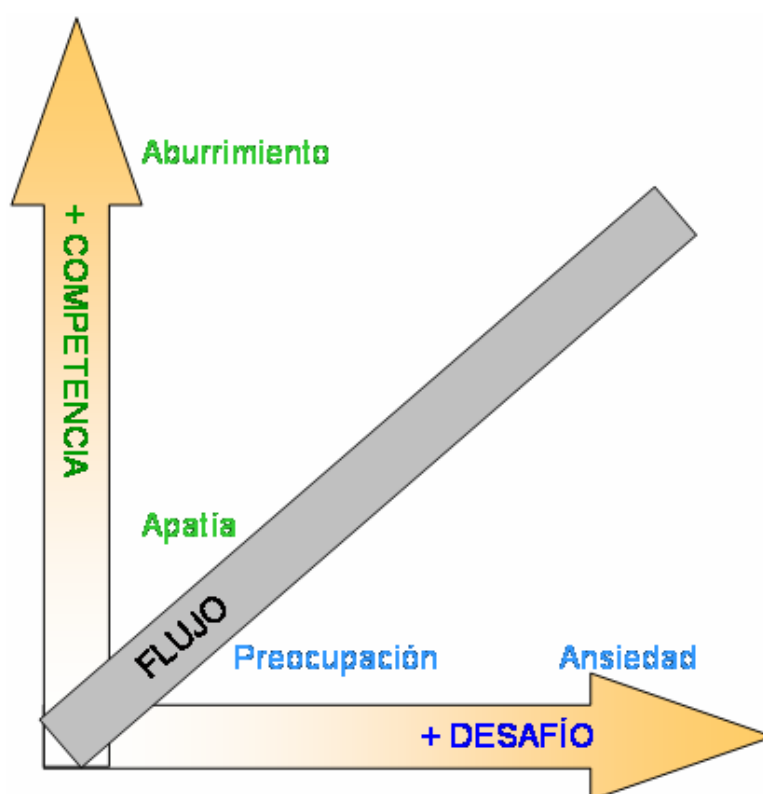


Ilustración 3: Esquema del "flujo" según Mihaly Csikszentmihalyi

⁴⁴ Csikszentmihalyi, M. (1990): "Flow: The Psychology of Optimal Experience" (Flujo: La psicología de la experiencia óptima), New York: Harper & Row.

Clasificación de las competencias

Son numerosas las tipologías y clasificaciones de competencias laborales genéricas que han elaborado diferentes autores. El modelo propuesto por Spencer y Spencer (1992) recoge seis grupos de competencias genéricas⁴⁵, como se observa en el recuadro que aparece a continuación:

GRUPOS	COMPETENCIAS GENÉRICAS
Competencias de desempeño y operativas	<ul style="list-style-type: none">○ Orientación al resultado○ Atención al orden, calidad y perfección○ Espíritu de iniciativa○ Búsqueda de la información
Competencias de ayuda y servicio	<ul style="list-style-type: none">○ Sensibilidad interpersonal○ Orientación al cliente
Competencias de influencia	<ul style="list-style-type: none">○ Persuasión e influencia○ Conciencia organizativa○ Construcción de relaciones
Competencias directivas	<ul style="list-style-type: none">○ Desarrollo de los otros○ Actitudes de mando: asertividad y uso del poder formal○ Trabajo en grupo y cooperación○ Liderazgo de grupos
Competencias cognitivas	<ul style="list-style-type: none">○ Pensamiento analítico○ Pensamiento conceptual○ Capacidades técnicas, profesionales y directivas
Competencias de eficacia personal	<ul style="list-style-type: none">○ Autocontrol○ Confianza en sí mismo○ Flexibilidad○ Hábitos de organización

Tabla 1: Clasificación de las competencias laborales genéricas (Spencer y Spencer, 1992)

⁴⁵ Spencer, L. M. y otros (1992), "Competency Assessment Methods; History and state of the art". Boston: Hay/McBer Research Press.

Teniendo en cuenta su referencia a puestos de trabajo concretos, las competencias habrán de diversificarse en función de los diferentes puestos considerados en una organización y de acuerdo también con las funciones y tareas específicas definidas para los mismos. En esta dirección, Hooghiemstra (1992)⁴⁶ sugería una serie de competencias genéricas diferenciando entre distintos niveles de responsabilidad dentro de una organización, al tiempo que establecía un proceso para la definición del perfil de competencias específicas de cada organización. En la tabla 2, que aparece a continuación, se recoge la clasificación realizada en función de los puestos de ejecutivo, director y empleado.

PUESTO	COMPETENCIAS
Ejecutivos	<ul style="list-style-type: none">○ Razonamiento estratégico○ Liderazgo del cambio○ Gestión de las relaciones
Directores	<ul style="list-style-type: none">○ Flexibilidad○ Introducción del cambio○ Sensibilidad interpersonal○ Delegación de responsabilidades○ Trabajo en equipo○ Transferibilidad a diferentes entornos geográficos
Empleados	<ul style="list-style-type: none">○ Flexibilidad○ Motivación para buscar información y capacidad de aprendizaje○ Orientación hacia el logro○ Motivación para el trabajo bajo presión del tiempo○ Colaboración en grupos multidisciplinares○ Orientación hacia el cliente

⁴⁶ Hooghiemstra, T. (1992), "Gestión integrada de recursos humanos". En. A. Mitrani y otros (Coords.), "Las competencias: clave para una gestión integrada de los recursos humanos". Bilbao: Ediciones Deusto, 13-42.

Tabla 2: Competencias generales según el puesto ocupado (Hooghiemstra, 1992)

Otro tipo de organización de las competencias de los profesionales, a nivel general, es el que aparece en el manual de López, Sanz y Berrocal (2005)⁴⁷, el cual muestra la siguiente clasificación:

- Trabajo en equipo: Según María Escat Cortés⁴⁸, los requisitos imprescindibles para trabajar en equipo son los siguientes:

1. Sentido de interdependencia: Los miembros del equipo deben reconocer que se necesitan los unos a los otros y que sin esa necesidad es improbable poder llevar a cabo los objetivos previstos.
2. Sentimiento de coherencia: El equipo debe tener una identidad propia que lo defina y le dé coherencia.
3. Interacción entre sus miembros: La interdependencia se materializa por medio de la interacción y ésta genera una identidad común que es el motor del equipo.

Define el trabajo en equipo como el conjunto de valores, actitudes o ideas que constituyen una cultura para la organización y el equipo de trabajo es el encargado de plasmar en la organización dicha cultura.

Por otra parte, Jose Manuel Vecino⁴⁹ analiza que las dificultades en el trabajo tales como los conflictos, la ausencia de compromiso, la desmotivación laboral y el incumplimiento de fechas, por ejemplo, han sido superadas gracias a que los colaboradores se sienten parte de un equipo de trabajo donde su aporte no sólo es valorado sino también requerido.

Del mismo modo, determina los aspectos claves en los que se

⁴⁷ López, G.M., Sanz, P. y Berrocal, F. (2005), "Perfiles de Competencias y necesidades de formación de los Agentes de Integración. IX Congreso Nacional de Psicología Social, A Coruña, 20-23 de Septiembre.

⁴⁸ [http://www.degerencia.com/articulo/equipo de trabajo y trabajo en equipo.](http://www.degerencia.com/articulo/equipo%20de%20trabajo%20y%20trabajo%20en%20equipo)

Autor: <http://www.degerencia.com/mariaescat>.

⁴⁹ [http://www.degerencia.com/articulo/el equipo de trabajo como gestor del talento humano.](http://www.degerencia.com/articulo/el%20equipo%20de%20trabajo%20como%20gestor%20del%20talento%20humano)

Autor: <http://www.degerencia.com/jmvecinop>

fundamenta la importancia del trabajo en equipo⁵⁰:

1. Los roles de los participantes: Con este término se refiere a los conocimientos, experiencia, pericia o habilidades de los integrantes del equipo. En este sentido se valora la importancia de la complementariedad, ya que cada integrante hace un aporte diferente que permite la consecución de los resultados esperados.
2. La comunicación: Es un factor definitivo que permite mantener enterados a todos los integrantes del equipo de lo que ocurre y establecer un clima organizacional adecuado, ya que permite que se expresen los acuerdos y desacuerdos en la gestión que se realiza.
3. Liderazgo: Es un aspecto que permite motivar y animar a los integrantes a tener claridad en las metas que se persiguen. Los líderes son aquellos que visualizan el objetivo y transmiten a todos el impulso requerido para que el desempeño no decaiga sino que por el contrario se incremente.
4. Compensación: Cada integrante debe percibir que recibe, no sólo en el aspecto económico, el reconocimiento que merece. En muchas ocasiones el ritmo del equipo puede disminuir si no siente que recibe felicitaciones, bonificaciones o triunfos que le permitan fortalecer su compromiso con el equipo.
5. Compromiso: Una vez que los integrantes del equipo establecen vínculos con los demás integrantes y se identifican con los propósitos para los cuales está creado el grupo, se genera el sentido de pertenencia que hace del compromiso una característica que cohesionan mucho más a los miembros del equipo.

Igualmente, destaca como ventajas del trabajo en equipo las que se enuncian a continuación:

1. Permite que sea más fácil la consecución de objetivos.
2. Contribuye a la mejora de la calidad de vida de los miembros.

⁵⁰ [http://www.degerencia.com/articulo/importancia del trabajo en equipo en la organización.](http://www.degerencia.com/articulo/importancia%20del%20trabajo%20en%20equipo%20en%20la%20organizaci3n)
Autor: <http://www.degerencia.com/jmvecinop>

3. Agrega valor a los procesos.
4. Favorece a cada integrante poner sus competencias al servicio del equipo.
5. Permite compartir las metas y objetivos del trabajo.

Del mismo modo, también señala algunas de sus desventajas:

1. El tener que conocer e interrelacionarse con otros se convierte en ocasiones en fuente de conflicto para algunos de los integrantes.
2. En ocasiones puede diluirse la responsabilidad personal al tomar al equipo como escudo frente a los resultados negativos.
3. Se dan problemas de comunicación y falta de asertividad que dificulta el avance del equipo.

- Orientación al cliente: Según Marilyn Bernal Prado⁵¹, es importante que la organización defina las necesidades del cliente desde el punto de vista de este último y no desde el punto de vista de la organización. Cada producto presenta múltiples aspectos que la dirección no puede conocer sin investigar al consumidor potencial. El objetivo, después de todo, es vender a través de la satisfacción de las necesidades del cliente. Es importante satisfacer al cliente porque básicamente las ventas de una organización en cada periodo provienen de dos grupos: nuevos clientes y clientes habituales. Siempre cuesta más atraer a nuevos clientes que retener a los habituales. Un cliente satisfecho cuenta a otras tres personas sus experiencias positivas, sin embargo, uno insatisfecho se lo dice a once. Ciertamente los malos hechos se comunican más rápido que los buenos y pueden envenenar la actitud de la gente hacia la organización, por tanto, éstas deberían establecer sistemas de sugerencias e investigaciones para maximizar la oportunidad de los clientes de reflejar sus quejas. Una compañía orientada al cliente medirá el nivel de satisfacción de los mismos cada periodo y buscará mejorar sus objetivos sobre dicho nivel. La satisfacción de los clientes es el mejor indicador de los futuros beneficios de la organización.

⁵¹ [http://www.degerencia.com/articulo/procedimiento para desarrollar estudios mercados en organizaciones](http://www.degerencia.com/articulo/procedimiento%20para%20desarrollar%20estudios%20mercados%20en%20organizaciones).
Autor: <http://www.degerencia.com/mbernal>

- Planificación/ Organización: Alexis Codina⁵² nos habla de las llamadas “funciones directivas”, es decir, de la planificación, organización, mando y control. En la función de planificación, las principales tendencias que se señalan son:

- El tránsito de la planeación “clásica” al enfoque de la estrategia.
- El análisis del “pasado al futuro”, buscando tendencias anteriores, se sustituye por el análisis del futuro al presente, concibiendo diferentes escenarios futuros y planes de contingencia.
- El paso del plan y la implementación como procesos separados, a concebirlos como un proceso único, integrando ambas.
- El tránsito de la tecnología como factor estratégico, a los recursos humanos como el más estratégico de ellos.

En la función de organización, las tendencias se mueven de las estructuras jerárquicas a las estructuras planas y flexibles; de los manuales y normas detalladas como factores reguladores a la visión, los valores y la cultura, como los factores principales para la integración del trabajo en las organizaciones; de la estabilidad, como elemento organizador, al cambio y la innovación como factores de adaptación constante a las nuevas situaciones.

- Comunicación: Otro estudioso como Holmes Paz Quiñones, en su artículo “La comunicación y el trabajo en equipo”⁵³, manifiesta que uno de los mayores problemas que se presentan en todas las empresas es el unir a un conjunto de personas para que cumplan con un propósito organizacional. Todas ellas deben poseer necesidades, intereses, conocimientos, experiencias, expectativas y otra serie de motivaciones diferentes. La función del administrador es consolidar esta variedad de expectativas en una misma de bien común y amalgamarlos en un equipo que sienta y viva el mismo horizonte soportado en un mecanismo de comunicación que fluya e irrigue todas las fibras del grupo. Afirma que “la comunicación en la organización juega el papel

⁵² [http://www.degerencia.com/articulo/cambios en paradigmas empresariales. Retos para la gerencia.](http://www.degerencia.com/articulo/cambios%20en%20paradigmas%20empresariales.%20Retos%20para%20la%20gerencia)
Autor: <http://www.degerencia.com/acodina>

⁵³ [http://www.degerencia.com/articulo/la comunicación y el trabajo en equipo.](http://www.degerencia.com/articulo/la%20comunicacion%20y%20el%20trabajo%20en%20equipo)
Autor: <http://www.degerencia.com/holpaqui>

de la sangre en el cuerpo humano, viaja y deja su información en cada célula de la empresa”.

- Flexibilidad: Según Mauricio Lefcovich⁵⁴, las organizaciones deben estar en condiciones de adaptarse al entorno cambiante si pretenden sobrevivir. Los cambios en la tecnología, los gustos de los consumidores, los reglamentos del gobierno, el incremento en el coste de diversos recursos, y los valores y capacidades de los futuros empleados, no son sino algunas de las amenazas para la existencia organizacional.

- Colaboración: Los sistemas de colaboración son la base sobre la cual los equipos de trabajo pueden lograr resultados destacados en las organizaciones. “Parece ser que tenemos que declarar que somos un equipo para trabajar en equipo, cuando las organizaciones por sí son agrupadas de manera colaborativa, lo que pasa es que está de por medio la voluntad de alguien o de algunas personas que preferirían trabajar solos o preferirían trabajar funcionalmente, en lugar de tener una orientación más hacia un proceso o hacia un sistema, lo cual exigiría de facto un sistema de alta colaboración”, explica Arturo Castañón, Director de la empresa Unity® (empresa de desarrollo humano y organizacional. Es una empresa de consultoría y capacitación con experiencia en la implantación de estrategias relacionadas a la participación e integración del Capital Humano en las organizaciones)

Otra clasificación es la que nos da el Libro blanco⁵⁵ del título de grado en Medicina, que estructura las competencias en Generales, Verticales y Horizontales, las cuales aparecen definidas seguidamente:

- Competencias generales

Se distinguen varios tipos de competencias generales, la mayoría de ellas sociales, como por ejemplo:

⁵⁴ [http://www.degerencia.com/articulo/superando la resistencia al cambio.](http://www.degerencia.com/articulo/superando%20la%20resistencia%20al%20cambio)

Autor: <http://www.degerencia.com/mlefcovich>

⁵⁵ http://www.aneca.es/modal_eval/conver_docs_titulos.html

- Competencias técnicas relacionadas con el saber y el saber hacer. Dichas competencias consisten en poseer conocimiento científico de las materias, tener habilidades y destrezas, resolver problemas, aplicar el conocimiento a nuevas situaciones y tomar decisiones argumentadas.
- Competencias sociales relacionadas con el saber aprender (autonomía), es decir, son las encargadas de articular la teoría y la práctica, y de asumir el cambio para transformar.
- Competencias sociales relacionadas con el saber estar (creatividad). Dicha creatividad reside en trabajar desde la incertidumbre, buscar alternativas adecuadas y evaluar de forma crítica.
- Competencias sociales relacionadas con el saber hacer (compromiso y responsabilidad). Estas competencias valoran éticamente las acciones de los profesionales, su capacidad tanto para trabajar en equipo y desde el compromiso, como para aceptar la interculturalidad y saber comunicarse con el otro.
- Competencias sociales relacionadas con el saber convivir (solidaridad). Se fundamentan en la capacidad para compartir conocimientos y recursos, cooperar y aportar opiniones, y construir conocimiento de manera colectiva.

Los diecisiete criterios en los que se concretan estas competencias son:

1. Conocimiento científico.
2. Habilidades y destrezas para actuar adecuadamente en la práctica.
3. Capacidad para resolver problemas de forma contrastada y científica.
4. Práctica para transferir su conocimiento a nuevas situaciones.
5. Capacidad para argumentar y justificar científicamente su acción.
6. Pensamiento crítico para actuar, que articula tanto teórica como prácticamente.
7. Búsqueda del cambio de la práctica y de los contextos como oportunidad para la transformación de los mismos.
8. Capacidad para trabajar desde la incertidumbre.

9. Capacidad para evaluar alternativas ante las nuevas situaciones que se les puedan plantear.
10. Capacidad para evaluar la acción profesional en todas sus dimensiones (humana, social, económica, etc.)
11. Capacidad para trabajar en equipo.
12. Capacidad para comprometerse con su entorno profesional.
13. Capacidad para trabajar ante contextos interculturales.
14. Capacidad para comunicarse con el otro, ya sea éste compañero o paciente.
15. Capacidad para compartir conocimientos y recursos.
16. Capacidad para cooperar con los otros de forma interdisciplinar.
17. Capacidad para construir conocimiento de forma colectiva preservando la identidad de cada uno.

- Competencias horizontales

Las competencias horizontales son el conjunto de competencias que comparten los departamentos y médicos del mismo nivel jerárquico o categoría profesional dentro de la estructura sanitaria, pudiendo tener cada componente diferentes tareas y especialidades.

Con esta designación nos referimos, por ejemplo, a los especialistas facultativos sanitarios del mismo nivel dentro de la carrera profesional, los cuales comparten una serie de competencias.

En la ilustración 4 también se pueden observar las competencias compartidas entre los departamentos de atención al paciente, documentación clínica y admisión, gestión de calidad y trabajo social.

El perfil es el conjunto de criterios que solicita la organización a la hora de reclutar capital humano para un puesto de trabajo. A cada especialidad médica le corresponde una serie de subespecialidades que llevan asociadas un perfil, y cada perfil, a su vez, se desglosa en una serie de puestos de trabajo de diferente categoría según el grado de carrera profesional. Por lo tanto, se puede afirmar que no todos los especialistas comparten el mismo perfil ni son aptos para un puesto específico.

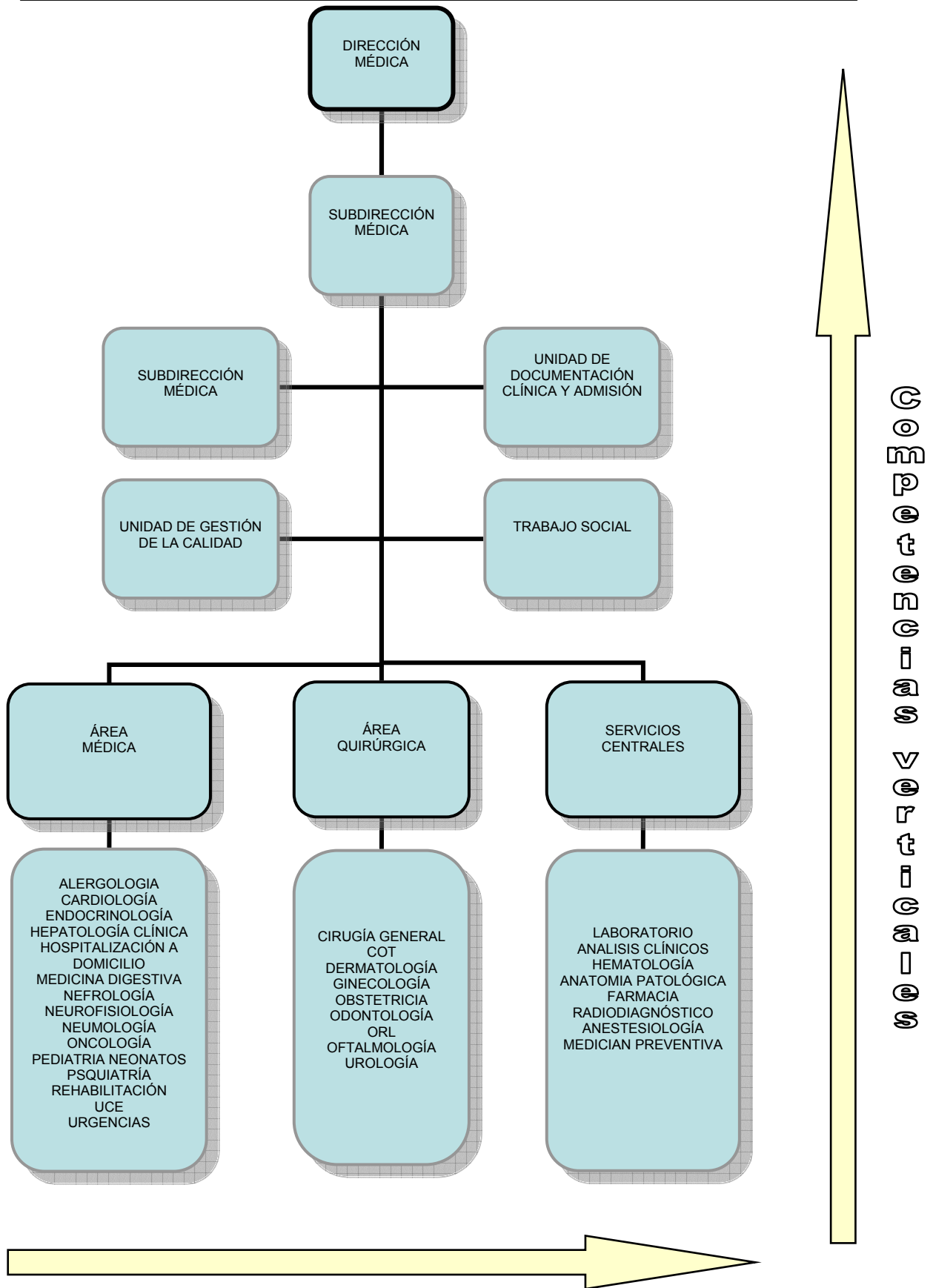


Ilustración 4: Competencias horizontales y verticales

- Competencias verticales

Las competencias verticales se refieren al cambio de categoría profesional dentro de la estructura del organigrama sanitario, como se ha podido observar en el dibujo previo (Ver horizontales y verticales)

Dentro de una misma especialización, se pueden agrupar diferentes categorías y a cada una de éstas le corresponden una serie de competencias, tareas y responsabilidades de acuerdo con el puesto que desempeñen en la jerarquía. Todos los puestos están conectados entre ellos a través de flujos verticales de comunicación y autoridad.

Según el tipo de organización, bien sea hospital, centro de salud o centro de especialidades, se establecen organizaciones jerárquicas más o menos extensas. En el caso de atención primaria, el coordinador médico será la autoridad responsable de la gestión sanitaria mientras que un hospital será el jefe de servicio o unidad o jefe de departamento.

Las competencias de los profesionales facultativos sanitarios se pueden clasificar en las siguientes⁵⁶:

- Asistenciales.
- Medicina Preventiva y Comunitaria.
- Investigación y docencia.
- Habilidades necesarias para relacionarse con otros niveles asistenciales y trabajar en equipo.
- Éticas y deontológicas.
- Conocimientos del entorno sociocultural.

⁵⁶ Carretero, J.M.,(2005) "Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetiva estructurada (ECO)". Educ.med v.8 supl 2 Barcelona, sep.

Según el título I, artículo 4 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, las áreas competenciales desarrolladas por el facultativo sanitario serían:

- Docencia
- Investigación
- Gestión clínica
- Formación: prevención e información y educación sanitaria.
- Área Asistencial

La manera de llevar a cabo esta progresión se realiza a través de la evaluación de competencias para que el profesional pueda ir progresando en grado y en los efectos que trae consigo la carrera profesional del sanitario.

Estas competencias se acreditarán a lo largo de su vida profesional y todas ellas benefician en último término a la salud y al bienestar de la población porque, tanto el campo de prevención de enfermedades, como la educación sanitaria, la investigación y el intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, constituyen una garantía de calidad, desarrollo y sostenibilidad propias de un Estado de Bienestar.

- Área de docencia o docente

El Área de docencia es una herramienta básica para el buen funcionamiento de unidades y servicios, al igual que para la vertebración de equipos y profesionales.

Son principios rectores de la actuación formativa y docente en el ámbito de las profesiones sanitarias los que se muestran a continuación:

- La colaboración permanente entre los Organismos de las Administraciones Públicas competentes en materia de educación y sanidad con el objeto de promover el progreso.
- La concertación entre las Universidades y los Centros Sanitarios con el fin de garantizar la docencia práctica.

- La disposición de la estructura asistencial del Sistema Sanitario para ser utilizada tanto en la docencia pregraduada como en la especializada y en la continuada de los profesionales.
- Toda estructura asistencial del sistema sanitario está en disposición para las tareas de investigación y docencia, como por ejemplo bibliotecas, salas de reunión, etc.
- La revisión permanente de metodologías docentes y enseñanzas para la adecuación de los conocimientos profesionales a la evolución científica y técnica y de las necesidades sanitarias de la población.
- La actualización permanente de conocimientos, mediante la formación continuada de los profesionales sanitarios.
- El establecimiento, desarrollo y actualización de metodologías para la evaluación de los conocimientos adquiridos por los profesionales, y del funcionamiento del propio sistema de formación.

- Área de investigación

El Área de investigación es necesaria para mejorar tanto la salud como la prestación de los servicios, gracias a la identificación de retos y a la aportación de soluciones médicas.

La promoción de la salud se fundamenta en los conocimientos, la información y la tecnología. La investigación debe abordar las prioridades sanitarias y centrar su atención en problemas del campo de prevención y promoción de la salud. La investigación es un instrumento para la obtención de datos fidedignos sobre los que deberán basarse la planificación, la práctica y las acciones de los profesionales.

- Área de gestión clínica

El Área de gestión clínica consiste tanto en aprender a dirigir, administrar los recursos, conseguir objetivos y analizar los resultados para solucionar los problemas, como en coordinar y motivar a las personas que

trabajan en la organización con el fin de conseguir un funcionamiento óptimo.

- Área de formación

El Área de formación en las organizaciones sanitarias debe valorar, potenciar los conocimientos, habilidades, valores, actitudes y competencias que individual y colectivamente atesoran sus profesionales.

Tener un conocimiento de las diferentes actuaciones preventivas y tener una información actualizada y veraz de los aspectos de la profesión sanitaria.

Los facultativos deben considerar la formación continua como un elemento fundamental en el incremento de su competencia profesional orientada a mejorar la calidad del proceso asistencial y a garantizar la seguridad del usuario.

- Área asistencial

El área asistencial es una de las más difíciles de evaluar, ya que para ello es necesario disponer de procedimientos objetivos, precisos, completos, realizables y que evolucionen con el paso del tiempo.

Las competencias asistenciales se estructuran en dos bloques: competencias generales y competencias específicas, estudiando las primeras desde dos tipos de clasificaciones.

a) Competencias generales:

Primera clasificación:

- Relación médico-paciente.
- Obtención fiable de datos clínicos (interrogatorio y exploración).
- Formulación de diversas hipótesis diagnósticas.
- Uso racional e interpretación de pruebas diagnósticas.
- Ejecución eficiente de procedimientos.
- Toma de decisiones diagnósticas.
- Toma de decisiones terapéuticas oportunas y apropiadas.

- Ejecución eficiente de procedimientos terapéuticos.
- Interpretación adecuada de los efectos del tratamiento.
- Atención de componentes bioéticos y médico-legales.

La evaluación de las competencias profesionales en SACYL⁵⁷ propone definir las competencias asistenciales, siguiendo el manual de Carrasco Prieto, en:⁵⁸

- Mapa de competencias.
- Perfil profesional.
- Perfil del puesto de trabajo.
- Análisis de actividades por categoría y puesto.
- Obligaciones éticas del profesional.

Segunda clasificación:

Relación interprofesional y trabajo en equipo

Esta relación es definida como la habilidad en el intercambio de información con los pacientes, sus familiares y con el resto de profesionales, mostrando así capacidad para el trabajo en equipo con el fin de favorecer la continuidad asistencial entre diferentes niveles del sistema sanitario.

El médico especialista precisa del resto de personal sanitario para realizar con éxito las tareas asistenciales. El trabajo en equipo coordinado permitirá unos canales de comunicación más eficientes y efectivos, al mismo tiempo que se minimizarán tiempos y se maximizarán resultados económicos.

Relación con el paciente, la familia y la comunidad

El médico especialista debe realizar una práctica asistencial orientada hacia el individuo y la sociedad, respetando los deberes y derechos del paciente, sin olvidar mostrar una actitud empática con el mismo, presentándose accesible y receptivo a las necesidades de éste o de su familia.

⁵⁷ Sistema Sanitario de Castilla y León. Salud Castilla y León

⁵⁸ Carrasco Prieto, A.L (2007): "La evaluación de las competencias profesionales en medicina clínica."Fundación empresa Universidad de Granada Octubre de 2007.

Para ello, intentará utilizar un lenguaje claro y comprensible, facilitando una información veraz, razonable y suficiente sobre el proceso médico, en lo que se refiere al diagnóstico, al pronóstico y a las alternativas terapéuticas, y sobre las atenciones sanitarias necesarias para que comprenda el fin, los riesgos y las consecuencias de todo el proceso. Toda esta información deberá darla con la antelación suficiente para que el paciente pueda reflexionar, elegir libremente y conceder un consentimiento informado al especialista.

Gestión clínica asistencial

El médico especialista debe saber optimizar los recursos de forma eficiente (gestión de pacientes, agenda, pruebas diagnósticas, etc.) mediante protocolos de atención y procedimientos de gestión, para garantizar de esta manera unos buenos resultados.

b) Competencias específicas

Las competencias específicas son aquellas que están referidas y relacionadas con el puesto de trabajo y un perfil concreto. Se distinguen dos tipos de competencias específicas:

Derivadas del perfil profesional

El médico especialista debe poseer y mostrar los buenos conocimientos, habilidades y actitudes de una buena práctica clínica ante diferentes actuaciones derivadas de su perfil profesional.

Derivadas de las necesidades particulares del puesto de trabajo

La importancia de cada una de las competencias generales citadas con anterioridad dependerá obviamente de la profesión sanitaria e incluso de la especialización de cada profesión. Por tanto, se puede afirmar que es preciso que el perfil de cada puesto de trabajo sea analizado minuciosamente con el fin de poder articular de forma correcta la elección del profesional que desarrollará su trabajo de la manera más óptima posible.

COMPETENCIAS GENERALES	Relación interprofesional y trabajo en equipo
	Relación con el paciente, la familia y la comunidad
	Gestión clínica asistencial
COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	Derivadas del perfil
	Derivadas de necesidades particulares del puesto de trabajo.

Tabla 3: Resumen de los apartados que componen las competencias

Cada una de las competencias anteriormente descritas se compone de diversas tareas, las cuales serán objeto de análisis y estudio en posteriores trabajos de investigación.

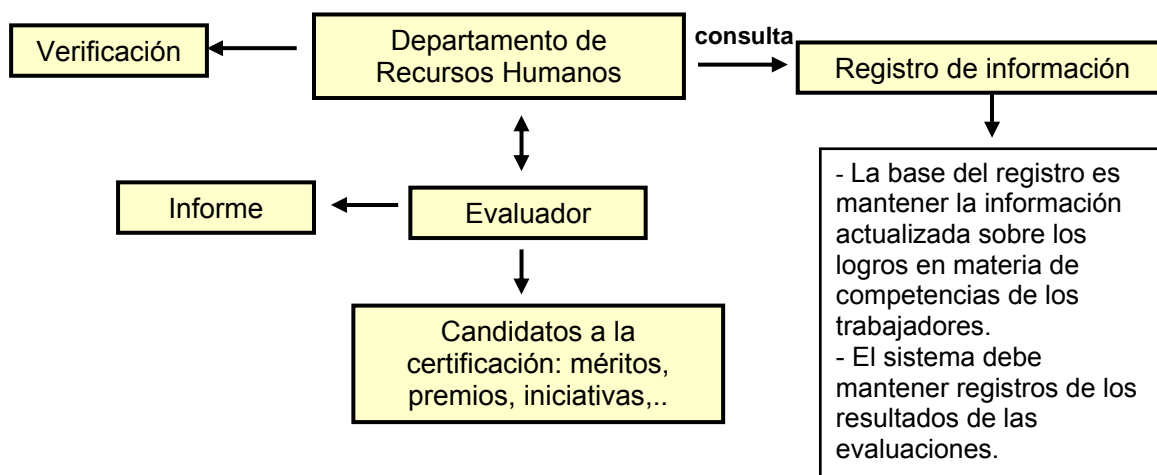
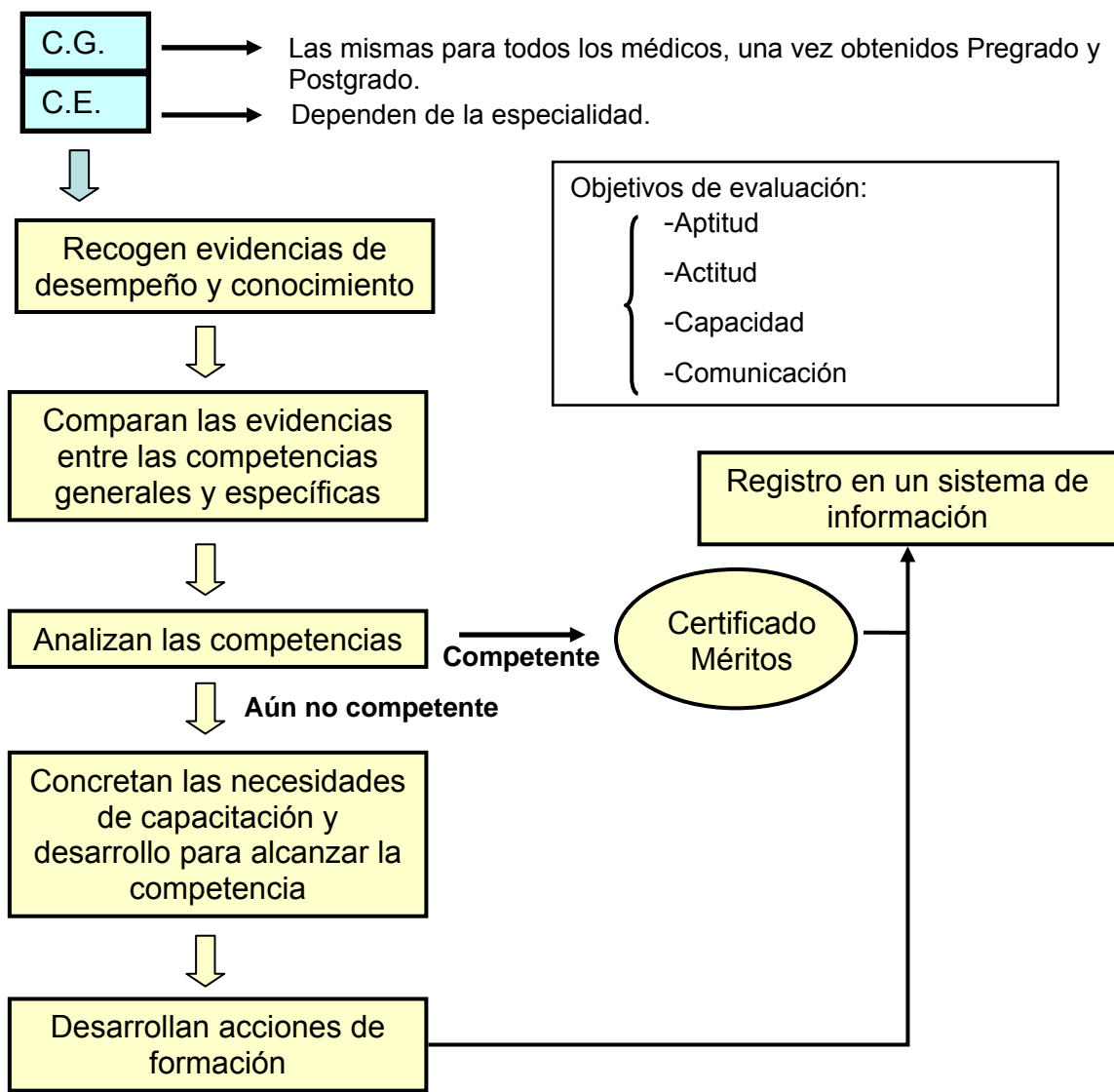


Ilustración 5: Proceso de evaluación de competencias

Ilustración 6: Estructura de seguimiento de calidad de la evaluación de competencias

Sentido de la evaluación de las competencias

La evaluación de competencias es un proceso que nos sirve para recoger información sobre las competencias desarrolladas por el profesional dentro de su puesto de trabajo, de tal forma que permita establecer el ajuste entre el trabajo y la competencia.

Esta evaluación competencial debe estar presente en el trascurso de la vida laboral del profesional para proporcionar retroalimentación a su trabajo, como fuente de motivación y expectativas. Un tipo de evaluación que se ajuste al perfil y al puesto ayudará, como dicen Grados, Beutelspacher y Castro (2006)⁵⁹, a desarrollar un aporte de tipo psicosocial (rendimiento, logros, cualidades...) y un aporte de tipo administrativo (cobertura de puestos, toma de decisiones, incrementos salariales...).

Según Gil Flores (2007)⁶⁰, el concepto de gestión del desempeño alude de forma global y holística a la manera en la que se dirige y gestiona al personal, con el fin de alcanzar las metas que persigue la organización al mismo tiempo que se mejora el desempeño de los empleados. Este estudio incluye aspectos relativos a la planificación del desempeño, la evaluación del mismo y las derivaciones que estos procesos tienen sobre la formación y el reconocimiento a las personas, como aparece reflejado en el siguiente esquema (ver tabla 4)

⁵⁹ Grados, J. A.; Beutelspacher, O. y Castro, M. A. (2006), "Calificación de méritos. Evaluación de competencias laborales", Sevilla: Trillas-Eduforma.

⁶⁰ Gil Flores, J. (2007), "La evaluación de competencias Laborales". Facultad de Educación UNED. Educación XXI.

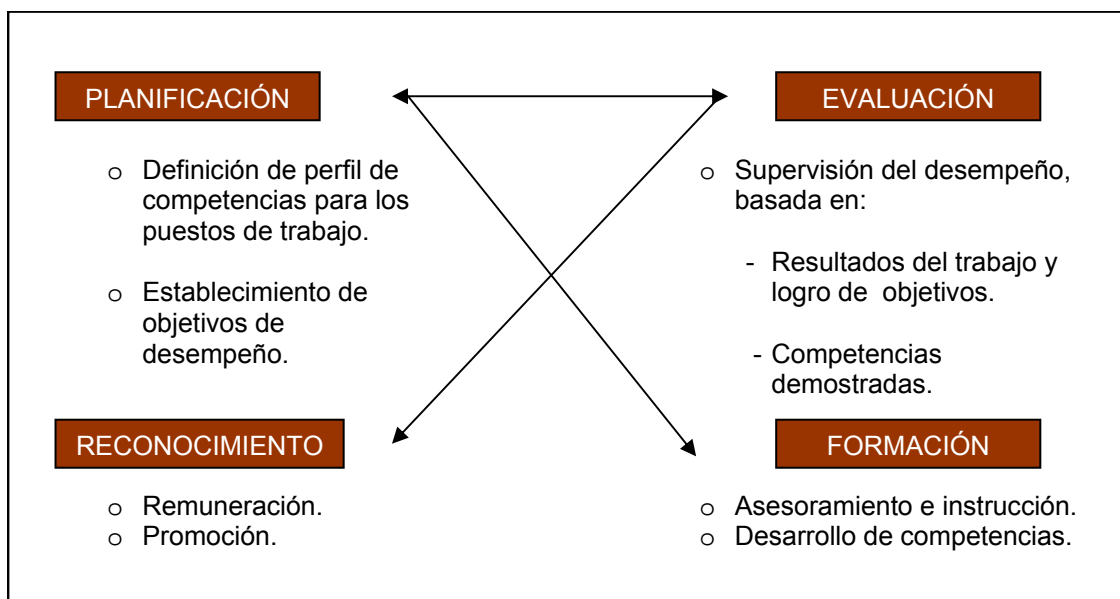


Tabla 4: Planificación del desempeño según Gil Flores

Desempeño

La evaluación de competencias laborales se integra en los procesos de gestión de recursos humanos, ubicándose tanto en la selección de personal como en la gestión del desempeño⁶¹.

Una vez definidos los elementos de competencia, éstos deben precisarse en términos de: 1) calidad con la que deben lograrse; 2) evidencias de que fueron obtenidos; 3) campo de aplicación; 4) conocimientos requeridos. A estos términos se les denomina componentes de la norma de competencia.

Cuando se definen los criterios de desempeño, se alude al resultado esperado con el elemento de competencia y a un enunciado evaluativo de la calidad que ese resultado debe presentar. Los criterios de desempeño son una descripción de los requisitos de calidad del resultado obtenido en el desempeño laboral y permiten establecer si el trabajador alcanza o no el resultado descrito en el elemento de competencia.

⁶¹ Gil Flores, J. (2007), "La evaluación de las competencias laborales", Universidad de Sevilla 4. ISSN: 1139-613X. UNED.

Los criterios de desempeño deben referirse, en lo posible, a los aspectos esenciales de la competencia. Han de expresar, por lo tanto, las características esperables de los resultados que estén significativamente relacionados con el logro descrito en el elemento de competencia. Dichos criterios son la base para que un evaluador juzgue si un trabajador es, o aún no, competente y de este modo sustentan la elaboración del material de evaluación. Igualmente permiten juzgar acerca de lo que se hizo y de la calidad con la que fue realizado. Estos criterios de desempeño se redactan refiriéndose a un resultado e incluyen un enunciado evaluativo sobre ese resultado.⁶²

Según Gil Flores (2007)⁶³, el desempeño expresa el modo en el que un trabajador realiza las funciones y tareas que tiene asignadas, de acuerdo con la misión y los objetivos fijados por la empresa, y muestra si en el ejercicio de tales funciones se poseen las competencias exigidas para cubrir y desarrollar el puesto de trabajo. La evaluación del desempeño ha de atender por tanto a los logros en el trabajo, los cuales son medidos en términos de producción o consecución de objetivos, y al grado en la que las competencias laborales que se asocian a un desempeño adecuado han sido demostradas. La consideración de la dimensión personal, es decir, de las cualidades y capacidades de los trabajadores, llevaría a explicar la consecución de los resultados que se les exigen. Por este motivo la evaluación del desempeño basada en competencias parece una opción adecuada en sí misma o formando parte de modelos mixtos que consideren también los resultados.

Para el médico, a pesar de contar con una descripción detallada del trabajo, atendiendo a la cadena de responsabilidades, es el principal indicador de su desempeño, expectativas organizacionales y de su trabajo diario. La evaluación de competencias del especialista sanitario se enmarca en la evaluación del desempeño que ayuda a la gestión del puesto de trabajo.

⁶² Cinterfor/OIT (2006). "La nueva Recomendación 195 de OIT. Desarrollo de los recursos humanos: educación, formación y aprendizaje permanente". Montevideo: CINTERFOR/OIT. Centro Interamericano para el desarrollo del conocimiento de F.P.

⁶³ Gil Flores, J. (2007), "La evaluación de las competencias laborales", Universidad de Sevilla 4. ISSN: 1139-613X. UNED.

Perfil y puesto

El perfil considera no sólo las competencias necesarias que demanda la descripción del trabajo, sino también las cualidades que hacen posible que una persona encaje en el equipo que ya se ha establecido.

La elaboración de los perfiles de trabajo para las diferentes organizaciones del Sistema Sanitario se hace internamente, teniendo en cuenta las leyes laborales y de empleo, los derechos humanos, la orientación democrática y la igualdad de oportunidades.

Es obvio que se requieren personas altamente heterogéneas cuando hablamos de puestos de trabajo. Precisamente, dentro de una especialización tanto a nivel horizontal como vertical existen diferentes puestos mediante los cuales se ejercen unos roles y tareas concretas.

El reclutamiento, en palabras de Werther (2000)⁶⁴, es el proceso de identificar e interesar a candidatos capacitados para llenar las vacantes. Se inicia con la búsqueda y termina cuando se reciben las solicitudes de empleo, obteniéndose así un conjunto de solicitantes, del cual saldrán posteriormente los nuevos empleados. Este proceso debe iniciarse una vez que se ha definido el perfil de la persona conforme al puesto de trabajo solicitado”.

Formación

El concepto de *formación* proviene de la palabra latina *formatio*. Se define como la acción y efecto de formar o formarse, es decir, dar forma a algo o, dicho de dos o más personas o cosas, componer el todo del cual son partes.⁶⁵

De la evaluación se derivan decisiones con respecto a la formación de los empleados y al diseño de sus planes de desarrollo profesional. En este sentido, cabe hablar de una evaluación del potencial, la cual permitiría valorar

⁶⁴ Werther, William B.Jr. (2000), “Administración de personal y recursos humanos”, 5ta. Edición. Editorial Mc Graw-Hill.

⁶⁵ Real Academia Española; Diccionario de la Lengua Española, vigésima segunda edición.

las posibilidades que los empleados tienen de promocionar dentro de la organización o de asumir nuevas funciones⁶⁶.

El objetivo de la formación profesional es aumentar y adecuar el conocimiento y las habilidades de los trabajadores a lo largo de toda su vida profesional. Sin embargo, no toda “formación” es buena por sí misma, sino que es en la medida que se satisfaga unas necesidades determinadas y genere cambios positivos en la capacitación del médico y así mejorar paulatinamente su competencia profesional.

En el caso sanitario, existen tres tipos de formación:

- La formación profesional específica o inicial: está destinada a los estudiantes de Medicina que deciden iniciarse y emprender camino en el mundo laboral.
- La formación profesional de especialización: es aquella que viene orientada para los Médicos que quieren obtener conocimientos específicos de una disciplina médica concreta.
- La formación profesional continúa: está destinada a los trabajadores en activo que quieren adquirir mayores competencias y que intentan una actualización permanente de sus capacidades, lo que supone un aumento de su empleabilidad.⁶⁷ Es en esta etapa, una vez transcurridos cinco años, donde la formación, aprendizaje, esfuerzo y trabajo bien hecho se van a incentivar a hacer que repercuta en el estatus social, económico y profesional a través de los programas de desarrollo profesional de los trabajadores.

⁶⁶ Gil Flores, J. (2007), “La evaluación de las competencias laborales”, Facultad de Educación UNED. Educación XXI.

⁶⁷ Rentería-Pérez, Erico e Malvezzii ,(2008): “Sigmar. Empleabilidad, cambios y exigencias psicosociales en el trabajo”. Univ. Psychol., ago. 2008, vol.7, no.2, p.319-334.

Métodos de Evaluación

Introducción

Según Bañón y Martínez⁶⁸, la evaluación es el ejercicio de la responsabilidad democrática de los poderes públicos frente a la sociedad y a los ciudadanos usuarios directos del servicio.

En su manual, ambos definen la evaluación como:

- Un instrumento que permite diagnosticar los déficits competenciales y, por lo tanto, una herramienta útil para modificar o mejorar la formación previa y posterior, para la selección, la certificación y *recertificación* a los profesionales sanitarios y para establecer cualquier sistema eficiente y equitativo de incentivación y promoción (carrera) que se desee diseñar para los trabajadores.
- Es un instrumento para medir el progreso del profesional.
- Para evaluar a el nivel de formación de los médicos es preciso tener en cuenta varios aspectos que se han venido utilizando con anterioridad: en primer lugar factores internos, como competencias, motivación, habilidades, actitudes (saber, saber hacer, querer hacer, etc.) y también, aspectos y circunstancias del entorno o factores externos, los cuales actúan sobre los médicos, sobre las organizaciones sanitarias y, por ende, sobre la sociedad.

Ambos tipos de factores se desglosan y describen a continuación:

- Factores internos (del propio profesional médico):
 - Conocimientos.
 - Habilidades y destrezas.
 - Experiencia.
 - Capacidad.
 - Actitud.
 - Comportamiento.

⁶⁸ Bañón y Martínez, R. (2003), "La evaluación de la acción y de las políticas públicas", Ediciones Díaz de Santos, Madrid.

- Práctica y desempeño.
- Utilización de medios y recursos.
- Personalidad.
- Evaluación psicológica.
- Motivaciones:
 - Intrínsecas
 - Extrínsecas
- Factores externos (los que vienen marcados por el entorno):
 - Político-legales.
 - Socio-culturales.
 - Económicos.
 - Tecnológicos.

El término “evaluación de la competencia”, por su parte, se refiere a la aplicación de las diversas metodologías existentes, solas o combinadas, que permiten valorar conocimientos, y/o habilidades y/o actitudes, e inferir de los resultados obtenidos el grado o dintel de la competencia del profesional.

No hay un único procedimiento de evaluación universal para valorar todas y cada una de las competencias de un especialista médico. Por este motivo es preciso combinar diferentes instrumentos de medida para poder emitir una valoración global y unitaria de su competencia.

Por otro lado, la puesta en práctica de algunos métodos se hace inviable o prácticamente imposible bien por la existencia de limitaciones técnicas, económicas, de recursos humanos, bien por el insuficiente grado de acuerdo, en sentido objetivo y científico, al que se llega a la hora de definir que es verdaderamente un profesional de calidad.

Todos los métodos de evaluación se deben basar en tareas reales de los profesionales para asegurar unos buenos y fiables resultados.

La evaluación de competencias varía según cual sea su fin o propósito:

1. Formar parte integrante del proceso educativo.
2. Certificar la competencia (evaluación sumativa).
3. Proporcionar retroacción (evaluación formativa).
4. Evaluar los programas de formación.
5. Confirmar los valores y los estándares de la profesión.
6. Mostrar responsabilidad e imputabilidad frente a la sociedad.
7. Servir de fundamento de los incrementos salariales.
8. Aportar información para la promoción profesional, subiendo en el escalafón.
9. Avanzar en el desarrollo profesional del sanitario.
10. Resolver situaciones especiales (concesión de becas, premios, etc.).
11. Formar parte de la evaluación de un centro sanitario.
12. Medir o mejorar la calidad de las organizaciones sanitarias.

Los cuatro primeros fines o propósitos conciernen muy particularmente a las instituciones de formación profesional, colegios o universidades. No hay duda de que es necesario saber cómo y hasta dónde han llegado los estudiantes al final de un proceso de formación, por lo tanto, hay que evaluarlos.

Los dos siguientes conciernen a los colegios médicos que se encargan del control de la calidad del ejercicio profesional. Efectivamente, estos colegios deben certificar que los profesionales están en condiciones de ejercer la profesión de manera autónoma, segura y de acuerdo con unos criterios establecidos con anterioridad.

En relación al séptimo punto, Gil Flores⁶⁹ afirma que de la evaluación de competencias se derivan reconocimientos en el plano salarial. Aunque en este aspecto las organizaciones pueden ser algo más reticentes, la adopción de un sistema de remuneración basado en competencias supondría respaldar con seriedad la opción de la organización de definir un sistema de competencias y

⁶⁹ Gil Flores, J. (2007), "La evaluación de las competencias laborales", Facultad de Educación UNED. Educación XXI.

procurar el desarrollo de las mismas en su personal.

Tradicionalmente se le retribuye al personal por el puesto de trabajo que ocupa y en función de aspectos como la antigüedad. Sin embargo, actualmente la gestión por competencias ha introducido un nuevo concepto en este proceso, el cual se basa en la idea de remunerar a los trabajadores en función de las competencias y habilidades que tengan y que, a la vez, contribuyan al logro de los objetivos organizacionales.⁷⁰ Esta diferencia entre la compensación tradicional y aquellas por competencias se puede apreciar en el siguiente cuadro:

Modelo clásico	Nuevo modelo
<ul style="list-style-type: none">• Rigidez• Retribución por estatus y permanencia• Incrementos salariales garantizados• Crecimiento vegetativo de la masa salarial• Evaluación subjetiva de la actuación individual	<ul style="list-style-type: none">• Flexibilidad• Retribución por mérito/desempeño• Incrementos salariales personalizados• Establecimiento de la masa salarial en función de la rentabilidad de la empresa• Desarrollo de sistemas de evaluación participativos

Tabla 5: Diferencias entre compensaciones tradicionales y compensaciones actuales

La compensación por competencias cada vez es más tomada en cuenta debido a los siguientes factores:

⁷⁰ www.rhh-web.com "Gestión integrada de recursos humanos basado en competencias"

- La tendencia hacia unas organizaciones más “planas” y con menos niveles jerárquicos que fomenten la iniciativa y la capacidad individual.
- El papel que desempeñan las competencias para posibilitar e impulsar el cambio en la organización.
- La creciente importancia de utilizar convenientemente los conocimientos de que disponen todos los trabajadores para lograr el éxito presente y futuro de las organizaciones.

Para que la organización pueda implementar este proceso de cambio, es imprescindible que elabore un programa de incentivos y recompensas premiando el nivel de competencias que el trabajador posee.

Respecto a los dos siguientes puntos relativos a la promoción y al desarrollo profesional, la evaluación de competencias también se refiere al desempeño en el puesto de trabajo. Muchas veces los trabajadores sienten que no se corresponde su trabajo con las posibilidades de ascenso y promoción, por lo que dicha evaluación puede servir como base para tal fin dado que a través de unos indicadores se podrá satisfacer las expectativas profesionales individuales. El desarrollo profesional debe apoyarse en esfuerzos individuales y colectivos. Los líderes de las organizaciones deben animar a sus profesionales para conseguir las expectativas con facilidad, ya que las repercusiones pueden ser muy positivas tanto para el individuo como para la organización, puesto que por un lado impiden que las actuaciones laborales de los profesionales se disgreguen y por otro guían a dichos profesionales en la consecución de los objetivos de la empresa u organización. La evaluación de competencias se debe convertir en el motor preciso que contribuye a alcanzar el grado de desarrollo y crecimiento de sus profesionales.

En el décimo punto referente a casos especiales, como la concesión de becas o premios, el resultado de la evaluación de competencias puede contribuir como mérito en situaciones puntuales en la vida de la persona.

El penúltimo punto se centra en la evaluación de un centro sanitario. Al

respecto Martínez del Olmo⁷¹ afirma que el funcionamiento, la eficacia y la calidad de los servicios sanitarios son objeto de debate de forma casi permanente, porque la percepción de los ciudadanos sobre los servicios públicos que reciben está en estrecha relación con los mecanismos de legitimación del sistema político, en los que los valores de la sociedad se encuentran representados. En el caso de los servicios sanitarios, y atendiendo al propio carácter multidimensional del concepto de salud, se sitúa a la persona como núcleo de toda atención sanitaria. En este sentido, la opinión del usuario sobre la atención recibida o servicio ofertado se debe colocar al mismo nivel que la opinión de los profesionales al valorar la cantidad del servicio, adaptando la oferta a sus necesidades.

Finalmente, el último punto muestra que la evaluación de la calidad de un servicio, institución o programa compara la realidad observada con criterios o estándares previamente definidos que permiten emitir un juicio sobre el nivel de calidad, identificar problemas y proponer acciones para su corrección.

⁷¹ Martínez del Olmo, T. (2003), "La evaluación de la calidad. Una perspectiva de los usuarios" en Bañón y Martínez, *La evaluación de la Acción y de las políticas públicas*, Madrid.

Procedimientos de medida como medio para elaborar un sistema de competencias

La cualidad de la investigación depende, por un lado, del esquema de investigación y, por otro, del resultado de los procedimientos de medios empleados.⁷²

Los procedimientos de medida de competencias deben coadyuvar a:

- Explicitar el modelo “excelente” o ideal que se pretende.
- Relacionar la medición del docente con la del centro sanitario en conjunto u organización.
- Proporcionar una autoevaluación que favorezca el progreso, el desarrollo y el crecimiento profesional y personal, de manera constructiva y no punitiva.
- Gestionar la evaluación como instrumento de acción hacia la mejora.
- Integrar la evaluación en el conjunto de la vida profesional, sin aislar la competencia profesional de otros elementos que reflejen y midan con precisión un buen nivel de desempeño profesional.

Los sistemas de medición de competencias profesionales hacen referencia, preferentemente, a los procesos valorativos ligados a la selección de personal o certificación de sus competencias. Sin embargo, poco a poco se va extendiendo y ampliando la importancia del concepto de valoración de competencia profesional como medio para el desarrollo y crecimiento tanto profesional como personal. Si bien el enfoque inicial de la evaluación, destinada a verificar que el profesional facultativo sanitario ha alcanzado o no unos estándares o criterios mínimos, tuvo un carácter eminentemente sumativo, en la actualidad este inicial enfoque se complementa con una perspectiva en la que el objetivo primordial es ayudar constructivamente al sanitario, mejorando sus competencias profesionales y detectando sus limitaciones o carencias, perspectiva que coincide con una evaluación formativa para el desarrollo profesional.

⁷² Selltiz, C; Jahora, M; Deutsh, M; Cook, S.W (1965): “Métodos de investigación en las relaciones sociales” Ediciones Rialp S.A. Madrid.

Problemas de los sistemas de evaluación

Atendiendo al manual de Mateo (2000)⁷³, se detectan varios problemas presentes en los sistemas de evaluación:

- Problemas conceptuales: Existe una cierta dificultad a la hora de definir los criterios de calidad de las CP.
- Problemas técnico-metodológicos: Son aquellos relativos a las limitaciones de los instrumentos de medida para la obtención de información válida y fiable.
- Problemas de gestión política de la evaluación: Muestran las limitaciones de los sistemas por las situaciones políticas o normativo-legales, como es el caso sanitario.
- Problemas culturales: Es preciso consolidar una cultura organizacional de evaluación hacia la mejora continua.

Tipos de evaluación

Existen dos niveles o tipos de evaluación, como son la formativa y la sumativa, las cuales se definen a continuación:

La evaluación formativa pretende determinar el grado de avance de un estudiante en sus objetivos de aprendizaje, con el propósito de subsanar los déficits que se detecten en ese momento. Por el contrario, no tiene como objetivo calificar para aprobar o reprobar, por lo tanto, no es coercitiva.

La evaluación sumativa, que es sancionadora o acreditativa, tiene como objetivo determinar si el estudiante ha adquirido cierto cuerpo de conocimientos o competencias. Dicha evaluación va asociada a una nota o calificación que le entrega o no el derecho a pasar al siguiente ciclo.

Lo que hace que una evaluación sea sumativa o formativa o que tenga estas dos funciones no es el tipo de instrumento que utiliza, sino el propósito con el que lo utiliza; por ejemplo, el examen que se basa en preguntas de

⁷³ Mateo, J. (2000), "La evaluación educativa, su práctica y otras metáforas", Barcelona: ICE Universidad de Barcelona.

respuesta múltiple se asocia tradicionalmente a una evaluación sumativa, que mide conocimientos mediante una nota, pero también se puede utilizar en un objetivo formativo si se permite a los alumnos corregir el examen en clase para ver los errores que tuvieron y en qué fallaron.

La competencia es un compendio de conocimientos, habilidades, actitudes y buen juicio asociados a una profesión con la finalidad de desarrollarla de forma eficaz en aquellas situaciones que corresponden al campo de su práctica. La competencia pertenece, pues, al área del saber hacer⁷⁴. En la Ilustración 4 se muestra la pirámide de Miller, que establece cuatro niveles de aprendizaje con sus respectivos niveles de evaluación de competencias. En el nivel básico, el conocer, se aplica la evaluación de los conocimientos, es decir, la capacidad para recordar cosas. En el segundo nivel, el cómo conocer, se evalúa la capacidad para entender cómo ocurren los fenómenos, es decir, para buscar información, analizarla e interpretar resultados. En el siguiente nivel, el de cómo mostrar, se valora la ejecución de lo que se ha aprendido, es decir, implica una acción, pero en una práctica *in vitro* y no en condiciones de práctica real. Finalmente, en el cuarto nivel, que se representa en el vértice de la pirámide, está el hacer, donde se evalúa la práctica real, en vivo.

Cada elemento de la pirámide de Miller se asocia a una serie de instrumentos de medición. En la base están las pruebas de conocimientos, en especial las preguntas de respuestas múltiples; en el segundo nivel se aplican pruebas en un contexto clínico, por tanto para responderlas se requiere razonar y no solamente recordar información; en el tercer nivel se mide mediante simulaciones y en el cuarto y último se aplican múltiples instrumentos, como portafolios, vídeos, etc. Cabe señalar que los procedimientos de medida modernos se introdujeron en España en la década de los 60, con los exámenes tipo test, mientras que las pruebas basadas en simulaciones para mediciones objetivas estructuradas, surgidas a mediados de los años 70 en el Reino Unido, sólo se empiezan a generalizar en nuestro país casi veinte años después, es

⁷⁴ Miller, G.E. (1990): "The assessment of clinical skills/competence/performance", *Acad Med*, 65, Suppl 63-7.

decir, en los años 90. La época actual se caracteriza por el surgimiento de un nuevo paradigma, proveniente de la literatura y de la experiencia anglosajona, que se enfoca en la evaluación de la práctica real, de acuerdo, por otra parte con el nuevo paradigma pedagógico de la “pedagogía auténtica”⁷⁵.



Ilustración 7: Pirámide de Miller

⁷⁵ Durante, E. (2007), "La evaluación de la competencia profesional (certificación): de lo abstracto a lo contextual", Editorial Evidencia en la práctica ambulatoria, vol 8:2, 34-36.

Algo básico es saber *qué* se quiere medir para ello hay que formular adecuadamente la cuestión a investigar. Luego tomar la decisión de cómo va a ser medido, es decir, establecer procedimientos de medida.

Un procedimiento de medida es una técnica de recogida de datos más una serie de normas para la utilización de estos datos, con el fin de obtener evidencias comprobadas que sean significativas para las preguntas de investigación.⁷⁶

Los datos necesarios pueden ser recogidos de diversas formas:

- c) Por observación de conducta
- d) Por cuestionarios o entrevistas
- e) Por técnicas proyectivas
- f) Por el examen de informes existentes.

Las técnicas de recogidas de datos y las normas descritas, para ser útiles deben:

- Ofrecer información significativa
- Facilitar información libre de errores sistemáticos, es decir, producir información válida.
- Ser seguros, es decir, aportar medidas independientes pero comparables del mismo objeto.
- Proporcionar resultados análogos.
- Ser capaces de hacer distinciones lo suficientemente finas para el propósito que sirven.
- Determinar cuanta gente difiere en una determinada característica.
- Adecuarse en términos del atributo por el que la persona u objeto serán descritos, es decir, el investigador tendrá previsión para asegurarse de sí la medida es o no significativa para lo que queremos medir.

⁷⁶ Selltiz,C; Jahoda,M; Deutsh,M; Cook, S.W (1965) "Métodos de Investigación en las relaciones sociales". Ediciones Rialp S.A. Madrid.

Las preguntas a realizar a cualquier instrumento de medida son del tipo:

- ¿Qué es lo que se mide?
- ¿Son relevantes los datos que proporciona?
- ¿Representan las diferencias aspectos diferenciales en las características?

Las características que deben mostrar los instrumentos de medición son las que se especifican a continuación:

- Validez según Sellitz (1956) debe definirse como el grado en qué las diferencias entre individuos, grupos o situaciones en la característica que se pretende medir o diferencias ciertas en el mismo individuo, grupo o situación de una ocasión a otra, mas que los errores constantes o de azar. La validez de un instrumento se mide por el grado en que sus resultados son compatibles con otras evidencias significativas. Concurren dos tipos de validez:
 - Validez pragmática (predicción del comportamiento). El interés se centra en la utilidad del instrumento de medida. (¿Es útil este instrumento de medida?). Esta validez se subdivide en:
 - Validez concurrente que ayuda al investigador a distinguir a los individuos de distinto status.
 - Validez predictiva que ayuda al investigador a distinguir a los individuos que diferirán en el futuro.
 - Validez constructiva (conocer el grado en que el individuo posee una característica)

Los ensayos pragmáticos y de conceptos no son excluyentes, en la evaluación de competencias, nos preguntamos por un lado si son útiles los instrumentos de medida empleados para medir las competencias del médico y por otro saber que características posee un facultativo competente.

- Fiabilidad: Consiste en la determinación de en qué medida la variación de puntuaciones entre individuos es debida a inconsistencias en la medida. Cuando se obtienen medidas comparables pero independientes de una misma cosa,

proporcionarán los mismos resultados en el grado en que las medidas se hallan libres de errores variables o por azar. Selltiz (1956).

Si un instrumento es válido existen escasos motivos para investigar su fiabilidad, es decir, el grado en que esté influido por factores transitorios.

Lo ideal para determinar concretamente la fiabilidad de la medida sería hacer muchas mediciones idénticas de los mismos individuos, bajo las mismas condiciones, para estimar los errores aleatorios de medida. Pero esto también conlleva riesgos, dado que pueden provocar un ambiente de hastío que afecte asimismo a las características que se quieren medir.

Para estimar las variaciones en la medida se emplea:

- Estabilidad, coeficientes de estabilidad o consistencia en las medidas: Atienden a las fluctuaciones de las características que se trate de medir o en el cambio personal pasajero o bien en factores ambientales. Es decir, indican el grado en que la medida refleja las diferencias en características relativamente persistentes entre individuos y que afectan a la medida.
- Equivalencia se trata de conocer en qué grado los diferentes investigadores utilizando el instrumento para medir a los distintos individuos al mismo tiempo o distintos instrumentos aplicados a los mismos individuos al mismo tiempo llegan a resultados consistentes. Este último caso se ajusta al análisis de las competencias de facultativos de este estudio.

Dicho de otra manera, el coeficiente de equivalencia indica el grado en que concuerdan las medidas de los mismos individuos al mismo tiempo. Las mediciones pueden ser realizadas por distintos observadores utilizando el mismo instrumento o por distintos instrumentos que traten de medir la misma característica.

- Aceptación y transparencia, es decir, que las reglas del juego estén bien definidas, para que los estudiantes y las personas que estén en

proceso formativo sepan realmente que van a ser evaluados y qué trascendencia va a tener esa evaluación.

- Factibilidad, esto es, saber cuánto cuesta y qué recursos se van a necesitar para poner en marcha un determinado sistema de evaluación. Se puede tener un sistema de alta tecnología, pero no será suficiente por sí solo, ya que habrá que ver con qué facilidad se puede aplicar para conseguir los máximos objetivos. La factibilidad es un elemento fundamental a la hora de hacer un análisis y determinar qué instrumentos se van a utilizar para evaluar a un determinado tipo de estudiante correspondiente a un determinado perfil.
- Impacto educativo: Este elemento no se puede dejar de tener en cuenta. Todo proceso, todo sistema de evaluación tiene implicaciones o repercusiones sobre la persona que se está formando y sobre cómo se forma, es decir, sobre su formación.

La sencillez, la concreción y un alto grado de determinación son circunstancias deseables en los instrumentos de medida.

Un ejemplo de instrumento de medición es el examen MIR, que se utiliza en España como requisito imprescindible de ingreso en una especialidad médica y que consiste en un test de 250 preguntas de respuesta múltiple, en el que se miden fundamentalmente los dos primeros niveles de la pirámide de Miller, es decir, el conocimiento y el conocer cómo. En este contexto es conveniente e importante recordar lo que Miller señalaba en el sentido de que “los sistemas de medición de alguna manera condicionan el sistema de aprendizaje”; por lo tanto ningún sistema de medición es inocuo o neutro.

La medida siempre tiene lugar en una situación más o menos compleja donde innumerables factores pueden afectar a las características objeto de medición y al proceso de medida.

Pueden existir variaciones entre las puntuaciones individuales de la muestra y el instrumento o instrumentos de medida administrados, procedentes

de distintos factores:

1. Verdaderas diferencias en la característica que se intenta medir: diferencias entre las competencias a adquirir.
2. Verdaderas diferencias en otras características relativamente estables del individuo que afectan su puntuación: inteligencia, educación, información, status social, personalidad,.... que pueden contaminar los resultados.
3. Diferencias debidas a factores personales transitorios: fatiga, salud, ajuste mental, grado de distracción,....que pueden variar incluso en un corto espacio de tiempo.
4. Diferencias debidas a factores de "situación"
5. Diferencias debidas a variaciones en la administración: variar las preguntas de la entrevista, cambiar la forma de la pregunta, alterar el orden, omitir preguntas, fatiga del entrevistador, observador cansado,....
6. Diferencias debidas al método de muestreo de los ítems.
7. Diferencias debidas a la falta de claridad del instrumento de medida: si se da el caso de que los sujetos interpretan de modo distinto las preguntas del instrumento de medida, las variaciones en sus respuestas pueden reflejar estas diferencias en interpretación más que las diferencias verdaderas en las características que se intenta medir.
8. Diferencias debidas a factores mecánicos: rotura de lápices, bolígrafos, respuestas colocadas en casilleros distintos, instrucciones poco legibles, falta de espacio para anotar las respuestas,.... desde la forma de presentación del cuestionario al tipo de letra o errores de imprenta.
9. Diferencias debidas a factores en el análisis: errores en los

procesos de puntuación, tabulación, análisis, estadísticas,.....

Estos errores descritos se clasifican por lo distintos autores en dos grandes grupos:

- Errores constantes (sistemáticos o de sesgo): es el introducido en la medida por algún factor que sistemáticamente afecta a la característica objeto de medida o al propio proceso de medida.
- Errores de azar (o variable) es debido a aquellos aspectos pasajeros de la persona, de la situación de medida, del procedimiento de medida, etc. Un error de azar se muestra en la falta de consistencia de mediciones repetidas o equivalentes de la misma persona, objeto, suceso o del mismo grupo de personas, objetos o sucesos.

Aspectos a tener en cuenta en las evaluaciones

Cuando se plantea una evaluación se deben tener claros los siguientes aspectos:

- ¿A quiénes se va a evaluar?: Es importante conocer a las personas que van a ser examinadas.
- ¿Para qué se les va a evaluar?, es decir, saber los objetivos y las metas que pretenden alcanzar (posgrado, especialización, etc.)
- ¿Cómo se les va a evaluar? ¿Qué métodos y qué instrumentos?: Es imprescindible que todos sepan los procedimientos de medición, bien exámenes de respuesta múltiple, bien pruebas orales, etc.
- ¿Con qué criterios de medida se utilizarán?: Puede ser con nivel de excelencia o nivel de mínimos, y todos estos son elementos importantes a tener en cuenta.
- ¿Quién evalúa?: Es necesario conocer si la evaluación va a ser externa o interna.

Métodos e instrumentos para estimar conocimientos (saber)

Existen muchas alternativas para medir los conocimientos de los individuos. A continuación se describen no sólo las de uso más frecuente sino también las que permiten mejor medir la competencia.

- Preguntas escritas

Las pruebas escritas se caracterizan por su objetividad y homogeneidad de su contenido para todos los aspirantes. Con este método se muestran equilibradamente los contenidos a explorar.

- Preguntas de elección múltiple

Especialmente las preguntas de elección múltiple han sido siempre las más empleadas porque la información que proporcionan es suficientemente válida y fiable existiendo normas claras para su elaboración y tratamiento. Estas preguntas pueden aparecer en los siguientes procedimientos:

- Exámenes de desarrollo.
- Exámenes mixtos de preguntas cortas y alguna pregunta de desarrollo.
- Pruebas de elegir respuesta entre verdadero o falso.
- Trabajos de investigación sobre un tema concreto de la especialidad.
- Simulación escrita de un caso clínico.
- Monografías.

- Pruebas orales

Se distinguen varios tipos de pruebas orales, entre las que destacan:

- De base no estructurada: Cuando el alumno, dado el título del tema, lo desarrolla en su totalidad. Éstas se dividen en dos clases:

- Formales: Son las que se basan en la calificación regular de una competencia.
- Informales: Son aquéllas que buscan respuestas accidentales, de aplicación individual y calificación subjetiva; además toman menos preparaciones y estructuración, y se limitan al número de contenidos explorados. Estas pruebas benefician a las personas que tienen facilidad de expresión oral.

- De base estructurada: Son elaboradas totalmente por el docente, con una programación clara, en la que la respuesta del sujeto no se preste a interpretaciones subjetivas. Posee una escala de medición predeterminada. Se usa sobre todo cuando es muy elevado el número de alumnos, y se necesita un instrumento exacto de medición. Dichas pruebas buscan respuestas orales a reactivos específicos.

- Preguntas abiertas: Estas preguntas requieren la elaboración de la propia respuesta por parte del examinado a la pregunta formulada. Pertenecen a este tipo las preguntas de completar frases, las que exigen respuestas cortas elaboradas y expresan y justifican la opinión respecto a un enunciado, entre otras.

- Exposición de un caso clínico concreto.

- Desarrollo de un tema específico de la especialidad.

Métodos para medir el grado en que se poseen habilidades, destrezas (saber hacer)

En la actualidad se reconocen varios métodos para evaluar las habilidades y destrezas de los profesionales, entre los que destacan:

- Exámenes orales.
- Pruebas escritas tanto cortas como largas.
- Simulación escrita de un caso clínico.
- Simulaciones por ordenador.
- Mediciones por agentes externos –Boards-. Éste es un método muy popular en países como EE.UU y Canadá.
- Enfermos simulados “estandarizados”.

Se dice de los pacientes que son estandarizados porque previamente han sido entrenados, por lo que se comportan, responden y evalúan de una manera uniforme con todos los evaluados.

El paciente simulado estandarizado constituye uno de los instrumentos educativos y evaluativos más importantes para garantizar que se dispone de las competencias clínicas necesarias en el encuentro médico-paciente. Los pacientes simulados son individuos especialmente utilizados para ejecutar dos funciones: la primera consiste en representar una situación clínica determinada de acuerdo con una patología previamente establecida y la segunda en evaluar la capacidad del profesional tanto en la obtención de una anamnesis adecuada como en la exploración física y en la comunicación con el paciente.

A pesar de la utilidad de este método, es imprescindible su combinación con otros instrumentos que nos permitan evaluar otras competencias clínicas, para asegurarnos unos buenos resultados.

- ECOE (Evaluación Clínica Objetiva Estructurada), también conocida como OSCE (Objective Structured Clinical Examination)⁷⁷⁻⁷⁸:

⁷⁷ Martínez Carretero, J. M, (2005): “Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetiva estructurada (Ecoe)”, Educ. méd. [online]. 2005, vol.8, suppl.2, pp. 18-22, ISSN 1575-1813.

⁷⁸ Examen profesional con el examen clínico objetivo estructurado. Revista de la Educación Superior Vol. XXXIV (4), No. 136, Octubre-Diciembre de 2005, pp. 7-17, ISSN: 0185-2760, México, Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior.

La ECOE es un tipo de evaluación de las actitudes y habilidades de las competencias de un profesional sanitario.

Se puede definir como la asimilación entre las idoneidades que el sujeto desarrolla en su trabajo y los requerimientos para un adecuado desempeño del puesto que ocupa. En otras palabras, muestra la comparación entre la evaluación del desempeño y las competencias desarrolladas o puestas en práctica.

Es un formato de prueba en el que se pueden incluir diferentes alternativas de evaluación. El método consiste en elaborar una serie de situaciones clínicas simuladas. El formato básico que se utiliza consiste en que los candidatos roten por un circuito de estaciones secuenciales en el que se les solicita que realicen una variedad de diferentes habilidades. En muchas de estas estaciones se utilizan pacientes simulados estandarizados, casos por ordenador, maniqués, pruebas complementarias (ECG, RX, analítica, etc.), preguntas de respuesta múltiple o corta relacionadas con los casos, entre otras.

Para que la ECOE sea válida y fiable debe reunir, de acuerdo con la literatura científica, una serie de condiciones o características que se muestran a continuación:

- La duración debe ser entre tres y cuatro horas.
- Debe tener ocho o más pacientes simulados.
- Cada estación debe durar diez minutos.
- Debe haber un máximo de treinta ítems de evaluación por caso.
- No puede haber más de veinte candidatos a evaluar en cada sesión.
- Se deben combinar, de acuerdo con las competencias a evaluar, varios instrumentos evaluativos.

En conclusión, la ECOE es como una simulación de la práctica profesional diaria de todos los individuos sanitarios.

Sin embargo, dadas las limitaciones que a veces presenta la ECOE según Rafael Solana⁷⁹, decano de la facultad de Córdoba, en un futuro este tipo de evaluación sólo podrá contribuir a mejorar la puntuación del examen MIR.

⁷⁹ Solana, Rafael, (2008): "Aplicación de un examen clínico objetivo estructurado (ECOE) para la evaluación de las habilidades y competencias clínicas en la Licenciatura de Medicina", en *Memoria de las acciones desarrolladas. Proyectos de mejora de la calidad docente*. Vicerrectorado de planificación y calidad. X convocatoria (2008-2009)

Métodos para medir el comportamiento (saber estar)

Los métodos más utilizados que sirven para medir el comportamiento son los que aparecen definidos y descritos a continuación:

- **Técnicas e instrumentos de observación:** La medición del comportamiento permite la observación en situaciones naturales. Esta técnica para que sea realmente eficaz necesita un determinado instrumento de observación y que el observador esté capacitado para que la información que aporte esté carente de sesgos.
- **El “Assessment Center”,** es decir, el Centro de Desarrollo y de Evaluación es un método de medición de personas. Este Centro incorpora varias técnicas que sirven para medir el comportamiento de las personas, como por ejemplo los test psicotécnicos, las entrevistas y las pruebas realizadas tanto en grupo como de manera individual. Su objetivo primordial consiste en prever de una manera muy fiable el comportamiento laboral del candidato. En la actualidad se usa para seleccionar, evaluar y promocionar personas dentro del marco de instituciones o de empresas.
- **Lista de Cotejo:** A los candidatos se les ofrece una lista de palabras, frases u oraciones que generan respuestas, las cuales permiten determinar la ausencia o presencia de sus habilidades y conductas.
- **Escala de apreciaciones:** Es la encargada de medir los distintos grados o magnitudes de un factor desde el punto de vista del observador (evolución subjetiva), como por ejemplo: comportamiento familiar, comportamiento en grupo, etc.
- **Registros anecdóticos:** Una anécdota es un relato breve de un hecho curioso que se hace como ilustración, ejemplo o entretenimiento. Estos registros anotan sólo lo visto y lo oído, y además, permiten evaluar el comportamiento social, la personalidad, las actitudes y otros rasgos de los candidatos.

- Interrogatorio verbal: Se utilizan cuestionarios, inventarios o entrevistas, que pueden ser escritas u orales. Dichos interrogatorios reflejan el área emocional y aportan conocimientos sobre las actitudes, preferencias e intereses de los profesionales.

Métodos para medir la práctica o el desempeño (hacer)

Este nivel de medición es el más importante y completo ya que nos proporciona información directa sobre lo que el profesional especialista realiza en su quehacer diario. No obstante, desde el punto de vista metodológico es el más complejo porque intervienen no sólo problemas técnicos (tanto de factibilidad como de fiabilidad) sino también otros factores que no están relacionados con lo que el profesional es capaz de hacer y que pueden ver alterada su práctica, como por ejemplo el tipo de organización en la que trabaja, los recursos disponibles, la competencia de otros profesionales que intervienen en la práctica que se pretende medir, masificación asistencial y motivación del propio profesional, entre otros.

Justificación de la utilización de métodos de medida de la calidad en las instituciones sanitarias

La justificación de la necesidad de someter a medición de los facultativos sanitarios y de la correspondiente utilización de instrumentos para su evaluación halla soporte en su importancia para:

- Tomar decisiones racionales y equitativas de promoción y remuneración.
- Marcar el camino del trabajo bien hecho y ponerlo a disposición de todos entre los distintos miembros de la comunidad trabajadora, mediante la colaboración y coordinación.
- Conocer el flujo positivo del desempeño del puesto laboral.
- Mejorar y descubrir áreas de progreso y eficacia.
- Revisar los planes profesionales del trabajador y sus potencialidades.
- Conocer profundamente la situación en la que se llevan a cabo los procesos asistenciales.
- Analizar sus funciones y medir los objetivos que se pretenden lograr.

- Realizar las modificaciones necesarias a lo largo de todo el proceso (tanto en las condiciones materiales como en las personales, especialmente las del facultativo, y funcionales) para alcanzar el perfeccionamiento previsto mediante los planes de desarrollo profesional.
- Conocer las condiciones en las que funcionan las diferentes instituciones sanitarias.
- Colaborar con los centros asistenciales en la planificación general.
- Contribuir a la mejora del funcionamiento de las instituciones sanitarias en los procesos generales, y de la actuación del facultativo en su especialidad.
- Homogeneizar y desarrollar programas sanitarios de interés general.
- Promover y facilitar intercambios de experiencias, innovaciones, proyectos, etc., entre diferentes centros y profesionales sanitarios.
- Promover el perfeccionamiento profesional.
- Impulsar la renovación permanente del sistema sanitario.
- Relacionar las actuaciones del profesional sanitario con las necesidades sociales y sanitarias de su entorno, las cuales cambian constantemente, y, ofrecer una asistencia cada vez más estricta y ajustada a las demandas del entorno.

Instrumentos que miden la competencia sanitaria

Los procedimientos de medida de la competencia sanitaria dan información bastante relevante de la práctica real del profesional como se observa en el siguiente recuadro, el cual aparece desglosado y analizado posteriormente:

ACREDITACIÓN DE ACTIVIDADES	
ACREDITACIÓN DE SESIONES CON PACIENTES	
ACREDITACIÓN DE TÉCNICAS	
ANÁLISIS DE DOCUMENTOS	
ASISTENCIA A COMISIONES Y SESIONES CLÍNICAS	
AUDITORIA DE REGISTROS	Auditoría de consentimiento informado
	Auditoría de Historias Clínicas
	Auditoría de informes de interconsulta
	Auditoría de actas de sesiones y presencia en comisiones
	Auditoría de informes de alta
	Auditoría de protocolos quirúrgicos
	Auditorías de documentos de información al paciente
	Auditoría de definición de procesos diagnósticos
	Auditoría de base de datos de pacientes
	Auditoría de reclamaciones
	Auditoría de Hojas de tratamiento
	Auditoría de planes de cuidados
Auditoría de procesos diagnósticos	
Auditoría de protocolos de actuación	
AUTOEVALUACIÓN	
COMPARACIÓN POR PARES	
DIARIOS DE APRENDIZAJE	
ECOE	
ENCUESTA 180 GRADOS	
ENCUESTA 360 GRADOS	
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO	
ESCALA DE EVALUACIÓN GLOBAL	
EXAMEN DE CONOCIMIENTOS	
INCIDENTES CRÍTICOS	
INDICADORES ASISTENCIALES INDIVIDUALES	
INDICADORES DE CITACIONES	
INFORME DEL JEFE DE SERVICIO	
INFORME DEL RESPONSABLE DE CITACIONES Y LISTA DE ESPERA	
INFORMES O INDICADORES DE CALIDAD	
MEMORIA ANUAL DEL SERVICIO	
MEMORIA AUDITADA	
MÉTODO DE EVALUACIÓN POR RESULTADOS	
MÉTODO DE FRASES DESCRIPTIVAS	
OBSERVACIÓN DE LA PRÁCTICA EN FORMA DIRECTA O A TRAVÉS DE GRABACIÓN DE VIDEOS Y DATOS ADMINISTRATIVOS RELEVANTES	
OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA	
OBSERVACIÓN POR PARES	
OPINIÓN DE OTROS MIEMBROS DEL EQUIPO	
PARES AUDITORES	
PLAN DE TRABAJO	
PORTAFOLIO	
REGISTRO CLÍNICO	
REGISTRO DE DESEMPEÑO	
REVISIÓN DE DECISIONES CLÍNICAS	
SISTEMAS DE APOYO A DECISIONES CLÍNICAS	
VALORACIÓN 360 GRADOS	

Tabla 6: Instrumentos de medición para la competencia sanitaria

- **Acreditación de Actividades (AcrAct):** se trata de desarrollar actividades de diferente índole, todas ellas relacionadas con la sanidad.
- **Acreditación de sesiones con pacientes (AcrSPac):** a partir de una sesión con un paciente de una duración determinada, el profesional revisa aspectos del diagnóstico, las características del caso, y también la eficacia y evidencias de las diferentes opciones del tratamiento, todo ello con una metodología participativa del profesional. Esta asistencia a sesiones con pacientes permite abordar los aspectos diagnosticados de manera global, intentando mejorar el grado de control en los pacientes.
- **Acreditación de Técnicas (AcrTec):** se trata de desarrollar actividades técnicas de análisis y diagnóstico óptimas relacionadas con la sanidad.
- **Análisis de documentos (AD):** el término análisis documental alude al conjunto de conocimientos relativos a los principios, métodos y técnicas que permiten examinar, distinguir y separar cada una de las partes de un documento, para determinar la categoría a la que pertenece, su estructura formal, propiedades y significado de sus contenidos temáticos. Es un método de conocimientos que facilita el estudio de los documentos ya sea en grupo o aisladamente. Los resultados del análisis de grupos de documentos se expresan en forma de categorías de documentos, es decir, en conceptos abstractos que definen sus propiedades comunes y sus relaciones más generales. Estas categorías son el resultado de una abstracción que generaliza los aspectos particulares o singulares de los documentos que produce y utiliza una comunidad.
- **Asistencia a Comisiones y Sesiones clínicas (Co):** los profesionales sanitarios deben estar en constante actualización de sus conocimientos. Una manera de ampliar esa perspectiva individual como elemento de calidad es la asistencia a diferentes comisiones y

sesiones profesionales que favorezcan la comunicación interpersonal. Por este motivo las administraciones deben facilitar la perspectiva comunitaria que satisfaga tanto al paciente como al propio sistema de salud. Son sesiones donde los miembros de un servicio sanitario pueden exponer todo aquello que despierte cierto interés sanitario con el fin de aprenderlo entre todos. Son sesiones de actualización científica, en las que a través de charlas, debates o informes se exponen temas de interés en el campo técnico de trabajo.

- Auditoría de registros: es tarea que corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, la realización de auditorías en los Centros y Unidades acreditados para la formación de especialistas, con el objetivo de conocer y evaluar el funcionamiento y la calidad del Sistema de formación.

La auditoría de registros es un procedimiento sencillo de utilizar, que está vigente dentro de la medicina de manera factible.

Para ganar en objetividad se pretende que la auditoría de registros tenga diferentes filtros de verificación utilizando pares de auditores formados y acreditados.

Los distintos registros que se proponen como posibles a auditar serían los que se enuncian a continuación:

- Auditoría de consentimiento informado (ACI).
- Auditoría de Historias Clínicas (AH): Dicha auditoría deberá ser común para cada centro y única para cada paciente. La historia clínica, en lo posible, se apoyará en medios electrónicos y a ser compartida entre centros y niveles asistenciales.
- Auditoría de informes de interconsulta (AI).
- Auditoría de actas de sesiones y presencia en comisiones (AS).
- Auditoría de Informes de Alta (AIA).

- Auditoría de protocolos Quirúrgicos (AQ).
 - Auditorías de documentos de información al paciente (AIPac).
 - Auditoría de definición de procesos diagnósticos (Adgco).
 - Auditoría de base de datos de pacientes (Bdatos).
 - Auditoría de reclamaciones (AR).
 - Auditoría de hojas de tratamiento (Adht).
 - Auditoría de planes de cuidados (Adpc).
 - Auditoría de procesos diagnósticos (Adpd).
 - Auditoría de protocolos de actuación (Adpa).
- Autoevaluación: se utiliza, como bien refleja su nombre, para medir competencias profesionales a través de cuestionarios o protocolos que ayuden al trabajador a reflexionar y a tomar conciencia sobre su desempeño en el puesto de trabajo: visión, fundamentos, herramientas, procesos y resultados alcanzados con el fin de mejorar la práctica sanitaria. La autoevaluación se puede definir como un proceso mediante el cual el funcionamiento y los logros del programa o la institución son estudiados por sus actores, a la luz de su misión, principios, objetivos, funciones de docencia, investigación y proyección social, con el fin de proponer juicios de valor acerca de sus fortalezas y debilidades, que conduzcan a plantear programas de perfeccionamiento y transformación en la práctica sanitaria⁸⁰.

Este procedimiento de medida proporciona un enfoque objetivo, riguroso y estructurado para el diagnóstico y la mejora continua. Es una herramienta que permite a la organización sanitaria llevar a cabo un examen global y sistemático, y también regular las actividades del especialista médico y sus resultados, definiendo en qué situación se encuentra e identificando las áreas de mejora a considerar en los planes de actuación.

⁸⁰ Gutiérrez Agudelo, M^a del Carmen (2001): "La autoevaluación dentro del proceso de acreditación del programa de enfermería de la Universidad de la Sabana", Revista Aquichan, ISSN 1657-5997, Año 1, n°1, Bogotá, Colombia, Octubre 2001.

Al ser el mismo facultativo sanitario el examinador activo de su propia práctica laboral, participa más directamente en la detección de las carencias encontradas en su ocupación cotidiana, y es receptivo para acoger planes de mejora sobre su práctica profesional. La autoevaluación dará información relevante siempre que el profesional realice las siguientes pautas:

- Reflexionar sobre la mejora en su tarea asistencial.
 - Entender la actividad asistencial como un entramado de variables en el que intervienen e influyen muchos factores.
 - Descubrir los instrumentos más interesantes para la práctica sanitaria.
- Comparación por pares: es un método que compara a los empleados en turnos de en dos, y se registra en aquél que se considera mejor en cuanto al desempeño. Cada hoja del formulario será ocupada por un factor de medición del desempeño. Se recomienda la aplicación de este procedimiento comparativo por pares, a pesar de ser un proceso muy simple y poco eficiente, únicamente cuando los examinadores no estén en condiciones de utilizar otros instrumentos.
 - Diarios de aprendizaje: se trata de una metodología que tiene como finalidad la reorganización de los conocimientos, la mejora de la capacidad de comprensión de los hechos desarrollados y sobre todo la mejora en la motivación. Dicho procedimiento está basado en aprender a aprender. Los diarios de aprendizaje:
 - Se centran en necesidades, realidades específicas y dificultades.
 - Dan prioridad a lo práctico sobre lo teórico.
 - Se basan en experiencias previas.
 - Implican y sirven como intercambio de información.

- ECOE⁸¹: es un formato de prueba en el que se pueden incluir diferentes métodos de medición. El formato básico consiste en que los candidatos roten por un circuito de estaciones secuenciales en el que se les solicita que realicen una variedad de diferentes habilidades. En muchas de estas estaciones se utilizan pacientes simulados estandarizados, casos por ordenador, maniquíes, pruebas complementarias (ECG, RX, analítica, etc.), preguntas de respuesta múltiple o corta relacionadas con los casos, entre otras.
- Encuesta 180 Grados: en ésta intervienen el jefe y los compañeros (E180). Una encuesta es un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa de la población o instituciones, con el fin de conocer estados de opinión o hechos específicos. Una encuesta que tiene en cuenta la opinión del superior y de los pares recibe el nombre de encuesta de 180°.
- Encuesta 360 Grados: dicha encuesta consiste en la recogida de información que aportan todos los niveles que confluyen en la organización alrededor del trabajador a evaluar (pares, usuarios, superiores). Normalmente se realiza a través de cuestionarios o entrevistas que aportan información sobre las competencias adecuadas para un perfil determinado. Es, por lo tanto, una herramienta de retroalimentación, basada en la recopilación de información de múltiples fuentes y perspectivas, que permiten medir a un profesional (en nuestro caso a facultativos sanitarios) desde el punto de vista del desempeño, competencias, habilidades y comportamientos específicos.

Con este mecanismo se ofrece a los profesionales facultativos sanitarios una perspectiva de su desempeño lo más objetiva posible, dado que aporta información desde todos los ángulos, evitando así la parcialidad y subjetividad de las mediciones de desempeño

⁸¹ Martínez Carretero, José María (2005), "Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetiva estructurada (ECO E)", Institut d'Estudis de la Salut (IES), Educ.méd.v.8 supl.2, Barcelona, septiembre 2005.

tradicionales. Este método “implica no sólo un cambio de proceso, de formatos y de reglas de juego, sino de mentalidad, de cultura y de unos paradigmas demasiado arraigados en las organizaciones”⁸², según Muñoz Echeverry.

Todo ello, se efectúa con el propósito de intentar mejorar los resultados del desempeño y la efectividad del servicio prestado por todos los profesionales médicos de la organización sanitaria.

Al ser un método de generalización bastante reciente, ha sido objeto de análisis e investigación por algunos autores, los cuales empiezan a reconocer el éxito de este instrumento.

Algunas recomendaciones para su aplicación, basadas en propuestas de Walter Tornow y otros investigadores del Center for Creative son las siguientes:

- Comenzar usando el análisis de 360 grados como una herramienta y estrategia para el desarrollo y el crecimiento, no con el fin de incrementar el temor natural de pasar a ser evaluado por instancias con las que no se está familiarizado.
- Empezar aplicando el modelo en un solo departamento o división.
- Unir el programa claramente a los objetivos de la compañía y clarificar por qué la organización lo aplica. En este caso lo que se pretende es emplearlo para realizar una medición de las competencias del profesional sanitario, es decir, con el fin de detectar tanto las deficiencias o carencias como las líneas que son preferibles mantener por ser efectivas.
- Hacer seguimiento de todas las personas involucradas en la evaluación. La retroalimentación obtenida con un análisis de 360° no debe terminar con un informe, sino con un plan de acción para mejorar en nuestro caso las instituciones sanitarias; de lo contrario se puede prestar a erróneas interpretaciones por parte de los empleados evaluados o analizados.

⁸² Muñoz Echeverry, César Augusto (2004): “Análisis del desempeño: Nuevas tendencias en la llamada evaluación de personal”, Pensamiento & Gestión, 16. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia, pp. 43-51, 2004.

- No intentar su desarrollo y aplicación en una atmósfera de desconfianza y temor. Si en la organización ha existido una cultura punitiva o castigadora, puede ser que el análisis de 360° no funcione bien. De hecho, para que la retroalimentación de 360 grados sea efectiva y útil debe existir una cultura organizacional en la que se valore positivamente el aprendizaje y el crecimiento personal.

Otras recomendaciones, en la misma línea de evaluación de Walter Tornow, para obtener el máximo provecho de este instrumento de desempeño, son las siguientes⁸³:

- Asegurarse de que los patrocinadores del modelo o programa dentro de la organización tienen claras las expectativas del proceso, y entienden las implicaciones de sus decisiones en el diseño del proceso.
- Usar grupos piloto y entrenar a quienes evalúan como a quienes son evaluados.
- Entrenar a los gerentes y jefes en general, esto es, a quienes usarán los datos, para la toma de decisiones, las cuales derivarán de los resultados del análisis del desempeño.
- Comunicar frecuente y minuciosamente los progresos de los empleados que participan en el programa.
- Involucrar a quienes evalúan y a quienes son evaluados en la retroalimentación y en los planes de acción.
- Implementar procesos de seguimiento para asegurar la conformidad y el compromiso de todos con el proceso.
- Suministrar recursos adecuados para dirigir, aconsejar y desarrollar habilidades.

La asesoría de consultores externos puede ser útil en varios puntos de estos procesos, ya que pueden alentar tanto al que evalúa como a

⁸³ Muñoz Echeverry, César Augusto (2004): "Análisis del desempeño: Nuevas tendencias en la llamada evaluación de personal". Pensamiento & gestión, 16. Universidad del Norte, 43-51, Mayo 2004.

los evaluados, para que la retroalimentación sea usada objetiva y apropiadamente.

El proceso de evaluación 360° presenta ventajas para los agentes implicados, las cuales se observan a continuación en el siguiente recuadro:

AGENTE	VENTAJA
EVALUADO	Ofrece información que le permite progresar, verificar y reflexionar acerca de su desempeño profesional.
RESPONSABLES O SUPERIORES DIRECTOS	Brinda la posibilidad de conocer las experiencias más importantes y áreas de mejora de su equipo de profesionales, ayudando a optimizar los procesos para alcanzar las metas organizacionales.
ORGANIZACIÓN	Identifica personal clave para la Organización.
	Mejora la comunicación interna de la Organización.
	Ayuda a identificar las insuficiencias de preparación y progreso de los profesionales con el propósito de reducir los problemas descubiertos.

Tabla 7: Agentes implicados en el proceso de evaluación 360°

- Encuestas de satisfacción y confianza del usuario: según Maceiras⁸⁴ la información deriva, en un centro sanitario, del análisis de las señales de alarma (casos aislados de quejas y reclamaciones, descontento generalizado de los usuarios, situación competitiva del hospital, pérdida indiscriminada de clientes, grado de actividad de la medicina privada en constante aumento...) y de los datos internos disponibles. Aunque es parte integrante del conocimiento de la calidad, no es suficiente y no permite conocer las situaciones que no activan dichas señales, las realidades que contradicen creencias

⁸⁴ Maceiras. L. (2002), "Encuesta de Satisfacción de Usuarios", Salud Pública Educ Salud. Vol. 2, n. 1, pp. 28-33.

axiomáticas o carentes de base, ni las posibilidades de mejorar la calidad que han pasado desapercibidas.

El sondeo del mercado es el método de información primaria más utilizado y que ofrece mejores resultados. Su objetivo es reflejar la realidad del modo más fidedigno posible, lo cual supone reducir al máximo las discrepancias entre los resultados del estudio y su objeto.

Esta actividad concreta y acopia información sobre diversos aspectos del mercado.

Las encuestas, como método de investigación, son el medio más empleado para conocer la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos. En algunos países, como Suecia, Inglaterra y EEUU están muy desarrolladas. Sus objetivos principales son conocer cómo valoran los clientes el sistema sanitario y establecer una retroalimentación informativa hacia el personal sanitario con el fin de que conozca la valoración de su actividad global.

La encuesta más utilizada en los hospitales es la de satisfacción tras la hospitalización, que fue introducida en España en la década de los ochenta. Con ella se intenta medir el grado de complacencia de los usuarios del hospital con los servicios recibidos y las deficiencias que han encontrado durante su permanencia en él. Dicha encuesta se complementa, en algunos hospitales, con las encuestas de consultas externas y del servicio de urgencias.

La información que se obtiene con estos sondeos está limitada por el método de la encuesta y por el propio contenido del cuestionario, el cual está más dirigido a detectar deficiencias respecto a algunas facetas de la atención prestada (información, aspectos hosteleros y trato personal) que a conocer necesidades de servicio antes, durante y después de prestarse. También se debe considerar que esta encuesta de satisfacción mide el parecer de los que han recibido asistencia, pero no representa la opinión general de la comunidad sobre el sistema sanitario.

- Escala de evaluación global: es un procedimiento que trata de considerar todos los elementos y procesos que están relacionados con aquello que es objeto de evaluación.
- Examen de conocimientos (Ex): es el método que valora los conocimientos adecuados del profesional. Se utiliza para comprobar el rendimiento y la competencia profesional. La finalidad es examinar las competencias cognitivas del profesional o averiguar los conocimientos mínimos que posee.
- Incidentes críticos⁸⁵: es un método de medición de desempeño simple. Se basa en el hecho de que en el comportamiento humano existen ciertas características extremas capaces de conducir a resultados positivos (éxito) o negativos (fracaso). Este procedimiento evaluador no se preocupa de las características situadas dentro del campo de la normalidad, sino únicamente de aquéllas que son muy positivas o muy negativas, es decir, de aquéllas que se sitúan en los extremos. Se trata de una técnica sistemática, mediante la cual el supervisor inmediato observa y registra los hechos excepcionalmente positivos y negativos con respecto al desempeño de sus subordinados. Mientras que los aspectos positivos deben realizarse y preferiblemente utilizarse, los negativos deben corregirse y eliminarse. Cada factor de medición se utiliza en términos de incidentes críticos o excepcionales.
- Indicadores asistenciales individuales: una gran parte importante de la información que se genera en las organizaciones es de carácter informal, esto es, circula por canales informales y nunca está recogida formalmente. Por este motivo, el hecho de establecer indicadores que estén basados en información válida, que hayan sido definidos con claridad y que representen áreas clínicas significativas, sería la solución a un sistema de evaluación adecuada al contexto. Sin embargo, muchas veces se toman éstos como instrumentos de

⁸⁵ Flanagan, J. (1954): "The critical incident technique", Psychological Bulletin, pp.327-58.

suplicio, viéndose como un fin y no como el medio para llegar a conseguir una mejora.

A la hora de definir los indicadores asistenciales individuales hay que tener en cuenta las características que deben poseer, como son:

- Fiables.
- Válidos.
- Objetivos.
- Definidos con exactitud.
- Medibles.
- Revisables.
- Concretos.

Tales indicadores individuales sirven para desempeñar las siguientes acciones:

- Saber lo que hacemos.
- Saber cuánto hacemos.
- Saber cómo lo hacemos.
- Estimar la actividad profesional de forma práctica.
- Comparar a distintos profesionales.
- Saber lo que se debería hacer.
- Gestionar con racionalidad.
- Valorar nuestra competencia.

Los indicadores individualizados se refieren a aspectos de eficiencia y excelencia en el desempeño, por ello deben permitir establecer comparaciones, han de estar siempre basados en la evidencia y adaptados al medio en el que se utilizan.

Algunos ejemplos de indicadores asistenciales para facultativos sanitarios son:

- Registro cronológico en una historia clínica legible y de calidad, con hojas de evolución, listado de problemas, pruebas diagnósticas, informes de interconsulta y altas hospitalarias.

- Tiempo de asistencia real: es el tiempo de asistencia en agenda.
- Tiempo de cita libre por el paciente en agenda.
- Tiempo por paciente real en una semana de medición, obtenido por alguien ajeno a la consulta.
- Valores de accesibilidad y disponibilidad.
- Existencia de sistemas de comunicación paciente-médico y médico-paciente, por ejemplo, horas de teléfono abierto.
- Demora de asistencia: es la demora máxima en el último mes desde que el paciente solicitó cita, sin calidad de urgencia, y se le atendió.
- Indicadores de frecuencia: son los que se centran en:
 - Frecuencia: número de consultas/Población cubierta.
 - Intensidad de uso: número de consultas/Población atendida.
- Población cubierta: es aquella que dispone de tarjeta sanitaria.
- Población atendida: es la población que ha acudido al menos una vez en el último año.
- Dispersión geográfica, es decir, número de núcleos de población.
- Registro de morbilidad: recoge la proporción de personas que enferman en un lugar durante un periodo de tiempo determinado en relación con la población total de ese lugar.
- Registro de mortalidad.
- Eficiencia en pruebas diagnósticas.
- Eficiencia en recursos terapéuticos.
- Cobertura de enfermedades crónicas, atendiendo a:
 - Cambios de usuario (no estructurales).
 - Visitas al paciente.
 - Pacientes visitados en el Hospital.
 - Valores de resolución.
- Indicadores de citaciones (INIT): ayudan a objetivar los servicios del sistema sanitario teniendo en cuenta el tipo de cita, la urgencia de éstas, el bloque horario en el que se realizan, las que son realizadas y las que todavía están pendientes, el tiempo medio de espera

mediante citación, el número de citas por tramos de espera de siete días, etc.

- Informe Jefe del servicio (IJS). Los jefes de servicio de las instituciones sanitarias son los responsables de los servicios médicos y están bajo la dependencia del Director Médico (RD 521/1987 Art. 25). A estos puestos pueden acceder todos aquellos facultativos con nombramiento de personal estatutario que posean plaza en propiedad. Para este nombramiento se tiene en cuenta el currículum del profesional y un proyecto técnico para ocupar dicho cargo; es por este motivo que el informe de esta persona con respecto a su servicio viene avalado tanto por la experiencia como por un conocimiento técnico y profesional. En las últimas jornadas de Verano de la profesión médica que tuvieron lugar en Puigcerdà (Gerona) en 2009, el Doctor Jordi Varela, gerente del Hospital de San Pablo de Barcelona, opina sobre el liderazgo clínico de las organizaciones sanitarias y sobre la importancia de la elección de los jefes de servicio abogando por unos procesos selectivos más rigurosos y firmes e introduciendo además del proyecto del candidato, la medición de sus habilidades directivas, dado que de ellos van a depender otros profesionales⁸⁶.
- Informe de responsable de citaciones y lista de espera (Icit): trata de dar una información exhaustiva sobre la agenda de citaciones y la organización de la lista de espera, respondiendo a demandas de los pacientes y a la dinámica de la propia institución sanitaria. Dicho informe consiste en procesos que implican una serie de análisis de las necesidades, síntesis de evidencia y redacción de recomendaciones.
- Informes o indicadores de calidad (IC): ayudan a objetivar la calidad sanitaria que recibe un usuario, por ejemplo: los tiempos de atención, el trato personalizado, etc. La calidad es un requisito necesario y

⁸⁶ Varela, J.(2008): "El éxito parte del acuerdo entre clínicos y gestores", Gaceta Médica, del 1 al 7 de diciembre de 2008, año VI, Nº 270, Ed. Contenidos e informaciones de salud S.L.

todos los usuarios la demandan como tal. Igualmente estos indicadores sirven para conocer cuál es la situación real del servicio prestado por parte del usuario, las áreas susceptibles de mejora de los profesionales y directivos de los sistemas de salud a nivel técnico y humano, haciendo posible la comparación de resultados entre diferentes instituciones sanitarias de igual nivel asistencial.⁸⁷

Se trata de analizar la situación real a través de indicadores que proporcionen información sobre la medida en la que el servicio se acerca a la situación deseable, si se llevan a cabo los cambios necesarios para alcanzar la calidad.

Antes de elaborar los indicadores se deben confeccionar previamente unos criterios de calidad, es decir, unas condiciones deseables, expresadas de forma cuantitativa (mediante porcentaje), que deben ser aceptados por los profesionales y estar basados en evidencias científicas.

Existen tres tipos de indicadores:

- Indicadores de tipo centinela: son aquellos que miden un proceso o resultado grave, indeseable y a menudo evitable.
- Indicadores basados en índice: son los que miden un suceso de la asistencia que requiere posterior valoración sólo si el índice de sucesos muestra una tendencia significativa en el tiempo, si excede umbrales predeterminados o si evidencia diferencias significativas al compararse con otros servicios y/o instituciones.
- Indicadores de tipo trazador: deben ser una categoría o condiciones diagnósticas típicas de una determinada especialidad médica o de una institución, que refleje de forma fiable la globalidad de la asistencia. Dichos indicadores muestran una patología de diagnóstico frecuente en la que las deficiencias en la asistencia pueden ser comunes y susceptibles de ser evitadas, y en las que se puede lograr el máximo beneficio.

⁸⁷ Servicio Andaluz de Salud (2000): "Manual de indicadores de actividad y calidad para urgencias y emergencias sanitarias", Dirección General de Asistencia Sanitaria, Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Año 2000.

- Memoria anual del servicio (MAS): se trata de presentar mediante memoria los datos e informaciones relevantes comprendidos en un periodo de tiempo como meta y objetivo de una asistencia sanitaria de calidad.

Esta memoria consiste en la realización de un breve resumen de la práctica asistencia en un año sobre las distintas historias de salud, en la que el profesional muestra cuál ha sido su actuación ante determinadas situaciones.

- Memoria auditada: en una memoria auditada se deben confeccionar los siguientes apartados que aparecen descritos a continuación:

Descripción y organización del puesto de trabajo:

- Población cubierta
- Población atendida
- Frecuencia
- Intensidad de uso
- Indicadores de gestión asistencial
- Pirámide de población
- Tiempos de asistencia
- Horario de atención
- Agenda de trabajo
- Tiempos de atención en agenda
- Sistema de atención continuada
- Diagnóstico de salud
- Profesionales de apoyo y distribución de tareas
- Registros
- Sistema de información asistencial en centro y domicilio
- Incidencia de enfermedades agudas
- Prevalencia de enfermedades crónicas

Organización del equipo:

- Reglamento de régimen interno
- Sesiones de equipo
- Sesiones formativas
- Reparto de responsabilidades

Gestión de atención, gestión clínica y microgestión:

- Indicadores cuantitativos
- Indicadores cualitativos
- Uso de fármacos
- Uso de pruebas diagnósticas
- Gestión de incapacidad temporal y consumo de interconsultas

Proyectos de investigación:

- Investigaciones sobre la zona (aunque no estén publicadas en la actualidad)
- Análisis de descriptores
- Perfiles de usuarios
- Protocolos
- Programas
- Guías en las que ha participado el profesional

Historia Clínica:

- Registro y cuidado de la Historia Clínica con criterios de calidad
- Actividades preventivas

Actividades docentes:

- Sesiones formativas entre equipos
- Alumnos
- Residentes
- Tutorías

Satisfacción del usuario:

- Reclamaciones
- Cambios de usuario
- Conocimiento y relación de convivencia o familiar

- Actividades grupales o comunitarias en las que ha participado el usuario
- Visitas al paciente terminal a la semana
- Porcentaje de pacientes visitados en el Hospital
- Garantía de confidencialidad de la información respecto a la intimidad del paciente
- Información clara al paciente de la evolución de los procesos
- Concordancia entre las medidas terapéuticas acordadas y conocidas por el paciente
- Negociación de pruebas diagnósticas y decisiones terapéuticas
- Medidas que fomenten la participación y responsabilidad del paciente en la evolución de los problemas

Problemas crónicos:

- Agrupación de los problemas crónicos, caso por caso. En al menos un caso de cada grupo se precisa la transcripción o fotocopia de la hoja de seguimiento.

Problemas agudos: dichos problemas son los que precisamente justifican la existencia de los servicios sanitarios de una manera urgente. Estos problemas de salud vienen definidos por dos elementos esenciales: el primero es la agudeza, ya que asienten o no sobre una persona previamente sana y, el segundo es la necesidad de intervención rápida para evitar evoluciones indeseables o sufrimiento inútil.

- Método de Evaluación por resultados: este método está muy ligado y relacionado con los programas de administración por objetivos, y se basa en una comparación periódica entre los resultados asignados (o esperados) para cada funcionario y los resultados efectivamente alcanzados. Las conclusiones con respecto a los resultados nos

permiten identificar los puntos fuertes y los débiles del funcionario, así como las medidas necesarias para el próximo periodo.

- Método de frases descriptivas: este método es ligeramente diferente al método de elección forzada, sólo porque no exige obligatoriedad en la elección de frases. El evaluador señala únicamente las frases que caracterizan el desempeño del subordinado ("+" o "S") y aquellas que en realidad demuestran el opuesto de su desempeño ("- " o "N")
- Observación de la práctica de forma directa o a través de grabación de vídeos y datos administrativos relevantes: las posibilidades audiovisuales que generan las nuevas tecnologías, como por ejemplo las videoconferencias o el programa Power Point, permiten que se evalúen competencias a través de fotografías y vídeos, de tal manera que todos los aspirantes pasan por las mismas pruebas, frente a la ECOE, cuya eficacia está limitada a la cantidad de recursos disponibles de cada centro.
- Observación estructurada de la práctica clínica (OEPC), también conocida como mini-CEX, en su versión original inglesa: esta observación es un instrumento que sirve para medir las habilidades clínicas y que presenta las siguientes características:
 - Trabaja con casos clínicos reales, es decir, se utiliza en el vértice de la pirámide.
 - Actúa un observador cada vez.
 - Se presentan distintos casos en distintos entornos.
 - Se utiliza una ficha estructurada para recoger la información.
 - Proporciona retroalimentación al evaluado.
 - Se lleva a cabo en un tiempo factible, alrededor de quince minutos aproximadamente.

El mini-CEX permite una serie de competencias, al igual que la ECOE, y proporciona los mismos resultados con menor coste y esfuerzo organizativo. Entre las competencias valoradas están: habilidades de entrevista clínica, habilidades de exploración física,

cualidades humanas y profesionalidad, juicio clínico, *counseling skills*, organización y eficiencia. Todas estas competencias se evalúan sin perder de vista un objetivo muy importante, que consiste en elaborar descriptores del perfil satisfactorio que sirvan de base para la evaluación global final que realiza el evaluador. Un ejemplo de perfil satisfactorio es el que: “demuestra satisfactoriamente juicio clínico, capacidad de síntesis y de resolución y tiene en cuenta aspectos de eficiencia, valorando riesgos y beneficios en el plan de manejo”⁸⁸.

- Observación por pares: según Bill Roberson⁸⁹, la observación por pares es un proceso por medio del cual los profesionales les dan retroalimentación a sus compañeros en sus esfuerzos y prácticas sanitarias.
- Opinión de otros miembros del equipo: se trata de recoger la opinión horizontal de los miembros de un equipo de trabajo. Es un método flexible que puede aplicarse a todos los escenarios reales donde trabaje cualquier evaluado. A través de este registro se estimula el aprendizaje social, se fortalecen las capacidades y se promueven las acciones correctivas necesarias para mejorar, adaptar y ampliar las competencias profesionales.
- Pares auditores: este método es una de las vías más adecuadas para implementar un sistema de evaluación.

La evaluación por pares se ha convertido en una de las estrategias más importantes para el incremento de la calidad, en la medida en que el profesional es protagonista en la definición de criterios de evaluación y de su operatividad.

Sin embargo, pese a su amplia difusión, algunos autores cuestionan su fiabilidad argumentando que “los ‘colegas’ difícilmente son

⁸⁸ Fornells Vallés, José María (2009): “La Evaluación en Educación Médica”, Área de Formación Médica Postgraduada, Institut d’Estudis de la Salut, Generalitat de Catalunya. Medwave. Año IX, No. 1, Enero 2009.

⁸⁹ Bill Roberson, Ph. (2006): “Observación de pares y evaluación de la enseñanza”. The Center for Effective Teaching and Learning), Universidad de Texas en El Paso, 2006

objetivos evaluando a sus compañeros”⁹⁰. No obstante, la peer review ha fortalecido su práctica hasta el punto de llegar a constituirse en un sistema de medición del profesional, cuya base y rigor se sustenta esencialmente en los tres criterios siguientes:

- El claro *preestablecimiento* de su orientación sumativa y/o formativa.
- El acuerdo en los criterios de evaluación entre quienes valoran y son valorados.
- La aplicación clara e independiente de la evaluación sumativa o formativa.

Esta valoración profesional por los compañeros y pacientes del aspirante debe abarcar las siguientes dimensiones:

- Comunicación
 - Disponibilidad
 - Inteligencia emocional
 - Toma de decisiones
 - Relación con los pacientes
 - Relación con familiares y cuidadores
 - Relación con los compañeros, es decir, con pares, MIR, estudiantes, otros miembros de equipo, otros profesionales de distintos niveles.
 - Empatía
 - Asertividad
 - Accesibilidad
- Plan de trabajo: es un documento elaborado por el profesional y el personal sanitario que cubre un periodo específico y que enumera todas las actividades planeadas, incluyendo la fecha en la cual éstas

⁹⁰ Villar, L. (1989): “Evaluación de la Conducta Docente y del Clima Psicosocial de Clase”, en Consideraciones Metodológicas sobre Evaluación y Mejora de la Docencia Universitaria, Informes de Investigación Evaluativa, n° 1, Valencia, Universitat de Valencia, pp. 31-50.

se completarán, los recursos que se requerirán y las personas responsables de su ejecución.

- Portafolio: es un método de enseñanza, aprendizaje y evaluación que consiste en la aportación de producciones de diferente índole por parte del estudiante, a través de las cuales se pueden juzgar sus capacidades en el marco de una disciplina o materia de estudio. Estas producciones informan del proceso personal que está siguiendo el estudiante, permitiéndole tanto a él como a los demás ver sus esfuerzos y logros, en relación a los objetivos de aprendizaje y a los criterios de evaluación establecidos previamente.

El portafolio del estudiante responde a dos aspectos esenciales del proceso de enseñanza-aprendizaje, e implica una metodología de trabajo y de estrategias didácticas en la interacción entre docente y discente. Es un método de medición que permite unir y coordinar un conjunto de evidencias con la finalidad de emitir una valoración que sea lo más ajustada posible a la realidad, lo cual es difícil de adquirir con otros instrumentos de medición más tradicionales y que únicamente aportan una visión más fragmentada.

El potencial que tiene el portafolio para identificar habilidades complejas ha contribuido a su creciente expansivo en diferentes ámbitos. El portafolio se usa en la educación, después de haber sido empleado con éxito en otros ámbitos profesionales, como por ejemplo el de artistas, fotógrafos y arquitectos que intentan mostrar con él lo mejor de su trabajo.

- Registro clínico o indicadores clínicos: el registro clínico se constituye con testimonios documentales sobre actos y conductas profesionales y toda la información relevante sobre la actividad médica dirigida al paciente, así como a su tratamiento y su evolución. Las ventajas en el empleo de esta metodología, que está basada en la búsqueda de la calidad, eficacia y eficiencia, son:

- Garantizar la continuidad de los cuidados.
- Medir el desempeño mediante a estándares concretos.

Por lo tanto, en el registro clínico debe estar reflejado el procedimiento y ha de estar estructurado de tal manera que contemple cada una de las etapas que lo constituyen. Este seguimiento hace posible la transformación del conocimiento común en conocimiento científico, contribuyendo con todo ello al desarrollo disciplinario y profesional.

- Registros de desempeño: estos registros consisten en un repertorio de cualidades, conductas o comportamientos, a los que subyace una determinada competencia. Se realiza una adaptación de listas de cotejo, se registran tanto la manera en la que se desarrollan algunas actividades y sus resultados, como el manejo de equipos.
- Revisión de las decisiones clínicas (*chart simulated recall*)⁹¹: es una metodología que se ha diseñado para tomar decisiones con un alto grado de incertidumbre.

La metodología del análisis de decisiones se desarrolló como un método para ayudar a los clínicos a tomar decisiones sobre pacientes individuales. Dicha revisión utiliza una herramienta gráfica y matemática que facilita el hecho de tomar una decisión complicada, ya que puntualiza comparativamente las diversas alternativas posibles (diagnósticas, terapéuticas, etc.) y asigna explícitamente valores numéricos tanto a las probabilidades de los eventuales cursos clínicos como a las utilidades de los eventos derivados de ellos.

Esta metodología ayuda a pensar de manera sistemática en los problemas complejos y facilita el hecho de mejorar la calidad de las decisiones que se escogen. Su propósito no es dar

⁹¹ Sánchez Pedraza, R. (2001): "Análisis de decisiones clínicas: estrategia práctica para la selección de la mejor alternativa en el manejo de pacientes", Universidad Nacional de Colombia.

recomendaciones, sino lograr que se comprenda más claramente todo lo que rodea a una situación de decisión.

Puede decirse que la toma de decisiones es un elemento fundamental dentro de la labor del clínico. Los clínicos con experiencia tienden a tomar decisiones de una manera relativamente más acertada, ya que la acumulación de información teórica y la observación de muchos casos similares les permiten estandarizar sus procedimientos de análisis. Sin embargo, a medida que van apareciendo condiciones clínicas particulares o se dispone de nuevas alternativas terapéuticas, el tomar una decisión se convierte en una tarea ardua y difícil.

La metodología del análisis de revisión de decisiones clínicas no trata de reemplazar el juicio clínico sino de complementarlo. Además, es necesario asumir que las predicciones clínicas se hacen con un nivel de incertidumbre que es medido mediante probabilidades.

En toda decisión se encuentra, en mayor o menor grado, algún nivel de incertidumbre. El hecho de no percibir ese componente de incertidumbre supone que las probabilidades de tomar una decisión no acertada son muy grandes o que nuestro nivel de ignorancia es tal que desconocemos los resultados desfavorables de nuestra decisión.

- **Sistemas de Apoyo a Decisiones Clínicas (SADC):** los sistemas de apoyo a las decisiones clínicas aportan información por ordenador que se utiliza para integrar información clínica y de los pacientes, con el fin de apoyar la toma de decisiones en la atención de los pacientes. Diferentes investigadores pueden medir la calidad metodológica de manera independiente y, por lo tanto, pueden ayudar en el proceso de diagnóstico, en la creación de alertas y recordatorios, en la crítica / planificación del tratamiento, en la recuperación de información y en el reconocimiento e interpretación de imágenes. El uso de los SADC en pacientes adultos se ha examinado mediante ensayos controlados aleatorios y sus resultados

se han analizado en revisiones sistemáticas tanto en actividades grupales como comunitarias.

- Valoración 360 Grados: la valoración de 360 grados, también conocida como valoración integral, es una herramienta cada día más utilizada por las organizaciones modernas. Los principales usos que se dan a dicho instrumento son los siguientes:
 - Medida del desempeño del personal.
 - Medida de las competencias.
 - Diseño de los programas de desarrollo.

La valoración de 360 grados pretende dar a los empleados una perspectiva de su desempeño lo más adecuada posible, al obtener aportes desde todos los ángulos, ya sean jefes, compañeros, subordinados, clientes internos, etc.

El propósito de aplicar la valoración de 360 grados consiste en dar al empleado la retroalimentación necesaria para tomar las medidas que mejoren su desempeño, su comportamiento o ambos, y dar a la gerencia la información necesaria para tomar decisiones en un futuro.

Los objetivos de realizar una valoración de 360 grados son:

- Conocer el desempeño de cada uno de los evaluados según diferentes competencias requeridas por la organización y el puesto en particular.
- Detectar áreas de oportunidad del individuo, del equipo y/o de la organización.
- Llevar a cabo acciones precisas para mejorar el desempeño del personal y, por lo tanto, de la organización.

El verdadero objetivo de las valoraciones de 360 grados es el desarrollo de las personas.

La valoración de 360 grados será una buena herramienta para el desarrollo de competencias del personal, siempre que se haya diseñado con base a los comportamientos esperados para la

organización en particular. El proceso no concluye cuando se presentan los resultados, ni después de su lectura y análisis. La persona debe incorporar, comprender el alcance y aceptar los resultados de la evaluación recibida. Posteriormente, es importante que reflexione para encarar acciones concretas y mejorar aquello que así lo requiera. Tanto para la organización como para el individuo no presupone ningún logro si no se acompaña de un plan de acción concreto para desarrollar las competencias.

Según Mario Martín Arámbula Meraz⁹², la validez de la valoración de 360 grados dependerá del diseño de la misma, de lo que se desea medir, de la consistencia de los grupos de evaluación y de la eliminación de las fuentes de error.

Todos los instrumentos descritos con precisión previamente tienen distinto grado de validez, fiabilidad y factibilidad. En la siguiente tabla que aparece a continuación se reflejan dichas magnitudes de algunos de ellos:

⁹² Arámbula M. Tesis (2007), "Diseño de un instrumento de medición de competencias para evaluar la capacitación, la certificación y el desempeño en la administración pública". Universidad de Mejico.

Instrumentos	Validez	Fiabilidad	Factibilidad
Ex. Escritos			
PRM	+++	+++	+++
PRC	++	++	++
Tema	–	–	–
Ex. Orales	+	–	–
Casos ordenador	+++	++	+++
Casos clínicos	+++	+++	+++
Maniquís	+++	+++	+
Role playing	++	–	+/_
ECO E	+++	+++	+/_
Vídeo grabaciones	+++	++/+	+
OPEC	+++	++	++
Portafolio	+++	+	++
Audit	+++	++	++
360°	+++	+	++

Tabla 8: Propiedades de algunos instrumentos de evaluación de la práctica profesional⁹³

⁹³ <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Temas/3702>

Errores comunes en la utilización de instrumentos de medida que se han de evitar

Los evaluadores deben ser profesionales cualificados a fin de que con su actuación no incurran en los errores que a continuación se exponen:

- Las limitaciones que se han encontrado al utilizar escalas para medir las competencias demostradas por los sujetos en su desempeño laboral, y más concretamente en el caso de las escalas numéricas, en la denominada “sesgo de tendencia central” o inclinación a situar las valoraciones en las posiciones intermedias de la escala, huyendo así de las puntuaciones extremas. Una tendencia hacia la moderación o una falta de suficiente conocimiento acerca de las competencias del sujeto evaluado, llevaría al evaluador a no comprometerse con una valoración positiva o negativa.
- El “sesgo de indulgencia o severidad” que se produce cuando diferentes evaluadores poseen criterios implícitos diferentes a la hora de emitir sus valoraciones, de tal modo que tienden a ser benévolo y sobrevalorar el objeto evaluado o, por el contrario, son propensos a ser especialmente exigentes a la hora de enjuiciar. La existencia de estos estilos diferenciados de evaluadores conduce a las críticas de subjetividad que con frecuencia recaen sobre cualquier tipo de evaluación.
- El “efecto halo” que se produce cuando la valoración positiva o negativa de uno o varios elementos de la competencia del trabajador llevan a valorar en el mismo sentido al resto de los elementos que son objeto de evaluación. Este efecto es consecuencia de la tendencia que tiene el evaluador de hacerse una idea holística del desarrollo que presentan las competencias evaluadas, basándose para ello en los aspectos que implícitamente son considerados fundamentales. Para paliar este error es preciso reforzar el sentido analítico del evaluador al realizar sus apreciaciones.

- A veces, la valoración puede verse afectada por el “efecto de contaminación”. En este caso, las evaluaciones estarían condicionadas por competencias que destacan en el sujeto evaluado, pero que no forman parte del perfil de competencias propio del puesto de trabajo en función del cual se lleva a cabo la evaluación.
- El “efecto novedad” se dará cuando en los evaluadores influye la impresión causada por las conductas, experiencias o hechos más recientes, sin que se tengan en cuenta, con el mismo peso los elementos que constituyen su trayectoria formativa o laboral.

Periodicidad de las evaluaciones. Evaluación de competencias

Otros asuntos interesantes sobre esta materia son los que aparecen reflejados en las siguientes preguntas: ¿cada cuánto tiempo es conveniente realizar la evaluación o el análisis del desempeño?, ¿qué hay acerca de las llamadas competencias?

En cuanto al primer punto, las evaluaciones de competencias de los profesionales sanitarios suelen coincidir con las etapas o fases de maduración por las que pasa a lo largo de su carrera profesional (al finalizar la educación básica de pregrado, el periodo MIR de formación especializada de posgrado, la acreditación profesional, y la acreditación y reacreditación de tutores docentes). No obstante, y a pesar de la práctica habitual, la decisión de realizar evaluaciones y su periodicidad están en manos de la unidad de gestión de recursos humanos, autoridades, instituciones, organizaciones sanitarias, etc., es decir, atiende a los baremos de selección de personal, a los baremos de la carrera profesional, a la identificación de necesidades de formación, a las rotaciones externas del profesional y a los incentivos salariales por el buen desempeño realizado.

Desde la perspectiva empresarial, por imitación en el sistema sanitario, hoy en día se coincide en que el análisis del desempeño debe ser efectuado

cada seis meses, y no cada año como venía siendo usual, pues hacerlo cada doce meses suponía dejar pasar demasiado tiempo para decirle a una persona en qué va bien y en qué no y, en este último caso, para establecer cuál es el plan para mejorar sus deficiencias.

Por otra parte, hoy en día, que está tan en boga el estudio de las competencias laborales, se ha pretendido sustituir el análisis del desempeño por una evaluación o certificación de las competencias laborales. La cuestión no ha de plantearse con la elección entre uno u otro proyecto. El modelo de evaluación basado en competencias laborales funciona muy bien cuando se valoran destrezas que se prestan a una medición y verificación más fría, objetiva y visible. La evaluación de competencias es muy útil como punto de partida, es decir, es el requisito mínimo e indispensable que un empleado debe poseer para poder desempeñar bien un puesto de trabajo. Por lo demás, en la práctica lo que se tiende a hacer es que la evaluación de competencias sea una parte del proceso del análisis de desempeño.

Lo importante de estas nuevas tendencias es el reconocimiento de que la evaluación de personal, como se llamaba antes, o del análisis de desempeño, como hoy se plantea, se ha de adecuar a las nuevas tendencias administrativas y de gestión de recursos humanos en las organizaciones, que apuntan más hacia el desarrollo de las personas y de su compromiso que hacia modelos de premio y castigo basados en el control del jefe, sobre todo si se pretende que en las organizaciones predominen la productividad y las ventajas competitivas de largo plazo. En definitiva, se trata de construir organizaciones inteligentes, con una cultura menos individualista y un mayor aprendizaje en equipo, donde pueda haber una satisfacción general de todos sus grupos de interés y en las que se logre un completo aprovechamiento tanto de su capital intelectual como de su potencial.

Medición y evaluación de competencias: el reto de la continua renovación

Los profesionales médicos deben iniciar de “*motu proprio*” procedimientos de revisión periódicos sobre la estructura, función y calidad de las actividades que realizan, a fin de rectificar las deficiencias y consolidar las buenas prácticas.

El proceso de evaluación sobre las actividades de renovación y aprendizaje debe tener en cuenta los siguientes campos que se exponen a continuación:

- Adaptación de la misión y de los objetivos a las necesidades del desarrollo científico, socio-económico y cultural de la sociedad.
- Examen y definición de las competencias necesarias para que el progreso científico satisfaga las necesidades del individuo y de la sociedad.
- Revisión de las prácticas y métodos de aprendizaje asegurando que son los apropiados y relevantes para cada situación determinada.
- Desarrollo de modelos de evaluación y prácticas de aprendizaje que promuevan un aprendizaje continuo a lo largo de toda la vida profesional.
- Desarrollo de estructuras organizativas y administrativas con el fin de hacer posible que los médicos puedan atender más eficazmente a los pacientes proporcionando un alto nivel de calidad asistencial.
- Reflexión y mejora continua de los contenidos y de la metodología de las actividades de CPD.



Formación

PREGRADO, POSGRADO, FORMACIÓN CONTÍNUA Y CARRERA PROFESIONAL

Introducción

La formación de un médico es un proceso de aprendizaje que dura toda su vida. Comienza con su ingreso en la Facultad de Medicina y culmina con la formación médica continua que debe seguir desde el día que termina su formación de posgrado como residente hasta el día en que deja de desarrollar su ejercicio profesional.

El aprendizaje y asunción de competencias es un proceso continuo que pasa por tres etapas: Educación de Pregrado, Educación de Posgrado - especialización médica- y Formación Continua • Desarrollo Profesional Continuo (CPD). La competencia final del médico es la suma de las competencias que haya ido adquiriendo en cada una de estas etapas.

Atendiendo a las afirmaciones de Bando Casado, “la estructura de la formación de las profesiones médicas implica la imposibilidad de separar los procesos formativos. Pero no se puede olvidar que la formación especializada, al igual que ocurre con la formación continua, es una educación superior, lo que en cierta manera la separa de la enseñanza universitaria. El hecho de compartir los recursos estructurales del Sistema Nacional de Salud y sus profesionales, como base para impartir los diversos programas de formación, permite pensar en un proceso de enseñanza-aprendizaje continuo”⁹⁴.

Este planteamiento competencial que tiene que inundar todo el camino del médico, también debe sortear muchas dificultades de gestión que influyen decisivamente en el profesional.

Arias Menéndez, en su obra *“La coordinación de los recursos humanos:*

⁹⁴ Bando Casado, H. C, (2009): “Un compromiso con la sanidad: la promoción integral de la salud”, Editorial Astellas Pharma, Madrid, pág. 68/69.

un fantasma atraviesa España”, pone de manifiesto las dificultades y orientaciones de las tres etapas en las que se divide el proceso de aprendizaje de los profesionales médicos. Y afirma que en el pregrado de los médicos, las dificultades son numerosas: clausura, rigidez, orientación al conocimiento científico-técnico de orden casi exclusivamente clínico, aislamiento en relación con el tejido social y productivo, escasa formación en técnicas de comunicación, trabajo en equipo, gestión clínica, economía de la salud, orientación al proceso en su conjunto, ética en la sociedad del siglo XXI, interdisciplinariedad y espíritu cooperativo, por lo que manifiesta la necesidad de adecuar los conocimientos al entorno europeo.

Durante el posgrado (MIR), los problemas más relevantes a los que se enfrentan son la insatisfacción de las autoridades sanitarias, colegios y sociedades de las especialidades, insatisfacción también de los médicos especialistas en formación, incrementos en el número global de MIR, de ahí la inmensa necesidad de adecuar los conocimientos a los requerimientos del entorno europeo.

Y por último, la última etapa, la de la formación continua debe estar orientada a la asistencia y a la promoción del profesional⁹⁵.

⁹⁵ Arias Menéndez, E. (2008): “La coordinación de los recursos humanos: un fantasma atraviesa España”, Equipo Editorial de la Revista de Administración Sanitaria, Volumen 6, Número 1, Enero- Marzo 2008.

Primera etapa: Estudios básicos. Pregrado

Introducción

Las competencias profesionales preparan para el ejercicio de una ocupación o disciplina determinada. En nuestro caso de estudio, dichas competencias se han de potenciar desde el ingreso del alumno en la Facultad de Medicina a través de los programas adecuados a este fin.

El objetivo de este capítulo es definir las especificaciones que deben reunir las escuelas universitarias (a nivel de recursos, instrumentos, programas, instituciones) así como precisar los actuales métodos de evaluación tanto de los estudiantes como del propio profesorado de dichas escuelas. También se tratará de realizar una inicial prognosis de cambios que se plantean en estos métodos de evaluación en el nuevo examen MIR que se quiere implantar en los próximos años.

Estándares en la educación de pregrado

El objetivo de la enseñanza de pregrado es la formación general y básica del alumno. Es una enseñanza basada en la práctica, que permite la adquisición de las habilidades clínicas y sociales que requiere el ejercicio de la profesión médica y un aprendizaje multidisciplinar que integre las ciencias básicas, clínicas y psicosociales.

Se pretende hacer de él un “alumno excelente”, es decir, que adquiera un perfil profesional y académico caracterizado por:

- Formación de calidad: ha de poseer y ser capaz de utilizar competencias científicas construidas desde un pensamiento crítico.
- Trabajo en equipo: es imprescindible que trabaje por la búsqueda de soluciones con otros compañeros.
- Creatividad: debe ser consciente de la necesidad. Es necesario que sepa trabajar desde la incertidumbre y dé respuestas creativas.

- Humanización: Debe tomar decisiones y saber valorar sus consecuencias siguiendo criterios de equidad y justicia.
- Autoaprendizaje y formación continua: Es necesario que tenga motivación para seguir aprendiendo y desarrollándose personal y profesionalmente.

Las Escuelas y Universidades que imparten la disciplina de Medicina, a nivel internacional deben reunir las siguientes especificaciones⁹⁶, que se describen a continuación:

- Deben formular sus propios planes, misiones y objetivos, al igual que garantizar un nivel de educación universitario y describir el proceso educacional. Es preciso que al final de esta etapa el estudiante tenga garantizadas unas competencias mínimas que le sirvan para su posterior especialización en el posgrado.
- Diferentes organizaciones e instituciones deben participar en la formulación de los objetivos y misiones de las escuelas, ya sean presidente, miembros de la comisión universitaria, autoridades gubernamentales, etc.
- Deben poseer total autonomía y libertad para diseñar el currículum y para distribuir los recursos necesarios para su implementación.
- Deben definir las competencias que los estudiantes deben haber alcanzado una vez que hayan finalizado la graduación en relación con sus futuros roles en el sistema sanitario.
- Sus modelos de currículum y métodos de instrucción tienen que estar basados en disciplina, comunicación, comunidad, ética y habilidad para participar en desarrollos científicos sanitarios como futuros profesionales de la medicina.
- Los conceptos, métodos y conocimientos para la práctica clínica sea: Anatomía, Bioquímica, Biofísica, Biología Molecular, Genética, Microbiología, Fisiología, Biología Celular, Microbiología, Inmunología, Farmacología, Patología, etc. La clave del currículum

⁹⁶ The Executive Council, The World Federation for Medical Education (1998): "International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools educational programmes. A WFME position paper", Medical Education, 32, pp. 549-58.

debe ser fundamentalmente la teoría y práctica de estas materias, sin perjuicio de que pueda variar tanto en el nivel nacional entre escuelas como en el internacional, en función de las diferencias en las tradiciones de enseñanza, cultura, factores socioeconómicos, sanitarios o de las diferentes formas de proveer un sistema sanitario.

- Deben promover la enseñanza de los principios de un método científico, el contraste y la observación empírica en el campo de la Medicina, incluyendo el desarrollo y la aplicación de pensamientos críticos y analíticos.
- El currículum ha de incluir disciplinas relacionadas con las Ciencias Sociales y del comportamiento y tales como la Fisiología, Sociología Médica, Bioestadística, Medicina Familiar o Comunitaria, Epidemiología, Higiene, Salud Pública, etc., de tal forma que los estudiantes adquieran conocimientos y habilidades que les permitan tanto realizar una comunicación efectiva como tomar buenas decisiones y prácticas éticas.
- Cada escuela debe: a) tener autonomía en la elaboración de la estructura del currículum, composición y duración del mismo, b) definir el contenido, la duración y la programación de los cursos reflejando una división entre asignaturas optativas y troncales, c) reflejar la promoción, prevención y rehabilitación de la salud en la estructura curricular como materia transversal.
- En la dirección del programa, un comité se encargará y se responsabilizará de planificar y desarrollar el currículum para asegurar que se cumplen los objetivos.
- La práctica médica y el sistema sanitario están estrechamente relacionados: el alumno realiza una enseñanza teórico-práctica para conseguir así un mejor desarrollo profesional.
- La política de admisión y selección debe ser revisada periódicamente basándose en datos sociales, económicos, sanitarios y profesionales que requieran el atender las necesidades sociales y comunitarias.

- Únicamente se admite a aquellos alumnos que demuestren tener las capacidades y aptitudes requeridas en cada uno de los diferentes niveles. Se defiende un cierto número de alumnos teniendo en cuenta la capacidad docente del profesorado y adaptándose a las previsiones de las Administraciones Sanitarias y Educativas en cuanto a la necesidad de futuros profesionales.
- Deben dar apoyo y orientación pedagógica al estudiante. Se debe proporcionar un programa mentor y otros apoyos con el fin de poder hacer frente a posibles necesidades tanto sociales como personales (búsqueda de piso, ayudas económicas, Networks y asociaciones de estudiantes de Medicina).

La titulación de Medicina tiene Directiva europea 2021 [1]. 12 2004, 13781/2/04 REV 2, de 21 de Diciembre de 2004, y entre sus artículos más importantes destacamos:

- Artículo 24.2

La formación básica comprende seis años de estudios o 5.500 horas de enseñanza teórica y práctica en una universidad.

- Artículo 24.3

La formación básica del médico garantizará que se han adquirido los siguientes conocimientos y competencias:

- Un conocimiento adecuado de las ciencias en las que se funda la medicina, así como una buena comprensión de los métodos científicos, incluyendo en éstos los principios de medida de las funciones biológicas, de la evaluación de los hechos científicamente probados y del análisis de datos.
- Un conocimiento adecuado de la estructura, de las funciones y del comportamiento de los seres humanos, ya estén sanos o enfermos,

así como de las relaciones entre el estado de salud del hombre y su entorno físico y social.

- Un conocimiento adecuado de las materias y de las prácticas clínicas que le proporcionen al individuo una visión coherente de las enfermedades mentales y físicas, de la medicina en sus aspectos preventivo, diagnóstico y terapéutico, y de la reproducción humana.
- Una experiencia clínica adecuada adquirida en hospitales bajo la oportuna supervisión de las personas encargadas de ello.

La LOPS en su Artículo 6, 2a) dice que “corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como el enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención”⁹⁷. Las metodologías docentes durante los estudios de pregrado varían dependiendo del país de la U.E y también de la Universidad.

De acuerdo con el artículo 44 de la Ley Orgánica de Universidades, la determinación del número máximo de alumnos, es decir, del numerus clausus, responderá a la necesidad que haya en la sociedad de profesionales sanitarios y a la capacidad existente para su formación. Si se recurre a las estadísticas⁹⁸, las universidades españolas deberían ampliar el número de plazas justas para los alumnos de primer año, con el fin de ajustarse así a las exigencias de la demanda y de las necesidades del mercado.

La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, conforme al artículo 34 de la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, establece las directrices generales de los planes de estudios.

Los avances técnicos, científicos, sociales y las disposiciones de la Comunidad Europea podrán dar lugar a pactos entre el Ministerio con competencias en materia de Sanidad y la Comisión de Recursos Humanos del

⁹⁷ Directiva europea 2021 [1]. 12 2004, 13781/2/04 REV 2, de 21 de Diciembre de 2004. art. 24.3.

⁹⁸ Ley Orgánica 6/2001, de 21 de Diciembre, de Universidades (BOE núm.307, de 24/12/2001)

Sistema Nacional de Salud, e incluso instar al Ministerio con competencias en materia de Educación para que inicie el trámite de revisión de las directrices generales de los planes de estudio.

Métodos de evaluación a los estudiantes

Criterios de puntuación y nota de corte

El resultado del expediente académico debe ser un balance de todas las pruebas de evaluación que se han realizado a lo largo de la carrera, ya sean pruebas escritas, orales, tests, trabajos o exámenes. En determinadas circunstancias, también se puede recurrir a examinadores externos a la escuela como es el caso de las pruebas especiales o la “evaluación clínica objetiva estructurada” (ECOЕ).

Actualmente, en España, el examen MIR es la única prueba de evaluación obligatoria que se realiza al final del pregrado y la única vía de acceso hacia la obtención del título especialista. La evaluación final está constituida en un veinticinco por ciento por el expediente académico y en un setenta y cinco por ciento por el examen MIR. Esta forma de evaluación ha sido considerada en numerosas ocasiones por muchos colectivos del sector sanitario injusta, lo que ha llevado a la reforma del examen MIR, constituyéndose como una petición casi universal por parte de todos los agentes sanitarios: el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), los residentes, los docentes, las Sociedades Científicas, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen), la Fundación de Educación Médica y la Organización Médica Colegial, entre otras instituciones.

Precisamente, personalidades como el Dr. Rafael Solana, decano de la Facultad de Medicina de Córdoba, consideran que los contenidos del MIR presentan dificultades, ya que a veces no son claros, o no se convocan con suficiente antelación los temarios para reorganizar la enseñanza de pregrado en las facultades, ni están sometidos a la acreditación de Agencias de Calidad

externas a la Administración Sanitaria.

Lo cierto es que la Administración Central trabaja en la definición del nuevo examen, el cual afectará ya a los estudiantes que están cursando el cuarto curso de Medicina. Se está acelerando el proceso para intentar que coincida en el tiempo el cambio en el modelo de examen con la adaptación de los planes de estudios al Espacio Europeo de Educación Superior, según fija la declaración de Bolonia.

Existe cierto consenso en cuanto a dividir la evaluación final en tres partes para que sea lo más objetiva posible. En cualquier caso, está claro que consistirá en una prueba o conjunto de pruebas que permitan estimar los conocimientos teóricos y prácticos, las habilidades clínicas y comunicativas, así como una valoración de los méritos académicos y profesionales de los aspirantes.

El descontento y la petición de renovar el examen MIR por parte de los colectivos se ha regulado en la LOPS. Esta ley sostiene que debe mantenerse una prueba teórica, contar más con el expediente académico de las facultades, que en la actualidad representa tan sólo el veinticinco por ciento de la calificación global, e incluir una evaluación de las habilidades clínicas y de comunicación (ECO). La idea es que las tres partes cuenten lo mismo, es decir, el treinta y tres por ciento cada una de ellas.

En la actualidad, la elección de especialidad y adjudicación de plazas se realiza siguiendo un orden de mayor a menor puntuación obtenida en una convocatoria anual de carácter nacional.

El Ministerio con competencias en materia de Sanidad es el encargado de establecer las normas que rijan las convocatorias anuales para la formación especializada.

Las convocatorias de plazas serán anuales y el número de ellas se fijará, previo informe del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de las Salud, por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud,

atendiendo a las propuestas realizadas por las Comunidades Autónomas, a la disponibilidad presupuestaria y a las necesidades de especialistas del Sistema Sanitario.

Relación entre evaluación-aprendizaje

Los principios de evaluación, métodos y prácticas deben ser compatibles con los objetivos académicos y promover el aprendizaje.

Métodos de evaluación a los profesores

La plantilla del profesorado debe llevar a cabo el diseño curricular que haya dictado su correspondiente escuela. Puede hacerse un balance entre profesores a jornada completa, a tiempo parcial, médicos de profesión y no médicos.

El esfuerzo docente del profesor de Universidad de Medicina se evalúa y se incentiva de diferentes maneras, por ejemplo, con calificaciones formales, más experiencia laboral, experiencia como profesor para anotar en su currículum, profesor de investigación, reconocimiento en la carrera profesional, premios, entre otros.

Igualmente, este tipo de méritos se tiene en cuenta a la hora de seleccionar el profesorado para formar parte de la plantilla de la Universidad.

Algunos estudios elaborados por Universidades españolas, como por ejemplo la Universidad de Barcelona, recomiendan avanzar en los procedimientos de evaluación del profesorado y también una estrecha vinculación con las políticas de promoción y formación del mismo⁹⁹.

Algunos procedimientos e indicadores que se utilizan para analizar la calidad de los docentes son los que se reflejan a continuación:

- Autoevaluación.
- Evaluación por pares (tanto internos como externos a la institución) sobre las clases y el plan docente.
- Encuesta docente.

⁹⁹ http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132003000300009&script=sci_arttext

- Encuesta a estudiantes sobre las clases y las tutorías que el evaluado imparte.
- Rendimiento de los estudiantes.

Instrumentos de Educación

Para obtener *outputs*, es decir, futuros profesionales médicos de calidad, es necesario disponer de una serie de recursos, durante la formación de pregrado. De todos ellos, los más destacados aparecen descritos a continuación:

- Espacios físicos: las instalaciones, entendiendo por tales aulas, animalario, laboratorios, biblioteca, videoteca, etc., deben ser los adecuados para poder desarrollar eficazmente los planes curriculares. En muchos casos las Facultades de Medicina están muy próximas a los Hospitales “Universitarios” con el fin de favorecer su formación. Son claros ejemplos, en este sentido, las ciudades de Valladolid y Valencia.
- Recursos para la práctica clínica: los estudiantes deben tener contacto directo con pacientes en los hospitales, ambulatorios, laboratorios, centros de atención primaria y especializada, con el objetivo de potenciar una mejor formación.
- Tecnología: Los estudiantes tienen que hacer un uso efectivo de diversas tecnologías a lo largo de su programa académico.
- Investigación: Las asignaturas deben instar a los alumnos a realizar labores de investigación de cualquier campo sanitario.
- Expertos académicos: Es preciso contar con expertos que investiguen y midan la efectividad del aprendizaje de los estudiantes y la calidad de los métodos de enseñanza en el amplio contexto institucional.

- Intercambio de estudiantes: Las diferentes instituciones dedicadas a impartir estudios de medicina deben colaborar en la transferencia de ECTS (European Crédit Transfer System).

Evaluación del programa de pregrado

Aunque la práctica de evaluación de los programas de pregrado en las Facultades de Medicina es bastante reciente, los responsables académicos ya han diseñado diversos planes de mejora para conseguir un óptimo rendimiento. A continuación se concretan las acciones que han sido emprendidas para alcanzar dicho objetivo:

- Aplicación de procedimientos de evaluación de los programas
Los mecanismos de evaluación implican el uso de instrumentos y métodos que facilitan información válida y fiable, los cuales se basan en la observación empírica de la calidad de la enseñanza médica en la institución.

Para evaluar los programas es preciso tener en cuenta:

- Retroalimentación entre estudiante y profesor.
- Evaluación del rendimiento estudiantil: Esta evaluación mide la duración media de la carrera, calificaciones, ratio de aprobados, suspensos, asignaturas abandonadas, méritos, premios, evaluaciones de las asignaturas cursadas por los propios estudiantes, tiempo que han dedicado a especiales áreas de interés, etc. La mayor parte de Universidades Españolas, que investigan en este sentido, admiten que el rendimiento académico de los estudiantes de Medicina y su motivación es elevada¹⁰⁰.
- Participación de distintas instancias: En la estimación de los resultados de las asignaturas y en la evaluación del programa académico deben participar el gobierno y la administración de la universidad o escuela de Medicina, profesores y alumnos.

¹⁰⁰ http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-181320030003000009&script=sci_arttext

- Entre las medidas de mejora que se han ido aplicando paulatinamente tras evaluar con minuciosidad los programas de distintas facultades de Medicina españolas están:
- La elaboración de un catálogo de las competencias que deben adquirir los estudiantes de pregrado, juntamente con el diseño de los sistemas de su evaluación.
- El incremento de la asistencia primaria en la formación práctica.
- El hecho de facilitar y avanzar el contacto de los estudiantes con la actividad asistencial.
- La promoción de las tutorías y del sistema de autoaprendizaje en detrimento de la clase magistral.
- La identificación de estrategias para implicar al profesorado en la misión docente.
- La implantación de planes de desarrollo de plantilla.
- El desarrollo de la formación cultural y humana del alumnado, así como su integración en la vida asistencial.
- La organización de experiencias interesantes en tutorías y atención al estudiante.

Gobierno y Administración de la Universidad

Las estructuras de gestión y administración Universitarias trabajan conjuntamente con organismos superiores, como son las Administraciones Sanitarias, Ministerios, Gobiernos y Sociedad para promover y favorecer la formación del alumnado¹⁰¹.

Las estructuras de Gobierno y las funciones de la Universidad o de la Escuela deben estar definidas. De esta manera, un comité, una asociación de profesores y alumnos, así como otros grupos, han de estar claramente estructurados atendiendo a sus funciones y objetivos.

- Presupuesto de educación y distribución de recursos

¹⁰¹ WFME (2007), "Especificaciones europeas para los estándares globales en educación médica", Educ. méd. [online]. 2007, vol. 10, no. 3.

Cada Escuela debe tener una línea clara de responsabilidad, autoridad y autonomía, y una distribución adecuada tanto de recursos materiales como económicos, que permita lograr todos los objetivos de la Universidad. El presupuesto de educación y distribución de recursos incluye la elaboración de un plan estratégico y de unas fuentes de financiación transparentes.

- Plantilla de Administración y dirección
Estas plantillas deben apoyar el desarrollo operativo del programa académico que se va a seguir.

Competencias genéricas en Pregrado

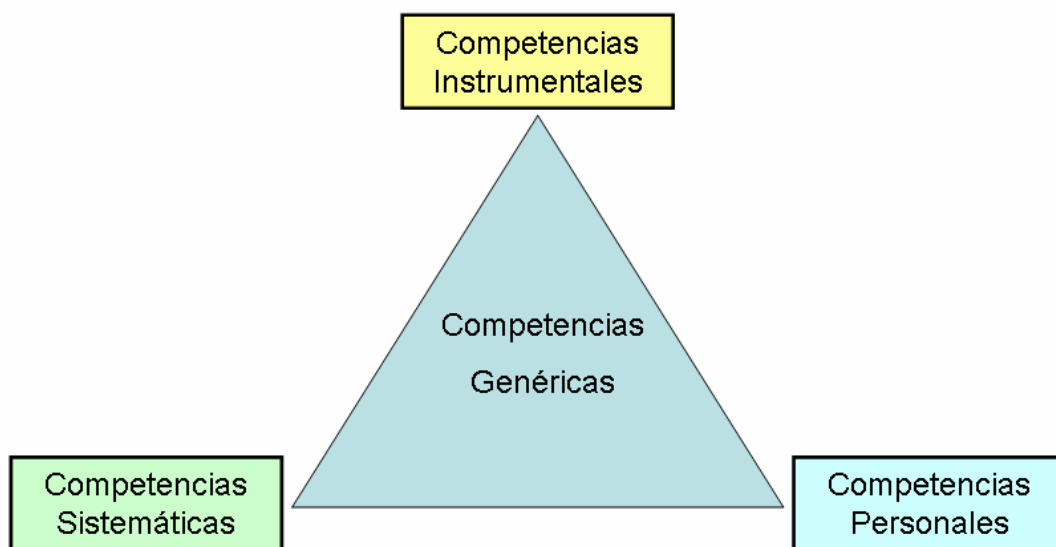


Ilustración 8: Competencias genéricas en pregrado

Como se observa a partir del gráfico anterior, las competencias genéricas de pregrado se clasifican en tres tipos:

- Competencias instrumentales. Dentro de éstas destacan:
 - 1. Capacidad de análisis y síntesis.
 - 2. Capacidad de organización y planificación.

- 3. Comunicación oral y escrita en la lengua nativa.
- 4. Conocimiento de una lengua extranjera.
- 5. Conocimientos de informática relativos al ámbito de estudio.
- 6. Capacidad de gestión de la información, es decir, habilidad para buscar y analizar información procedente de fuentes diversas.
- 7. Resolución de problemas.
- 8. Toma de decisiones.
- 9. Conocimientos básicos de la profesión médica.
- Competencias Personales. Las más importantes son:
 - 1. Trabajo en equipo.
 - 2. Trabajo en un equipo de carácter interdisciplinar.
 - 3. Trabajo en un contexto internacional.
 - 4. Habilidades en las relaciones interpersonales.
 - 5. Reconocimiento a la diversidad y a la multiculturalidad.
 - 6. Razonamiento crítico.
 - 7. Compromiso ético.
 - 8. Capacidad autorreguladora y autocrítica.
- Competencias Sistemáticas. Entre éstas sobresalen:
 - 1. Aprendizaje autónomo
 - 2. Adaptación a nuevas situaciones
 - 3. Creatividad
 - 4. Liderazgo
 - 5. Conocimiento de otras culturas y costumbres
 - 6. Iniciativa y espíritu emprendedor
 - 7. Motivación por la calidad
 - 8. Sensibilidad hacia temas medioambientales
 - 9. Capacidad de poder aplicar los conocimientos a la práctica
 - 10. Preocupación por la calidad.

Competencias específicas en Pregrado

En este contexto, la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas, tomando como referencia la nueva normativa sobre convergencia Europea, e inspirándose en los requisitos globales mínimos esenciales en Educación Médica del Instituto Internacional para la Educación Médica, ha propuesto las competencias específicas que deben adquirirse al concluir la formación básica del médico. Dichas competencias se han clasificado en varios apartados:

- Valores profesionales, actitudes, comportamiento y ética
 - Reconocimiento de los elementos esenciales de la profesión médica, incluyendo los principios éticos y las responsabilidades legales.
 - Comprensión de la importancia de tales principios para el beneficio del paciente, de la sociedad y de la profesión, prestando especial atención al secreto profesional.
 - Aplicación del principio de justicia social a la práctica profesional.
 - Desarrollo de la práctica profesional mostrando respeto a la autonomía del paciente, a sus creencias y a su cultura.
 - Reconocimiento de las propias limitaciones y necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional.
 - Desarrollo de la práctica profesional teniendo respeto a otros profesionales de la salud.

- Fundamentos científicos de la medicina
 - Comprensión y reconocimiento de la estructura y función normal del cuerpo humano, tanto a nivel molecular, celular, tisular, orgánico como de sistemas, en las distintas etapas de la vida.
 - Reconocimiento de las bases de la conducta humana normal y sus alteraciones.
 - Comprensión y reconocimiento de los efectos, mecanismos y manifestaciones de la enfermedad sobre la estructura y función del cuerpo humano.

- Comprensión y reconocimiento de los agentes causantes y factores de riesgo que determinan los estados de salud y el desarrollo de la enfermedad.
- Comprensión y reconocimiento de los efectos del crecimiento, el desarrollo y el envejecimiento sobre el individuo y su entorno social.
- Comprensión de los fundamentos de acción, indicaciones y eficacia de las intervenciones terapéuticas, basándose en la evidencia científica disponible.
- Habilidades clínicas
 - Obtención y elaboración de una historia clínica que contenga toda la información relevante.
 - Realización de un examen físico y de una valoración mental.
 - Capacidad para elaborar un juicio diagnóstico inicial y establecer una estrategia diagnóstica razonada.
 - Reconocimiento y trato de las situaciones que ponen la vida en peligro inmediato, y de aquellas otras que exigen atención inmediata.
 - Establecimiento del diagnóstico, pronóstico y tratamiento aplicando los principios que se basan en la mejor información posible.
 - Indicación de la terapéutica más adecuada en los procesos agudos y crónicos más prevalentes, así como en los enfermos que se encuentran en fase terminal.
 - Planteamiento y proposición de las medidas preventivas más adecuadas a cada situación clínica.
- Habilidades de comunicación
 - Capacidad para escuchar con atención, obtener y sintetizar la información pertinente acerca de los problemas que aquejan al enfermo, y comprender el contenido de dicha información.
 - Redacción de historias clínicas y de otros registros médicos de forma comprensible para terceros.

- Comunicación efectiva y clara, tanto de forma oral como escrita, con los pacientes, los familiares, los medios de comunicación y otros profesionales.
- Establecimiento de una buena comunicación interpersonal, que sirva para dirigirse con eficiencia y empatía a los pacientes, a los familiares, medios de comunicación y otros profesionales.
- Salud pública y sistemas de salud
 - Reconocimiento de los determinantes de la salud en la población, tanto los genéticos como los dependientes, de los estilos de vida, demográficos, ambientales, sociales, económicos, psicológicos y culturales.
 - Capacidad de asumir su papel en las acciones de prevención y protección ante enfermedades, lesiones o accidentes y mantenimiento y promoción de la salud, tanto a nivel individual como comunitario.
 - Reconocimiento de su papel en equipos multiprofesionales, asumiendo el liderazgo cuando sea apropiado, tanto para el suministro de cuidados de la salud como en las intervenciones para la promoción de la salud.
 - Obtención y utilización de datos epidemiológicos y valoración de tendencias y riesgos para la toma de decisiones sobre salud.
 - Conocimiento de las organizaciones internacionales de salud, y de los entornos y condicionantes de los diferentes sistemas de salud.
- Manejo de la información
 - Conocimiento, valoración crítica y utilización de las fuentes de información clínica y biomédica con el objetivo de obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica y sanitaria.
 - Utilización de las tecnologías de la información y la comunicación en las actividades clínicas, terapéuticas, preventivas y de investigación.

- Mantenimiento y utilización de los registros con información del paciente para su posterior análisis, preservando la confidencialidad de los datos.
- Análisis clínico e investigación
 - Capacidad de tener, en la actividad profesional, un punto de vista crítico, creativo, con escepticismo constructivo y orientado hacia la investigación.
 - Comprensión de la importancia y las limitaciones del pensamiento científico en el estudio, la prevención y el manejo de las enfermedades.
 - Capacidad para formular hipótesis, recolectar y valorar de forma crítica la información para la resolución de problemas, siguiendo el método científico. Al comenzar los estudios de posgrado de especialista, los profesionales son inscritos en un Registro Nacional de Especialistas en Formación y paulatinamente se irán anotando los resultados de sus evaluaciones anuales y final.

Competencias Técnicas	Implican el dominio de los conocimientos y las destrezas específicas de un determinado campo profesional.	SABER: Conocimientos generales o específicos, teóricos, especulativos o científicos técnicos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimientos y capacidades profesionales básicas. 2. Conocimientos y capacidades de amplio espectro profesional: capacidad de reflexión.
		SABER HACER: Dominio de los métodos y técnicas específicas de determinados campos profesionales.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transferencia de aprendizajes a situaciones nuevas. 2. Habilidad para planificar especificando metas y recursos para conseguirlas. 3. Habilidad de toma de decisiones. 4. Búsqueda y organización de la información. 5. Dominio de técnicas informáticas. 6. Capacidad de resolución de problemas.
		SABER APRENDER: Capacidad de formación permanente al ritmo de la evolución que se produce en las profesiones, en la tecnología y en las organizaciones.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disposición a aprender. 2. Flexibilidad para adaptarse a situaciones nuevas. 3. Pensamiento analítico. 4. Desarrollo de la creatividad. 5. Desarrollo del pensamiento. 6. Autonomía para el aprendizaje. 7. Asumir el cambio como oportunidad de desarrollo y promoción.
Competencias Sociales	Incluyen motivaciones, valores, capacidad de relación en un contexto social-organizativo.	SABER ESTAR: Actitudes de comportamiento en el trabajo y formas de actuar e interactuar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Espíritu de equipo. 2. Capacidad de integración. 3. Disponibilidad para aceptar responsabilidades. 4. Capacidad para comunicarse con los demás. 5. Dominio de idiomas. 6. Facilitar el trabajo.
		HACER SABER: Posibilitar que en el lugar de trabajo se desarrollen aprendizajes, como resultado de la intercomunicación personal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilidad a la cooperación. 2. Disposición a compartir conocimientos y recursos. 3. Aceptación de las opiniones y aportaciones de los otros.

Tabla 9: Modalidades de las competencias profesionales básicas del titulado universitario¹⁰²

¹⁰² Rodríguez Diéguez (2009): "Perfiles docentes para el espacio europeo de educación superior (EEES) en el ámbito universitario español", *Relieve*, v.15, n.1, 1-18.

Para concretar las competencias, tanto las generales como las específicas, se realizó una encuesta a cinco colectivos de médicos, que eran profesores permanentes, profesores contratados, residentes, gestores y profesionales sin vinculación con la universidad.

En ésta se le pedía al encuestado que puntuara del 1 al 4 cada una de las competencias de cada bloque, siendo el 1 poco importante y el 4 muy importante, es decir, el otro extremo.

Cabe destacar que el promedio del valor concedido a la totalidad de las competencias descritas es de 3,44, el cual muestra un valor alto considerando que el máximo posible es 4. Las competencias con un valor promedio más elevado se sitúan dentro del bloque de las habilidades clínicas y concretamente son: "Reconocimiento y trato de las situaciones que ponen la vida en peligro inmediato, y de aquellas otras que exigen atención inmediata" así como "obtención y elaboración de una historia clínica que contenga toda la información relevante".

Ocupando el tercer lugar en relevancia para todos los grupos encuestados se sitúa la competencia que muestra: "Capacidad para escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aquejan al enfermo, y comprender el contenido de esta información", la cual está dentro del bloque de habilidades de comunicación¹⁰³.

En el "Libro Blanco"¹⁰⁴ o antecedentes, como por ejemplo en el informe GPEP¹⁰⁵⁻¹⁰⁶, que fue realizado por la Asociación de Facultades Americanas, se relacionan cada una de las competencias mencionadas con los bloques en los que se estructura la titulación de Medicina. Dicho documento también propone en el Anexo II el saber y el saber hacer de la formación médica universitaria.

¹⁰³ http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132005000600002&script=sci_arttext

¹⁰⁴ Peinado Herreros, J. M. (2005): "Libro Blanco Titulación Medicina", Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas.

¹⁰⁵ Physicians for the Twenty-First Century. (1984): "Report of The Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine". Association of American Medical Colleges. Washington D.C.

¹⁰⁶ Muller S. Physicians for the Twenty first Century (1984): " The GAP Report. Report of the Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine". J Med Educ, 1984 Nov, 59 (11 Pt. 2).

En la primavera del año 2009 tuvo lugar la Conferencia Nacional de Decanos que, junto a la Organización Médica Colegial y a las Comisiones de Deontología de los colegios de médicos, han consensuado incluir en el currículum del estudiante de Medicina créditos de ética y bioética que hagan referencia tanto al Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial, como a la divulgación, por parte de todos los colectivos implicados, de cursos y seminarios sobre conocimientos de los principios deontológicos. Según el presidente de los decanos de Medicina, Joaquín García-Estan, y el presidente de la OMC (Organización Médica Colegial), José Rodríguez Sendín, “la enseñanza de los deberes que competen al médico en el ejercicio de su profesión debe iniciarse en el pregrado, continuar en el posgrado y actualizarse a lo largo de toda la vida profesional”.

El Espacio Europeo de Educación Superior y Medicina

El llamado Plan de Bolonia se implanta en el curso 2010-2011 en los estudios de Medicina, con él se pretende unificar los sistemas educativos de la Unión Europea, con el objetivo de hacer posible el intercambio y la mejora en la docencia entre todos los estudiantes.

Este proyecto afecta directamente a los estudiantes de Medicina y a la profesión sanitaria, porque obliga a revisar el modelo docente y asistencial de los hospitales universitarios. El mundo asistencial y el docente universitario deben colaborar estrechamente para conseguir un desarrollo adecuado de los futuros profesionales.

Ambos sistemas deben favorecer las necesidades asistenciales de los ciudadanos y el mantenimiento y desarrollo de la calidad de la asistencia, para que los recursos del sistema sanitario puedan ser utilizados plenamente en programas docentes e investigadores de las Universidades, en función de las necesidades de actividad práctica específica de la profesión.

La relación entre la facultad de Medicina y el hospital adscrito se establece a través de una Comisión Mixta, en la que están representadas las dos partes de modo paritario.

Con este fin en la Comunidad de Castilla y León se firmó el 4 septiembre de 2009 un convenio marco de colaboración entre la Gerencia Regional de Salud y las Universidades Públicas de Burgos, León, Salamanca y Valladolid en materia docente y de investigación en Ciencias de la Salud, con unos objetivos concretos para ambas instituciones a nivel docente, asistencial e investigador para la docencia de grado.

El Pregrado en Medicina

La procedencia de los alumnos de la Facultad de Medicina, por nivel educativo, se muestra en el siguiente esquema:

- Bachillerato..... 78 %
- Formación profesional 7 %
- Extranjeros no comunitarios 3 %
- Deportistas de élite..... 3 %
- Mayores de 25 años 3 %
- Otras titulaciones..... 3 %
- Minusválidos..... 3 %

	Oferta de plazas 2008/2009	Oferta de plazas 2007/2008	Oferta de plazas 2006/2007	Oferta de plazas 2005/2006	Oferta de plazas 2004/2005	Oferta de plazas 2003/2004	Oferta de plazas 2002/2003	Oferta de plazas 2001/2002	Dif. 01-08	% cambio 01-08
CEU SAN PABLO	120	100	80	50	50	50	50	50	70	140,0
MURCIA	175	150	130	105	105	105	105	105	70	66,7
LAS PALMAS	80	80	80	53	53	53	53	53	27	50,9
COMPLUTENSE	345	315	300	250	250	250	250	250	95	38,0
SANTIAGO DE COMPOSTELA	350	300	275	260	260	260	260	260	90	34,6
ALCALÁ	151	121	121	115	115	115	115	115	36	31,3
HUESCA	65	60	53	50	50	50	50	50	15	30,0
PAÍS VASCO	240	220	200	185	185	185	185	185	55	29,7
EXTREMADURA	135	130	120	105	105	105	105	105	30	28,6
VALENCIA	320	275	263	250	250	250	250	250	70	28,0
MIGUEL HERNÁNDEZ	130	115	109	103	103	103	103	103	27	26,2
SALAMANCA	185	166	154	147	147	147	147	147	38	25,9
SEVILLA	320	293	273	260	260	260	260	255	65	25,5
ZARAGOZA	200	170	147	140	140	150	150	160	40	25,0
VALLADOLID	165	149	142	135	135	135	135	135	30	22,2
GRANADA	253	237	221	210	212	210	210	210	43	20,5
OVIEDO	120	115	105	100	100	100	100	100	20	20,0

Tabla 10: Oferta de plazas en Medicina en las Universidades Españolas

	Notas de corte 2008/2009	Notas de corte 2007/2008	Notas de corte 2006/2007	Notas de corte 2005/2006	Notas de corte 2004/2005	Notas de corte 2003/2004	Notas de corte 2002/2003	Notas de corte 2001/2002	Dif. 01-08
EXTREMADURA	8,58	7,99	8,2	8,23	7,95	7,49	7,21	6,16	2,42
ROVIRA I VIRGILI	8,28	7,96	7,83	7,65	7,18	7,31	6,97	6,78	1,5
LLEIDA	8,19	7,92	7,73	7,57	7,18	7,12	6,87	6,72	1,47
CANTABRIA	8,18	8,07	7,9	7,65	7,43	7,24	7,2	6,8	1,38
HUESCA	8,20	7,92	7,85	7,55	7,29	7,15	7,11	6,89	1,31
UAB	8,31	7,99	7,87	7,71	7,3	7,34	7,24	7,16	1,15
LAS PALMAS	8,04	8,64	8,63	8,81	8,67	8,56	8,31	7,91	1,13
BARCELONA	8,60	7,97	8,23	8,14	7,69	7,85	7,72	7,52	1,08
SANTIAGO DE COMPOSTELA	8,47	8,39	8,22	7,92	7,65	7,53	7,59	7,47	1
SALAMANCA	8,42	8,10	7,96	7,8	7,58	7,47	7,38	7,45	0,97
ZARAGOZA	8,28	8,06	8,05	7,72	7,46	7,21	7,27	7,32	0,96
VALLADOLID	8,26	8,17	7,97	7,71	7,49	7,38	7,31	7,31	0,95
MIGUEL HERNÁNDEZ	8,65	8,28	8,47	8,23	8,14	7,82	8,05	7,71	0,94
LA LAGUNA	8,48	8,15	8,3	8,16	7,95	7,79	7,71	7,6	0,88
CÁDIZ	8,23	8,02	7,86	7,61	7,38	7,14	7,2	7,36	0,87
CÓRDOBA	8,42	8,24	8,22	7,83	7,84	7,52	7,5	7,56	0,86
CASTILLA-LA MANCHA	8,92	8,62	8,59	8,4	8,24	8,12	8,04	8,06	0,86
COMPLUTENSE	8,73	8,50	8,34	8,34	8,05	8,1	8,02	7,89	0,84
ALCALÁ	8,54	8,33	8,19	8,08	7,83	7,72	7,72	7,71	0,83
UAM	8,64	8,58	8,28	8,25	7,94	7,88	7,92	7,86	0,78
MÁLAGA	8,48	8,32	8,28	8	7,77	7,64	7,68	7,72	0,76
VALENCIA	8,44	8,24	8,3	8,11	8,11	7,83	7,96	7,68	0,76
OVIEDO	8,70	8,60	8,5	8,41	8,2	8,08	8,06	7,94	0,76
MURCIA	8,46	8,40	8,37	8,09	8,05	8,03	7,94	7,8	0,66
SEVILLA	8,24	8,11	7,94	7,73	7,55	7,44	7,56	7,62	0,62
GRANADA	8,58	8,43	8,49	8,25	8,14	7,82	7,97	8,03	0,55
PAÍS VASCO	8,10	8,11	8,03	7,83	7,72	7,67	7,55	7,73	0,37
POMPEU FABRA	8,09								
GIRONA	7,99								
REY JUAN CARLOS	8,43								
Media	8,43	8,23	8,17	7,99	7,77	7,64	7,59	7,47	0,99
D.E.	0,24	0,23	0,25	0,32	0,37	0,36	0,38	0,46	0,39

Tabla 11: Evolución de las notas de corte de las universidades españolas periodo 2001-2009

	Total Comunidad 07-08	Total Comunidad 08-09	Población a 1-1-08	Estudiantes/ 10.000 hab	Plazas MIR 2008	% alumnos/ plazas MIR	% MIR/10.000 hab.
NAVARRA	190	200	620.377	3,22	90	2,22	1,45
ARAGÓN	230	265	1.326.918	2	214	1,24	1,61
GALICIA	300	350	2.784.169	1,26	326	1,07	1,17
ANDALUCIA	992	1056	8.202.220	1,29	1039	1,02	1,27
CATALUÑA	823	1043	7.364.078	1,42	1049	0,99	1,42
EXTREMADURA	130	135	1.097.744	1,23	143	0,94	1,3
CANTABRIA	108	108	582.138	1,86	115	0,94	1,98
MADRID	717	1027	6.271.638	1,64	1209	0,85	1,93
CASTILLA LEON	315	350	2.557.330	1,37	414	0,85	1,62
CANARIAS	200	210	2.075.968	1,01	251	0,84	1,21
MURCIA	150	175	1.426.109	1,23	220	0,8	1,54
PAIS VASCO	220	240	2.157.112	1,11	307	0,78	1,42
ASTURIAS	115	120	1.080.138	1,11	161	0,75	1,49
VALENCIA	390	450	5.029.601	0,89	610	0,74	1,21
CASTILLA LA MANCHA	92	92	2.043.100	0,45	276	0,33	1,35
TOTAL	4972	5821	44.618.640	1,41	6.424	0,96	1,47

Tabla 12: Evolución de admitidos por Comunidades Autónomas en plazas MIR.

	País	Población (X 1000) 2006	Facultades de Medicina	Facultades/millón
1	República of Korea	48050	52	1,08
2	Spain	43887	33	0,75
3	France	61330	45	0,73
4	Iran (Islamic Republic of)	70270	46	0,65
5	Japan	127953	80	0,63
6	Colombia	45558	28	0,61
7	Sudan	37707	22	0,58
8	Italy	58779	34	0,58
9	Mexico	105342	56	0,53
10	United States of America	302841	140	0,46
11	Turkey	73922	34	0,46
12	Germany	82641	38	0,46
13	United Kingdom	60512	27	0,45
14	Russian Federation	143221	63	0,44
15	Brazil	189323	82	0,43
16	Philippines	86264	30	0,35
17	Pakistan	160943	30	0,19
18	Bangladesh	155991	23	0,15
19	India	1151751	162	0,14
20	Indonesia	228864	32	0,14
21	China	1328474	132	0,1

España, segundo país del mundo con más Facultades de Medicina por millón de habitantes, después de Corea.

Tabla 13: Distribución de los países con más Facultades de Medicina por población

En la siguiente tabla¹⁰⁷ que aparece a continuación, figura el número de las plazas ofertadas de Medicina para el curso 2009-10 en las dos Universidades de nuestra Comunidad, la de Salamanca y la de Valladolid. Si lo comparamos con la demanda que hubo el curso anterior, 2008/09, para cursar esta carrera, podemos observar que tan sólo un 6,5% de estudiantes en Salamanca, y un 17% en Valladolid de los que lo solicitan, podrá acceder a estos estudios.

¹⁰⁷ Ponencia de D. Ricardo J. Rigual Bonastre. Decano de la Facultad de Medicina de Valladolid (2009): "La formación universitaria del futuro médico", Presentación en Jornadas de Calidad, Valladolid, 5 Junio 2009.

	MEDICINA. U. DE SALAMANCA	MEDICINA. U. DE VALLADOLID
Plazas ofertadas para el curso 2009-10	210	190
Demanda en primera opción (curso 2008/09)	3.251	1.113
Demanda en segunda opción (curso 2008/09)	1.100	2.664
Matriculados en 1º, curso 2008-09	183	167
Matriculados en 2º, curso 2008-09	121	151
Matriculados en 3º, curso 2008-09	199	147
Matriculados en 4º, curso 2008-09	137	120
Matriculados en 5º, curso 2008-09	163	120
Matriculados en 6º, curso 2008-09	244	149
TOTAL MATRICULADOS EN EL CURSO 2008-09	1.047	854

Tabla 14: Plazas ofertadas en Medicina en las Facultades de Castilla y León para el curso 2009-2010

Resumen

Las Escuelas o Universidades de Medicina deben cumplir una serie de especificaciones para garantizar el éxito a los estudiantes en el logro de una serie de competencias. Una adecuada planificación y política por parte de los organismos universitarios, instituciones y programas, así como la evaluación del profesorado, permitirá que el alumno desarrolle tanto aspectos teóricos, prácticos y éticos como preparación para el buen ejercicio de la profesión.

Actualmente el método de evaluación para los estudiantes que finalizan los estudios de Medicina está siendo puesto en cuestión, y en el futuro todo parece apuntar que se compondrá de tres partes:

- Una prueba teórica, como tradicionalmente se ha venido haciendo durante los últimos años.
- Una prueba de habilidades clínicas y de comunicación (ECOFE).
- La puntuación del expediente académico.

La evaluación debe considerarse una actividad esencial tanto en esta etapa como en las futuras. Por medio de evaluaciones se corrige y mejora las posibles deficiencias. La evaluación condiciona no sólo los planes, programas, instituciones o distribución de los recursos, tanto humanos como materiales, sino fundamentalmente el proceso de aprendizaje. “Todo lo que no se evalúa, se devalúa”¹⁰⁸.

Según Bando Casado, “los médicos con una buena formación de pregrado son los que han desarrollado, durante su paso por la Facultad de Medicina, actitudes correctas y son capaces de apreciar críticamente la naturaleza, las expectativas y los límites de su función. Es necesario definir objetivos didácticos hacia una formación que culmine con éxito en el posgrado. Es básico que el médico haya tenido ya contactos con pacientes y un aprendizaje en las técnicas de diagnóstico”¹⁰⁹.

Al finalizar los estudios universitarios básicos de Medicina se adquieren unas competencias básicas que constituirán los cimientos para las posteriores etapas.

¹⁰⁸ Villardón, Lourdes y Yániz, Concepción (2004): “El aprendizaje cooperativo y el nuevo concepto de evaluación”, Universidad de Deusto, *Cuarta Jornada sobre Aprendizaje Cooperativo*, Universitat Politècnica de Catalunya.

¹⁰⁹ Bando Casado, H. C., (2009), “Un compromiso con la sanidad: la promoción integral de la sanidad”, Editorial Astellas Pharma, Madrid, pág.69.

Segunda Etapa: Posgrado

Introducción

Siguiendo el punto de vista de Bando Casado “se debe facilitar formación de posgrado a los recién graduados para evitar la ruptura entre la universidad y la realidad formativa, debiéndose establecer una conexión entre la formación de pregrado y así aprovechar las técnicas y los avances científicos relevantes. La concepción moderna de la formación de posgrado debe configurarse como un camino mediante el cual se consigue un aprendizaje de los profesionales en varios aspectos fundamentales, como son la adquisición de conocimientos básicos, los entrenamientos, las habilidades y la formación de actitudes para ejercer la profesión”¹¹⁰.

Durante la etapa de posgrado, las competencias se van a ir adquiriendo bajo determinadas reglas y regulaciones. El aprendizaje que se inicia es equivalente al que se realiza en un taller, en donde los aprendices o los médicos jóvenes, trabajan en el entorno sanitario con médicos más expertos, los cuales son responsables de su instrucción y supervisión.

En esta etapa es posible realizar una revisión continua y poner al día la estructura, función y calidad de los programas de especialización médica, así como identificar y subsanar las deficiencias que se encuentren.

Los temas que deben ser abordados en este proceso son los que se enuncian a continuación:

- Adaptación de la misión y de los objetivos finales del proceso de especialización de posgrado al panorama científico, socio-económico y cultural.
- Adecuación de las competencias que incluye la formación de posgrado teniendo en cuenta tanto el campo elegido por el alumno

¹¹⁰ Bando Casado, H. C. (2009), “Un compromiso con la sanidad: la promoción integral de la sanidad”, Editorial Astellas Pharma, Madrid, pág.67.

como las necesidades del entorno al que el nuevo médico va a incorporarse.

- Adaptación de los métodos de aprendizaje durante las prácticas de especialización con el fin de asegurar que son las más apropiadas y relevantes.
- Diseño del contenido y de la duración de los programas de especialización incluyendo contenidos de las: Ciencias Biomédicas, Clínicas, Sociales y del Comportamiento teniendo en cuenta los cambios demográficos, pautas de salud y enfermedades de la población; todo ello dentro del marco socio-económico y cultural actual.
- Desarrollo de procedimientos y sistemas de evaluación atendiendo a los cambios en objetivos y procedimientos, así como en los planes que ordenan el proceso de aprendizaje de posgrado.
- Adaptación de la política de admisión y de los métodos de selección de los estudiantes de posgrado a las expectativas y circunstancias del sistema social y sanitario, necesidades de recursos humanos, cambios en la educación básica de los estudios de medicina y requisitos del programa de especialización.
- Mantenimiento de los criterios y recursos establecidos para ordenar cada especialización, atendiendo, entre otras cosas, al número de estudiantes, al perfil y a los contenidos y principios básicos del programa.

Formación

Los programas formativos de especialistas se dividen en cursos anuales y deben especificar tanto los objetivos cualitativos y cuantitativos como las competencias profesionales que ha de adquirir el aspirante en cada uno de los ciclos.

Estos programas son elaborados por la Comisión Nacional de la Especialidad, y una vez ratificados por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, han de ser aprobados por el Ministerio con competencias en materia de Sanidad. Igualmente son periódicamente revisados, actualizados y publicados en el Boletín Oficial del Estado, para su vigencia y conocimiento general de toda la sociedad.

Los programas de formación de las especialidades médicas han de ser seguidos por quienes inician una formación sanitaria especializada MIR. La Secretaría de Estado de Universidades ha trabajado conjuntamente con el Ministerio con competencias en materia de Sanidad en la fijación de criterios de acreditación docente con el propósito de adaptarlos a las necesidades actuales a través de la Comisión de Acreditación del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, como afirma Bando Casado¹¹¹.

Cómo ha de ser la formación es un asunto que debe considerarse en la planificación de las necesidades y características de las profesiones de los médicos especialistas. Actualmente se ha cuestionado si el número de médicos satisface o no las necesidades del sistema de salud, lo que conllevaría acometer la ampliación de plazas universitarias y crear escuelas de formación, al mismo tiempo que disponer de personal docente o si por el contrario sólo es un problema de redistribución de los profesionales especialistas en cuyo caso se deben acometer políticas reguladoras y analistas de la situación real. En ambos casos estos avances exigirán planificación e inversión en el sistema sanitario actual.

¹¹¹ Bando Casado, H. C. (2009), "Un compromiso con la sanidad: la promoción integral de la sanidad", Editorial Astellas Pharma, Madrid, pág.72.

En un futuro, habría que valorar qué especializaciones se necesitan, teniendo en cuenta los factores que influyen actualmente en el sector sanitario, como por ejemplo, nuevas tecnologías, envejecimiento progresivo de la población y por tanto aumento del número de pacientes de edad avanzada con enfermedades crónicas múltiples, mayor frecuencia de viajes y desplazamientos con la consiguiente propagación de enfermedades hasta ahora prevalentes en países tropicales, brote de enfermedades transmisibles, entre otras, y poner especial atención en la formación profesional permanente de los profesionales de la salud. Se sabe que al actualizar las cualificaciones profesionales se mejora la calidad en términos de salud y se ofrece mayor seguridad a los pacientes.

Para conseguir y facilitar esta mejora se plantean los siguientes puntos:

- Desarrollo de cursos de formación para estimular la reincorporación de los trabajadores de más edad.
- Impulso de la formación en tareas de gestión para los profesionales de la salud.
- Fomento de la cooperación entre los Estados miembros para la gestión del *numerus clausus* de los profesionales de la salud, permitiendo cierta flexibilidad.
- Ampliación de las posibilidades de formación lingüística con el fin de ayudar en posibles desplazamientos.
- Creación de un observatorio del personal sanitario, tanto en el ámbito autonómico como en el nacional, que permita planificar las futuras necesidades de personal sanitario, los planes de necesidades de formación y la utilización de las tecnológicas más avanzadas. Los datos y la información extraídos serán actualizados y comparables con el personal que se encuentra en proceso de formación especializada o por especialidades, distribución geográfica, edad, sexo y país de procedencia. Este observatorio tiene el objetivo de precisar la movilidad de determinados profesionales, y conocer la optimización de los recursos que se invierten en el nivel de recursos humanos.

Regulación española de Formación de especialistas

El 21 de febrero de 2008 apareció publicado en el B.O.E. el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el cual se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud, al igual que se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

En este Real Decreto se atribuyen competencias a las Comunidades Autónomas para desarrollar los distintos aspectos de la formación especializada que garantice la mejor calidad de la formación de los especialistas sanitarios. Anteriormente estas jurisdicciones recaían en el Ministerio de Sanidad y Política Social.

Cuando los residentes especialistas (MIR, PIR, FIR, EIR, BIR) se incorporan a una institución sanitaria, se encuentran con una estructura docente que les llevará de la mano durante cuatro o cinco años hacia el conocimiento de la especialidad.

Al frente de este camino como residente se encuentra la figura, regulada por el Real Decreto 183/2008, del Jefe de Estudios de la institución sanitaria, que estará presente tanto en Asistencia Especializada como en Asistencia Primaria. Es nombrado por el Gerente del Hospital y el perfil de este puesto requiere que quien lo ocupe posea experiencia asistencial y docente, investigadoras y de gestión.

Las funciones de este Jefe de Estudios se han estructurado en tres puntos: labores de representación, de docencia y de relación entre tutor y residente, por lo que tendrá una dedicación compartida con la de asistencia o las labores docentes.

El Jefe de Estudios organizará un equipo de tutores de las distintas especialidades para la orientación del residente. Estos tutores tienen unas competencias semejantes a las del Jefe de Estudios en su aspecto formativo.

La estructura que se define en los párrafos anteriores, se entronca con las llamadas Comisiones de Docencia como órgano de representación y participación de la institución sanitaria cuyo presidente es el Jefe de Estudios. Forman parte de las mismas, el Equipo directivo del centro y participa un número representativo de tutores y residentes elegidos por votación, con interrelación entre los dos niveles asistenciales, Primaria y Especializada.

Aludiendo de nuevo al estudioso Bando Casado, éste afirma que “las comisiones de docencia de los hospitales deben asumir un mayor protagonismo para llevar a cabo las actuaciones para una mejora de la calidad de la formación, lo que repercutirá directamente en las tareas asistenciales, trasladando sus beneficios a los pacientes. Es necesario encontrar un equilibrio entre las actividades puramente docentes y las asistenciales. La labor de las tutorías del MIR debe jugar un papel dinamizador”¹¹².

Cada año se convocan las pruebas selectivas para plazas de formación sanitaria especializada para Médicos (MIR), Farmacéuticos (FIR), Químicos (QUIR), Psicólogos (PIR), y Radiofísicos Hospitalarios. En la especialidad de enfermería, son tres las especialidades que se requieren: Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas), Enfermería de Salud Mental y Enfermería del Trabajo (EIR). En cada una de las Ordenes de convocatoria de cada año, se detallan con precisión las plazas ofertadas en materia de formación sanitaria especializada en cada Comunidad Autónoma para los sanitarios que se incorporan anualmente a la estructura asistencial de las instituciones sanitarias.

¹¹² Bando Casado, H. C. (2009), “Un compromiso con la sanidad: la promoción integral de la sanidad”, Editorial Astellas Pharma, Madrid, pág.72.

Especialidades	2008/2009			2009/2010		
	Acreditadas	Ofertadas	Adjudicadas	Acreditadas	Ofertadas	Adjudicadas
Alergología	3	3	3	3	3	
Análisis clínicos	7	6	6	7	7	
Anatomía patológica	3	3	3	3	3	
Anestesiología y Reanimación	12	12	12	12	12	
Angiología y C. Vascular	3	3	3	3	3	
Aparato Digestivo	7	7	7	8	8	
Bioquímica clínica	2	2	2	2	2	
Cardiología	9	9	9	9	9	
Cirugía Cardiovascular	1	1	1	1	1	
Cirugía General y A. digestivo	9	9	9	9	9	
Cirugía Oral y maxilofacial	1	1	1	1	1	
C. Ortopédica y Traumatología	11	11	11	11	11	
Cirugía Pediátrica	0	0	0	0	0	
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora	1	1	1	2	2	
Cirugía Torácica	2	2	2	2	2	
Dermatología Médico-Q.y V.	6	6	6	6	6	
Endocrinología y nutrición	4	4	4	4	4	
Farmacología Hospitalaria	9	9	9	10	10	
Farmacología Clínica	0	0	0	0	0	
Geriatría	1	1	1	2	2	
Hematología y Hemoterapia	7	7	7	7	7	
Inmunología	0	0	0	1	1	
Medicina del Trabajo	4	4	4	4	4	
Medicina Física y Rehabilitación	5	5	5	5	5	
Medicina Intensiva	10	10	10	11	11	
Medicina Interna	22	22	22	23	23	
Medicina Nuclear	2	2	2	2	2	
Medicina Preventiva y S.P	5	5	5	5	5	
Microbiología y Parasitología***	4	4	4	4	4	
Nefrología	6	6	6	7	7	
Neumología	9	8	8	9	9	
Neurocirugía	3	3	3	3	3	
Neurofisiología clínica	4	4	4	4	4	
Neurología	6	6	6	7	7	
Obstetricia y Ginecología	12	12	12	13	13	
Oftalmología	13	13	13	14	14	
Oncología Médica	4	4	4	6	6	
Oncología Radioterápica	2	2	2	2	2	
Otorrinolaringología	4	4	4	4	4	
Pediatría y sus AA. Esp.	22	22	22	23	23	
Psicología clínica	6	6	6	7	7	
Psiquiatría	16	15	15	16	16	
Radiodiagnóstico	14	13	13	14	14	
Radiofarmacia	0	0	0	0	0	
Radiofísica hospitalaria	2	2	2	2	2	
Reumatología	0	0	0	0	0	
Urología	6	5	5	6	5	

Total Especialidades hospitalarias	279	274	274	294	293	0
Medicina Familiar y Comunitaria	197	144	137	197	144	
<i>GAP Ávila</i>	13	10	10	13	10	
<i>GAP Burgos</i>	13	11	11	13	13	
<i>Aranda</i>	3	2	2	3	3	
<i>Miranda</i>	8	4	3	8	4	
<i>GAP León</i>	22	17	13	22	18	
<i>GAP El Bierzo</i>	10	8	8	10	9	
<i>GAP Palencia</i>	18	10	8	18	10	
<i>GAP Salamanca</i>	26	14	14	26	10	
<i>GAP Segovia</i>	14	10	10	14	10	
<i>GAP Soria</i>	10	6	6	10	7	
<i>GAP Valladolid Este</i>	18	16	16	20	18	
<i>Medina del Campo</i>	10	7	7	10	6	
<i>GAP Valladolid Oeste</i>	18	18	18	16	16	
<i>GAP Zamora</i>	14	11	11	14	10	
TOTAL ESP. NIVEL LICENCIADO	476	418	411	491	437	
Matrona	10	10	10	18	18	
Enfermera Salud Mental	10	10	10	10	10	
TOTAL ENFERMERÍA	20	20	20	28	28	
TOTAL	496	438	431	519	465	

Tabla 15: Distribución plazas MIR y EIR por especialidades.

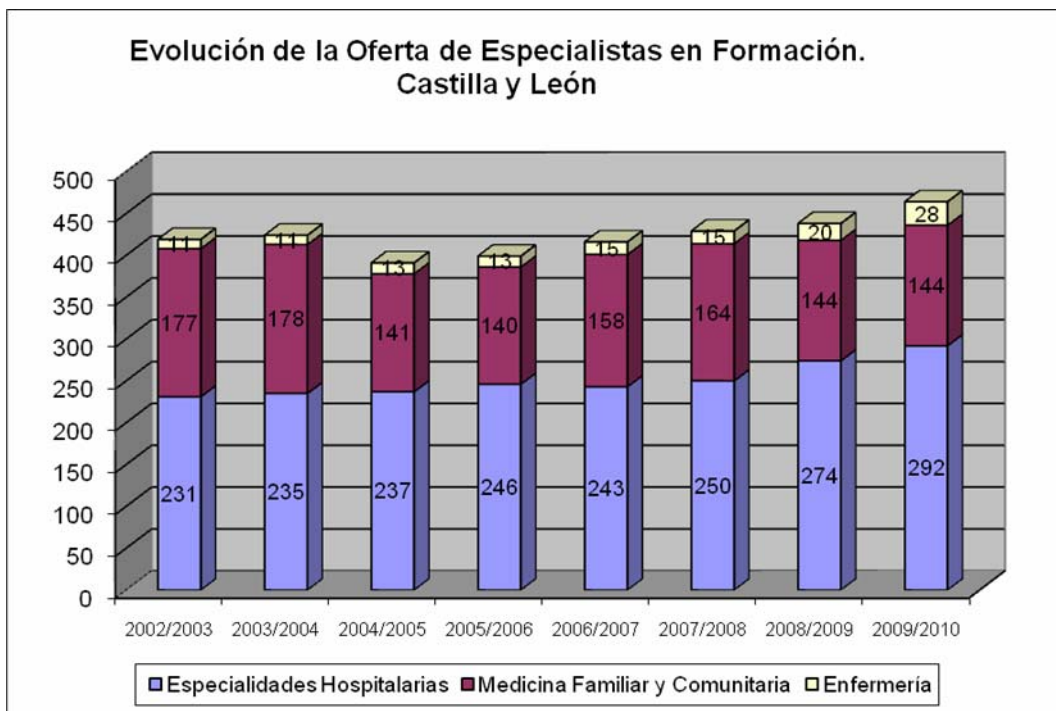


Ilustración 9: Evolución de la oferta MIR y EIR en Castilla y León.

ATENCIÓN PRIMARIA					
GERENCIA	MIR-1	MIR-2	MIR-3	MIR-4	TOTAL
ÁVILA	9	6	5	6	26
BURGOS	14	6	4	12	36
LEÓN	11	8	8	13	40
EL BIERZO	6	0	1	7	14
PALENCIA	7	3	6	1	17
SALAMANCA	14	14	15	13	56
SEGOVIA	9	7	8	4	28
SORIA	6	1	2	3	12
VALLADOLID ESTE	23	5	10	15	53
VALLADOLID OESTE	18	17	12	12	59
ZAMORA	11	6	6	3	26
TOTAL	128	73	77	89	367

ATENCIÓN ESPECIALIZADA						
GERENCIA	MIR-1	MIR-2	MIR-3	MIR-4	MIR-5	TOTAL
C.A. DE ÁVILA	2	2	2	2	0	8
C.A. DE BURGOS	30	33	30	29	6	128
H. EL BIERZO	3	2	4	1	1	11
C.A. DE LEÓN	35	32	33	28	8	136
C.A. DE PALENCIA	8	3	4	2	1	18
C.A.U. SALAMANCA	70	60	58	62	11	261
C.A. SEGOVIA	15	14	16	16	4	65
C.A. SORIA	4	2	1	2	2	11
H. UNIV. RÍO HORTEGA	31	30	30	31	5	127
H. CLÍNICO UNIV. DE VALLADOLID	52	42	48	43	14	199
C.A. DE ZAMORA	6	6	4	4	4	24
TOTAL	256	226	230	220	56	988
TOTAL RESIDENTES EN CASTILLA Y LEÓN = 1355						

Tabla 16: Número de MIR en Castilla y León por centros años 2009/2010

Según el Artículo 4 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, la Unidad Docente se define como el conjunto de recursos personales y materiales que pertenecen a los dispositivos asistenciales, docentes, de investigación o de cualquier otro carácter que, con independencia de su titularidad, se consideren necesarios para impartir formación reglada en especialidades en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia, de acuerdo con lo establecido en los programas oficiales de las distintas especialidades.

Cada Unidad Docente ha de evaluar sus recursos docentes anualmente e informar, de las plazas existentes y necesarias para planificar la Oferta de Plazas de la Comunidad, de tal manera que se ajuste a la realidad de cada Unidad.

Cuando se solicita una Unidad Docente nueva, ésta debe ser acreditada por el Ministerio con competencias en materia de Sanidad. Los procedimientos que se llevan a cabo en la acreditación son unos instrumentos necesarios para garantizar la calidad de la formación en todo el sistema sanitario y la existencia en el mismo de unas estructuras formativas uniformes y adecuadas tanto a la evolución de los conocimientos científicos y tecnológicos como a las necesidades que demanda nuestra sociedad, existiendo una estrecha relación entre las características de las instituciones en las que se imparte la docencia y el nivel de formación adquirido por los residentes.

Atendiendo al Artículo 7.3 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, las competencias en docencia de posgrado también están en pleno cambio, dado que en la actualidad se están estudiando criterios para la incorporación de éstas en troncos de especialidad, es decir, se está trabajando para definir una estructura docente especializada de carácter troncal, en la que el residente se forme multidisciplinar y profesionalmente.

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud coordina auditorías, informes y propuestas necesarias con el fin de acreditar las unidades docentes y evaluar, en el marco del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud y en el del Plan Anual de Auditorías Docentes, el funcionamiento y la calidad del sistema de formación, colaborando estrechamente con las agencias de calidad de las Comunidades Autónomas, a través de sus servicios de inspección y de los profesionales auditores de ellas, según muestra el Artículo 62.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Artículo 29 punto 2 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero.

Las Comunidades Autónomas, con la finalidad de efectuar el

seguimiento de la calidad de la formación especializada, realizarán, a través de los órganos competentes en la materia, una encuesta anual y anónima a todos los residentes que se formen en sus respectivos ámbitos para comprobar su grado de satisfacción en cuanto a la formación recibida, conforme al Artículo 29 punto 5 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero.

La formación especializada presenta las siguientes características que se ofrecen a continuación:

- La formación de especialistas implica una formación tanto teórica como práctica, al igual que una participación personal y progresiva del especialista en formación en la actividad y responsabilidades propias de la especialidad que se trate.
- La formación tiene lugar gracias al sistema de Residencia en Centros Sanitarios, y en su caso, Docentes. Éstos tienen establecido un sistema de rotaciones a priori anual, cuyos principales objetivos son:
 - Incentivar la integración docente-asistencial a través de la incorporación de los Internos a las actividades de la atención médica hospitalaria, con el propósito de profundizar en un proceso de enseñanza-aprendizaje que desarrolle la capacidad para desarrollar habilidades, actitudes, responsabilidades y el imprescindible acento humanístico.
 - Promover la participación activa del Interno en el ámbito hospitalario, asumiendo éste con responsabilidades crecientes su capacitación profesional.
 - Difuminar el ficticio límite que separa la enseñanza de grado con la del posgrado inmediato.
 - Estimular el trabajo médico en equipo y el sentimiento de pertenencia al Hospital.
 - Consolidar y aplicar los conocimientos científicos y técnicos que se han adquirido durante los Ciclos Biomédico y Clínico, dando prioridad a las patologías prevalentes en nuestro país.

- Adquirir conocimiento de las patologías más frecuentes de la práctica médica en cada una de las disciplinas básicas.
- Reconocer los condicionamientos y limitaciones que el ámbito hospitalario impone a la práctica médica.
- Adaptar los criterios diagnósticos, pronósticos y terapéuticos a la realidad del medio en el que se desempeña.
- Alcanzar una actitud ética a través del modelo del Hospital Público.

Características de la formación de Residencia

Las principales características que muestra la formación de Residencia son las que aparecen descritas a continuación:

- La instrumentación del Internado Anual Rotatorio estará bajo la responsabilidad directa del Director de la Unidad Docente Hospitalaria y/o del Coordinador Docente del Hospital Asociado y será hecha efectiva a través de los diferentes Jefes de Servicios / Unidad / División / Departamento asistenciales del Hospital por el que rote el Residente.
- Con el fin de facilitar su implementación y evaluar los resultados obtenidos, se podrá crear un Comité Asesor del Internado Anual Rotatorio. Dicho Comité estará integrado por el Director y/o Coordinador Docente, por Jefes de Servicios / Unidad / División / Departamento Asistenciales del Hospital por donde rote el Interno y por autoridades de la Dirección del Hospital.
- Para poder iniciar el Internado Anual Rotatorio se requiere tener aprobada la totalidad de las asignaturas de la Carrera de Medicina. El interesado no puede comenzar dicho Internado antes de la fecha del Acta en la que se aprobó la última materia.
- Según la planificación e instrumentación de las actividades en las diferentes Unidades Académicas Docentes, el Internado Anual Rotatorio podrá comenzar al inicio de cada una de las "rotaciones" programadas, o bien, de algunas de ellas.
- La actividad en Servicio de los Internos estará incorporada al Sistema de Residencias Médicas (en aquellos Servicios que así lo acrediten) y será complementada con actividades vespertinas en aquellos otros Servicios que no tengan Residentes o bien en áreas cuyas características académicas para la formación de un médico generalista así lo aconsejen.
- El Internado Anual Rotatorio durará un período lectivo completo, es decir, nueve meses. Dicho lapso de tiempo no podrá acotarse por

ninguna razón y, en todas y cada una de las rotaciones se deberá cumplir el tiempo completo, con el horario obligatorio de ocho horas al día. Los alumnos realizarán una guardia semanal de 24 horas durante todo el tiempo de Internado, de manera paralela con las restantes rotaciones.

- El profesional deberá cumplir tiempo completo durante todo el Internado Anual Rotatorio. En determinadas situaciones puntuales y debidamente justificadas, el Director de la Unidad Docente Hospitalaria y/o Coordinador Docente del Hospital Asociado podrá autorizar una menor duración del horario / día para una rotación determinada, compensándolo con una prolongación en el tiempo que dure la misma.
- Las actividades de los Residentes se desarrollarán en rotaciones, las cuales deberán cumplirse en las siguientes disciplinas troncales con una distribución aproximada de tiempo de:
 - Medicina (2 meses)
 - Cirugía (2 meses)
 - Pediatría (2 meses)
 - Toco-ginecología (2 meses)
 - Urgencias Hospitalarias (24 horas a la semana)
 - Atención Primaria de la Salud (Pacientes ambulatorios en Áreas Programáticas o similares) (4 meses)
 - Salud Mental (1 mes)
- Las emergencias será incluida como rotación independiente y se instrumentará de forma paralela a las otras rotaciones.
- Las actividades de los Internos en cuanto a la distribución de la carga horaria de las rotaciones, serán flexibles y podrán tener modificaciones en la distribución horaria (se sugiere una flexibilidad no mayor de tres semanas más o menos).
- El control de las actividades del alumno depende del Director de la Unidad Docente Hospitalaria y/o Coordinador del Hospital Asociado quien es el responsable del cumplimiento y de la promoción de todas y cada una de las rotaciones. Dicho Director y/o Coordinador podrá

delegar funciones o compartir esa responsabilidad bien con los Jefes de los Servicios o con los Encargados de las Asignaturas en donde el Interno rote, pero asumiendo que la responsabilidad final ante la Facultad de Medicina es suya.

- El Internado Anual Rotatorio se llevará a cabo, fundamentalmente, donde cada alumno cursó la Unidad Docente Hospitalaria. En el caso de algunas rotaciones puntuales, éstas podrán realizarse en el Servicio de otro Hospital o Centro Asistencial, tanto nacional como extranjero, que cumpla con los requisitos de práctica auditada con supervisión académica adecuada, y capacidad para promocionar la actividad del alumno. El Director y/o el Coordinador será, en última instancia, el responsable de la promoción de esa rotación.
- En casos excepcionales y por razones de fuerza mayor, el Director de la Unidad Hospitalaria y/o el Coordinador Docente del Hospital Asociado podrá derivar a sus alumnos a Hospitales o Centros que satisfagan los requisitos de la práctica con supervisión adecuada, instrumentando y facilitando aquellos procedimientos que considere más idóneos para auditar la tarea llevada a cabo. Finalmente y en todas las circunstancias, será el encargado de asumir la responsabilidad ante la Facultad de Medicina.
- Las maniobras instrumentales serán rigurosamente controladas por los médicos y realizadas por ellos. Los Internos sólo colaborarán en su desarrollo.
- Las tareas relacionadas con las decisiones y la actitud terapéutica serán determinadas por los médicos que estén a cargo.
- Los Internos podrán desarrollar tareas asistenciales supervisados por los médicos del hospital, de acuerdo a lo establecido por la Disposición Nro.1.498 de la Dirección Nacional de Regulación y Control del 30 de Diciembre de 1993 (Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social), que encuadra a los alumnos del Internado Anual Rotatorio en el Artículo N°.41 de la Ley N°. 17.132 y su Decreto reglamentario a todos los efectos de la actividad del aprendizaje planificado.

- Es un programa formativo a tiempo completo, por lo tanto la formación mediante Residencia será incompatible con cualquier otra actividad profesional o formativa, con excepción de los estudios de doctorado.
- La duración de la Residencia será fijada en el programa formativo de la especialidad en concreto y se tendrá en cuenta lo dispuesto en las normas comunitarias.
- La actividad de los Residentes será planificada por los Órganos de Dirección conjuntamente con las Comisiones de Docencia de los Centros con el objetivo de garantizar un funcionamiento regular, continuado y de urgencias del Centro Sanitario.
- Los Residentes deberán desarrollar de forma programada y tutelada las actividades previstas en el programa, asumiendo de forma progresiva, es decir, según avancen en su formación, las actividades y responsabilidades propias del ejercicio autónomo de la especialidad.
- Las actividades de los Residentes, que deberán figurar en el Libro de Residente, serán objeto de evaluaciones periódicas, aunque, en cualquier caso, existirán evaluaciones anuales y una evaluación final al término del periodo de formación.
- Los Centros Sanitarios acreditados para la formación especializada y desarrollo de programas de formación continuada deberán contar con un Jefe de Estudios, una Comisión de docencia y un número adecuado de tutores en función de las actividades que tengan que desarrollar.

Estándares en la educación médica de posgrado según especificaciones europeas. Competencias de los Residentes

Las competencias de los Residentes en la educación médica de posgrado, atendiendo a especificaciones europeas, son las que aparecen mencionadas a continuación:

- Las autoridades responsables de la regulación de la formación de posgrado (agencias del gobierno nacional, ministerios o departamentos, universidades y organizaciones profesionales, etc.) han de definir, previa consulta a las organizaciones profesionales, las misiones y los objetivos finales del posgrado. Dichos objetivos están íntimamente ligados al proceso de prácticas que al final hace que un médico sea competente en su profesión. Estas misiones y metas finales deben impulsar la innovación y el desarrollo de las competencias más allá de las consideradas meramente básicas, así como preparar al futuro médico en el desarrollo continuo de su profesión durante toda la vida laboral.
- Los médicos de prácticas, directores del programa, sociedades científicas, administradores de hospitales, autoridades gubernamentales, asociaciones de profesionales y organizaciones han de velar por el cumplimiento de la misión y de los objetivos de los médicos que están realizando la especialización.
- El médico debe desarrollar su labor profesional con profesionalidad y autonomía, desplegando todos sus conocimientos, habilidades, aptitudes y comportamientos. Debe tener interés a lo largo de su carrera profesional por aprender, mantener e incrementar las competencias adquiridas dando muestras de un comportamiento ético, practicando con integridad, honestidad y altruismo un servicio hacia los otros, y con adhesión al “código profesional”, actuando con justicia y respetando a los demás.
- La fase de especialización debe tener componentes obligatorios y optativos, al igual que en la educación básica, por lo que debe integrar

práctica (atención al paciente bajo la supervisión de médicos de la profesión) y sesiones de contenido didáctico. Es necesario describir claramente los objetivos y las tareas que se han debido aprender al finalizar las etapas y la especialización.

- Es importante la relación entre las prácticas de posgrado y servicio. El hecho de ser aprendiz de servicio implica por un lado la oportunidad de desarrollar una atención al paciente de calidad y por otro la oportunidad de aprender aspectos ligados a las funciones del desempeño eficiente del servicio.
- La responsabilidad de dirigir o el hecho de tener autoridad para organizar, coordinar, dirigir y asesorar al profesional de posgrado debe estar claramente identificada. El responsable o tutor del futuro profesional tiene que contar con instrumentos de planificación, de desarrollo e innovación, con métodos de capacitación y con sistemas de evaluación de candidatos, que pueda utilizar con cierta autonomía en función de la respuesta o habilidades del futuro médico.
- A las autoridades competentes les corresponde establecer métodos apropiados de evaluación, que incluyan criterios para determinar la suficiencia en los exámenes y otras pruebas de rendimiento formativo. Las aptitudes que se demuestren en la formación de prácticas deben recogerse en los informes realizados por los respectivos tutores. Para que generen confianza y sean útiles, válidas y significativas, las evaluaciones deben estar documentadas, para lo cual es conveniente utilizar evaluadores externos e internos, supervisores, grupos clínicos, etc. Las diferentes etapas de aprendizaje deben registrarse en un libro diario del aprendiz. Cuando sea necesario se utilizarán segundas opiniones, cambio de monitor o supervisor, y se emplearán prácticas supletorias para incrementar el nivel de aprendizaje.
- Existe una estrecha relación entre evaluación y formación, de ahí que los principios de evaluación deban ser compatibles con los objetivos de formación y promover el aprendizaje.

- Es necesario feedback a los MIR o comunicación constructiva con el médico interno residente y con médicos expertos, supervisor y otros colectivos profesionales. Una retroalimentación constructiva sobre la actuación durante el periodo de especialización incluye el diálogo sobre los resultados obtenidos en cada periodo y la actuación clínica conjunta entre el supervisor y el aprendiz con el fin de que éste sea asegurado con respecto al camino que debe seguir, reciba instrucciones e indicadores acerca de cómo aumentar sus competencias.
- Las autoridades competentes y las organizaciones médico-profesionales deben ponerse de acuerdo en los criterios de política y proceso de selección de los médicos en fase de especialización. Al establecer criterios de evaluación deben especificarse las competencias que se van a considerar al juzgar la formación de los futuros potenciales profesionales. El proceso de selección debe ser transparente y la admisión de candidatos abierta a todos los médicos graduados capacitados.
- El número de admitidos tiene que ser acorde a las posibilidades de práctica clínica en la especialidad escogida por los candidatos, tratando de garantizar así un aprendizaje de calidad. El número de futuros profesionales puede variar de acuerdo con las necesidades de la comunidad, sociedad o mercado, de tal forma que “oferta” y “demanda” se ajusten periódicamente.
- Se necesita tanto apoyo como orientación psicopedagógica. El camino hacia el profesionalismo y la autonomía propia es duro y, en algunos momentos, los futuros profesionales pueden no estar suficientemente motivados. El tutor es una figura clave para ellos, ya que les ayuda a mejorar la autoestima, les ofrece retroalimentación, les anima y motiva, y les trata de forma personalizada las incertidumbres, dilemas, dudas o problemas que les surjan o tengan. El trabajo en equipo y el apoyo de otros compañeros de especialidad dentro del entorno laboral ayudan a mejorar el ambiente laboral y la sensación de satisfacción entre los alumnos. Por otro lado, las

instituciones y la propia organización sanitaria son las encargadas de promover acciones fuera del horario de trabajo con el fin de motivar y reforzar las relaciones y la comunicación entre los compañeros, mediante dinámicas de grupo, excursiones, actividades deportivas, etc.

- Deben tenerse en cuenta las condiciones de trabajo y establecer una remuneración apropiada de acuerdo al campo específico de especialización. El interesado debe participar en todas las actividades médicas. Las condiciones de servicio y responsabilidad han de ser definidas y conocidas por todas las partes.
- En los órganos o comités de planificación del programa de la especialidad tanto en el nivel local como en el nacional, ha de existir una representación de los residentes.
- Debe reconocerse a los alumnos el derecho a participar en los programas de especialización, los cuales deberán acometer además de su función otras relacionadas con el servicio que les corresponda.
- Tiene que cumplir con todas las obligaciones y deberes de los médicos en prácticas.
- Las autoridades competentes junto a las organizaciones de profesionales son las responsables de definir las competencias que deben alcanzarse al final del ciclo de especialización de posgrado. Las competencias generales, independientemente del campo de especialización elegido, deben capacitar al alumno en los siguientes ámbitos:
 - Cuidado del paciente con efectividad y de forma compasiva, procurando su restablecimiento y promoviendo la salud.
 - Aplicación de los conocimientos generales a la práctica con cada uno de los pacientes de forma individual.
 - Comunicación a todos los niveles, tanto con el paciente, familia, grupo de trabajo, comunidad científica como con el resto de la organización en los espacios físicos en los que ejerza su tarea profesional.

- Valoración y utilización de conocimientos actualizados con el fin de mejorar la práctica sanitaria.
- Capacidad para asumir funciones diversas al mismo tiempo: supervisor, aprendiz, profesor con los compañeros de profesión, con estudiantes de medicina, y otras profesiones sanitarias.
- Capacidad de ser becario contribuyendo al desarrollo de investigaciones científicas en el campo de especialización escogido.
- Profesionalidad.
- Interés y habilidad a la hora de actuar como defensor del paciente.
- Conocimiento de la salud pública y de las políticas sanitarias, temas y puntos clave, estrategias, conciencia y respuesta en el amplio contexto del sistema sanitario. Este apartado incluye, por ejemplo, el hecho de colaborar con organizaciones de salud, asociarse con proveedores del sistema sanitario y sus directores, tener conocimiento del coste económico de los programas de salud y saber distribuir los recursos.
- Habilidad para entender el sistema sanitario, identificar e introducir mejoras paulatinamente.

Métodos de evaluación en posgrado

El tipo de competencias que se evalúan para cada especialidad debería variar de una especialidad a otra, a pesar de que, en la realidad, el proceso de evaluación evalúa los mismos atributos en todas las especialidades.

Antes de decidir los instrumentos para evaluar la competencia de los médicos, es necesario definir qué atributos deben ser evaluados, ya que es claramente imposible decidir si un médico es competente o no sin antes decidir qué aspectos de sus conocimientos, habilidades o comportamiento lo hace competente. Esta tarea es particularmente ardua y difícil debido a la amplia multitud de facetas que tiene un médico.

Los atributos básicos que debe poseer el médico al finalizar su etapa como médico interno residente (MIR) son entre otros:

- Conocimientos específicos.
- Habilidades para la solución de problemas.
- Competencias clínicas.
- Habilidad para realizar informes de su trabajo diario en términos generales.
- Adecuada utilización de sus habilidades, actitudes y conocimientos.
- Elaboración de informes auditables.
- Grabación de consultas.

Estos criterios no están definidos en términos absolutos y según el contexto en el que se apliquen será necesario juzgar cuáles son más oportunos o viables.

Lo que queda claro es que no hay un método único que evalúe todos los componentes que se han citado, por lo que se puede afirmar que para hacer una buena evaluación hay que utilizar todos los instrumentos posibles, siempre y cuando éstos cumplan los siguientes requisitos: que proporcione información válida, fidedigna, factible y utilizable.

Precisamente, lo que se muestra con estas pautas es que, por un lado, los resultados derivados de la aplicación de múltiples instrumentos de evaluación y de evaluadores externos o internos, en diferentes momentos, deben ser los mismos y, por otro, que los *inputs* de tiempo y los materiales deben ser proporcionales a los resultados que se obtienen del proceso.

Un instrumento ideal de evaluación de la actuación clínica aún no se ha logrado¹¹³. Si bien, se han realizado considerables investigaciones en este campo en países como EE.UU¹¹⁴, U.K¹¹⁵, Holanda¹¹⁶ o Australia¹¹⁷. Todos coinciden en determinar que existen en la actualidad dos tipos generales de evaluación: la escrita y la práctica.

De estos dos tipos generales de evaluación, la parte escrita mide las competencias mediante pruebas escritas de respuesta múltiple, pruebas de elección entre verdadero y falso, diario MIR sobre su evolución, presentación de informes de auditoría, trabajos de investigación, redacciones sobre problemas que consisten en la solución de problemas clínicos.

La evaluación clínica, por el contrario, consiste en la observación en un escenario real o bien en un escenario preestablecido, utilizando unos pacientes estándar, una evaluación de la interacción entre médico-paciente en tiempo real o mediante grabación de vídeo, unos exámenes orales o la capacidad de planificación de la jornada de trabajo. El instrumento ideal de evaluación clínica sería una situación en la que el médico no fuera consciente de que la evaluación se está llevando a cabo. En el caso de Holanda, se han realizado evaluaciones secretas de este tipo utilizando pacientes simulados¹¹⁸⁻¹¹⁹ con el

¹¹³ Hojat, M. et al. (1968), "Is the glass half full or half empty? A re-examination of the associations between assessment measures during medical school and clinical competence after graduation", *Acad Med* 1968, 68 (suppl. 2), S69-S76.

¹¹⁴ Edelstein, DR. y Ruder, HJ. (1990), "Assessment of clinical skills using videotapes of the complete medical interview and physical examination", *Med Teacher*, 1990, 12, 155-162.

¹¹⁵ Godlee, F. (1991), "RCGP-examining the exam", *BMJ*, 1991, 303, 325-328.

¹¹⁶ Pieters, H.M., Touw-Otten, FW., De Melker, RA. (1994), "Simulated patients in assessing consultation skills in general practice vocational training: a validity study", *Med Educ*, 1994, 28, 226-233.

¹¹⁷ Hays, RB., Jones, BF., Adkins, PB., McKain, P.J. (1990), "Analysis of videotaped consultations to certify competence", *Med J Australia*, 1990, 152, 609- 611.

¹¹⁸ Rethans, JJ., Sturmans, F., Drop, R., Van der Vleuten, C. (1991), "Assessment of the performance of general practitioners by the use of standardised (simulated) patients", *Br J Gen Pract*, 1991, 41, 97-99.

¹¹⁹ Rethans, JJ., Drop, R., Sturmans, F., Van der Vleuten, C. (1991), "A method of introducing standardised (simulated) patients into general practice consultations", *Br J Gen Pract*, 1991, 41, 94-96.

fin de conceder los certificados que acreditan competencias médicas.

La utilización de material escrito también es conveniente en cualquier caso¹²⁰⁻¹²¹, como afirma, entre otros, Norcini (1985). Aunque su manejo precisa de poca inversión y los resultados son potencialmente fidedignos, sin embargo, parece existir sólo una modesta correlación entre los resultados procedentes de la evaluación escrita y las escalas de evaluación clínica¹²².

En el caso de U.K, con el fin de identificar médicos no competentes se llegó a la conclusión de que no se podía utilizar un formato numérico basado en la arbitraria decisión de una nota de corte, sino que era necesario aplicar varios instrumentos de evaluación y sumar las evaluaciones de forma dicotómica con una respuesta (sí/no) y sumar al final las evaluaciones de cada instrumento con apoyo en esta metodología. Las evaluaciones de actuación clínica deben ser realizadas al menos por seis evaluadores, de los cuales dos deberán proceder de fuera de la región. Este proceso de evaluación sumativa ha estado operativo durante tres años y 359 MIR en U.K han pasado por este sistema. La proporción de suspensos con este tipo de evaluación es únicamente del 5%, si atendemos al estudio realizado por Campbell y Murray (1993)¹²³. Aunque este tipo de sistema no puede extrapolarse automáticamente a todo el país cabe presumir que este bajo porcentaje de suspensos aumentaría si se aplicase a un número mayor de MIR.

Las investigaciones que se basan en evaluaciones de práctica clínica se hacen sobre todo con pacientes simulados¹²⁴. La principal ventaja de utilizar dichos pacientes simulados es que a cada candidato se le presenta el mismo grupo de cuestiones a resolver. Por el contrario, el problema es que las

¹²⁰ Norcini, JJ. et al. (1985), "Reliability, validity and efficiency of multiple choice question and patient management problem item formats in assessment of clinical competence", *Med Educ*, 1985, 19, 238-247.

¹²¹ Jones, TV., Gerrity, MS., Earp, J. (1990), "Written case simulations: Do they predict physicians behaviour?", *Journal of Clinical Epidemiology*, pp. 805-815.

¹²² Dowaliby, FJ., Andrew, BJ. (1976), "Relationships between clinical competence ratings and examination performance", *J. Med Educ*, 1976, 51, 181-188.

¹²³ Campbell, LM. y Murray, TS. (1993), "Summative assessment of vocational trainees: results of a 3-year study", *Br J Gen Pract*, 46, 411-414.

¹²⁴ Harden, R.M. y Gleeson, F.A. (1979), "Assessment of medical competence using an objective structured clinical examination", *Med Educ*, 13, 39-54.

simulaciones se han utilizado en muchas ocasiones para evaluar unas habilidades concretas y no tanto el conjunto global de competencias,¹²⁵⁻¹²⁶ por lo que su validez en un escenario complicado es bastante cuestionable¹²⁷, debido por ejemplo a la escasez de recursos humanos y materiales. Las consultas en tiempo real tienen ventajas sobre las simulaciones estandarizadas, ya que en estas últimas la persona que va a ser evaluada puede elegir el día que quiere que se le practique la evaluación y tiene la posibilidad de repetir la prueba si no está satisfecha con los resultados, con lo que el estrés de la situación de estar siendo examinado es menor. Pero como ventaja se debe decir que es una herramienta muy útil y práctica cuando se trata de medir la capacidad de escuchar al paciente, negociar y tomar decisiones razonadas, en otras palabras, de medir las habilidades de comunicación y actitud más que las habilidades basadas en conocimientos específicos. La subsanación de este problema se consigue si se especifican los atributos a priori que se van a medir.

La presencia de cámaras es motivo de preocupación entre los aprendices que son evaluados, ya que se pueden comportar de forma diferente a como lo hacen en su día a día cotidiano. Algunas investigaciones han demostrado, por el contrario, que no producen ningún efecto en el comportamiento¹²⁸. Inicialmente, los médicos son conscientes de la presencia de una cámara. Sin embargo, en general, los médicos manifiestan ser conscientes de que se está usando cámara y es notorio que el uso de este tipo de evaluaciones les produce un patente estado de nerviosismo, por lo que deben tener la oportunidad de repetirla si no están satisfechos con la grabación original. Atendiendo a algunos estudios de Campbell, Sullivan y Murray (1995), en los que se ha grabado la consulta y se han pedido pacientes voluntarios, se ha demostrado que la satisfacción del paciente no está afectada por la

¹²⁵ Ferrell, B.G. (1995), "Clinical performance assessment using standardised patients", *Fam Med*, 27, 14-19.

¹²⁶ Williams, R.G. et al. (1987), "Direct, standardized assessment of clinical competence", *Med Educ*, 21, 482-489.

¹²⁷ Cox, K. (1990), "No Oscar for OSCA", *Med Educ*, 24, 540-545.

¹²⁸ Pringle, M., Robins, S., Brown, G. (1984), "Assesing the consultation: Methods of observing trainees in general practice", *BMJ*, 288, 1659-1660.

presencia de una videocámara¹²⁹.

Los resultados de este sistema influyen en las pautas de admisión, programas y objetivos tanto de las universidades de posgrado como de los mentores, y permiten identificar MIR que pudieran tener problemas en las diferentes pruebas del sistema sumativo. En el caso de renovar el certificado también se puede utilizar este sistema, que ayuda a identificar médicos que no satisfacen los requisitos para renovar su licencia. En la actualidad hay un creciente interés por investigar la competencia profesional de aquéllos que ya tienen licencia para ejercer y han de renovarla.¹³⁰⁻¹³¹

PRUEBAS ESCRITAS
Examen: Elegir entre verdadero/falso
Examen de respuesta múltiple
Trabajo de investigación sobre un tema concreto de su especialidad
Examen de desarrollo de un tema específico al finalizar cada etapa
Diario MIR
Informes auditables
Redacción sobre cómo resolver un problema clínico específico

Tabla 17: Pruebas escritas

PRUEBAS DE ACTUACIÓN CLÍNICA
Escenario real con pacientes reales voluntarios
Escenario real con pacientes simulados
Escenario experimental con pacientes estándares
Grabación de la interacción médico paciente
Examen oral
Observación de la planificación diaria de la jornada de trabajo en diferentes tareas: asistencial, quirúrgica, comunitaria, docente, investigadora
Utilización de evaluadores ajenos

¹²⁹ Campbell, LM., Sullivan, F., Murray, TS. (1995), "Videotaping of general practice consultations: effect on patient satisfaction", BMJ, 311-326.

¹³⁰ Scully, G. (1995), "Dealing with duffers", Lancet, 346, 720.

¹³¹ Calman, K. (chairman) (1995), "Review of guidance on doctors performance", London, Chief Medical Officer.

Tabla 18: Pruebas de actuación clínica

El sistema de formación de especialistas en España es variable en número de años según la especialidad (4 o 5 años) y parte de una única prueba común de acceso de ámbito nacional para todas las especialidades. Posteriormente, continúa con un sistema de rotaciones preestablecido para cada una de las especialidades, con un seguimiento más o menos estrecho por parte de los tutores y con una evaluación continua de cada rotación y una anual, en las cuales se tiene en cuenta tanto la actitud como la aptitud basada en la labor asistencial práctica, el aprendizaje teórico y la actividad científico-docente e investigadora. (Todo esto está plasmado en los Programas Docentes de cada especialidad, los cuales han sido elaborados por las respectivas Comisiones Nacionales)

Con respecto a la actividad asistencial y a las habilidades técnicas, el residente va adquiriendo una responsabilidad progresiva, en función de la experiencia lograda con el paso de los años. Por otra parte, la actividad científico-docente es evaluada mediante el libro de residentes. Actualmente no se realiza un examen final para evaluar los conocimientos y las habilidades técnicas adquiridas, sino que tras este sistema de evaluación continua se obtiene una calificación final y, por tanto, el título de especialista.

Las evaluaciones durante el posgrado o al finalizar éste, como en otras etapas, no tienen un método de evaluación ideal. Se puede afirmar que en la actualidad no existe ningún método infalible a partir del cual se pueda medir absolutamente todo (actitud, aptitud, conocimientos, práctica, etc.). No obstante, se tiene constancia de que los residentes de forma general aceptan y se encuentran satisfechos con su formación y con la evaluación continua de la misma, aunque éstas también varían ostensiblemente en función de las distintas especialidades y centros.

El método de evaluación del programa rotativo anual presenta las siguientes consideraciones que se describen a continuación¹³²:

¹³² <http://www.moyano.org.ar/UBA/Internado%20Anual%20Rotatorio/Programa%20de%20Rotaci%F3n%20Anual.htm>

- Se considerará aprobado el internado anual rotatorio cuando:
 - La totalidad de las rotaciones hayan sido promovidas.
 - Se haya aprobado el "Examen integrado del ciclo clínico".
- Para que cada rotación se considere promovida, el Interno deberá acreditar:
 - Presencia del 80% como mínimo en cada una de las rotaciones.
 - Evaluación conceptual a cargo del Jefe de Servicio / Unidad / División / Departamento ASISTENCIAL, de común acuerdo con el Director y/o Coordinador, que acredite su promoción (promovido-sin calificación numérica).
- El alumno que no obtenga la promoción en una rotación, bien por ausencia, incumplimiento, etc., deberá repetirla íntegramente, en el mismo servicio o en otro que establecerá el Director y/o Coordinador, hasta que finalmente logre alcanzarla. Para conseguirlo no hay marcado un límite de veces.
- Aquellos casos en los que el alumno reiteradamente no resultara promovido, serán estudiados específicamente por el Comité Asesor del Internado Anual Rotatorio, si lo hubiera.
- Finalizadas y promocionadas la totalidad de las rotaciones, los alumnos deberán rendir y aprobar un "Examen Integrado de todo el Ciclo Clínico", el cual se llevará de manera descentralizada en cada Unidad Académica y cuya modalidad operativa será establecida por el Director / Coordinador de la misma. Dicho Examen Integrado se instrumentará en cuatro ocasiones durante el año, concretamente en los meses de Diciembre, Marzo, Junio y Septiembre.
- El Examen Integrado de todo Ciclo Clínico constará en ACTAS sin calificación numérica (promovido o no) y presentará iguales características a las que se conforman para todas las asignaturas de la Carrera. Aquellos estudiantes que no aprueben dicho examen, podrán rendirlo nuevamente en las próximas fechas programadas

que se implementen, teniendo en cuenta que no habrá límite de veces para aprobarlo.

- Aquellas Unidades Docentes Académicas que así lo deseen podrán agruparse y llevar a cabo un Examen Integrado único para todas ellas. En estas determinadas circunstancias, dicho examen será elaborado e instrumentado por el conjunto de esas Unidades Académicas.

Libro del residente

Todas las actividades que realiza cada uno de los residentes durante su periodo formativo quedarán registradas en el Libro del Residente, el cual recoge los logros conseguidos a lo largo de su proceso formativo. El libro del residente es un instrumento fundamental tanto de autoevaluación y autoaprendizaje como de reflexión individual y conjunta con el tutor. El objeto de esta herramienta es favorecer la adecuación de las actividades y el hecho de posibilitar la corrección de déficits formativos para que el proceso individual de adquisición de competencias se ajuste a la especialidad escogida en cada una de las áreas competenciales que figuran en la misma. Sin embargo, no cabe hablar del libro del residente como si fuera un método de evaluación universal, ya que se puede obtener una información de calidad, que sea fiable y significativa, a través de un único método. Por este motivo es preciso recopilar información por medio de otros métodos documentados y auditados de forma continua, por lo que lo más habitual es complementar las pruebas tradicionales que ya se han citado en la primera etapa (orales, escritas), con pruebas de eminente carácter práctico (ECOE, simulación con pacientes voluntarios).

Son características del libro del residente las que se presentan seguidamente:

- Tiene carácter obligatorio.
- Es el registro individual de actividades que evidencian el proceso de aprendizaje del residente, por lo que en dicho libro se irán incorporando paulatinamente los datos cuantitativos y cualitativos que serán tenidos en cuenta en la evaluación del proceso formativo.
- Registra las rotaciones realizadas tanto las previstas en el programa formativo como las externas autorizadas según lo previsto en el artículo 21 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

- Es un instrumento de autoaprendizaje que favorece la reflexión individual y conjunta con el tutor, con el fin de mejorar las actividades llevadas a cabo por el residente durante cada año formativo.
- Es considerado, junto a otros instrumentos de valoración del progreso competencial del residente, un recurso de referencia en las evaluaciones.

El libro es propiedad del residente, el cual lo cumplimentará con ayuda y supervisión de su tutor.

Los datos que contenga el libro del residente estarán sujetos a la legislación aplicable sobre protección de datos de carácter personal y secreto profesional.

La Comisión Nacional de la correspondiente especialidad diseñará la estructura básica del libro del residente, que será aprobada por el Ministerio con competencias en materia de Sanidad, correspondiendo a la Comisión de Docencia la tarea de garantizar la adaptación individual de su contenido (plan individual de formación) a la guía o itinerario formativo aprobado por la misma según la propuesta de los tutores de cada especialidad.

De acuerdo con el Consejo de Acreditación de Educación Médica de Posgrado americano (la ACGME), las seis competencias que en todo programa de posgrado en medicina deben desarrollarse y por lo tanto hay que fomentar su adquisición durante los programas de residencia son las siguientes:

- Capacidad para manejar de forma adecuada a un paciente, es decir, prestarle un cuidado médico humanitario, efectivo, confiable, enfocado a tratar los problemas de salud y a promover estilos de vida saludables.
- Capacidad para aplicar el conocimiento médico. El residente debe ser capaz de perfeccionar sus conocimientos en las ciencias biomédicas, clínicas y sociales, y saber aplicarlos con criterio en la práctica clínica.

- Capacidad para aprender de la práctica clínica e incluso mejorarla. El residente debe tener capacidad de autocrítica y ser proactivo en el cambio hacia una mejor práctica clínica.
- Posesión y capacidad para aplicar habilidades interpersonales y de comunicación. El residente debe demostrar capacidad de comunicación efectiva tanto verbal como escrita en cualquier ámbito, desde manejo de la ficha clínica hasta manejo de relaciones interpersonales con pacientes y sus familiares, pares y resto del equipo de salud.
- Profesionalismo, es decir, capacidad y compromiso para llevar a cabo actividades profesionales, cuidando la confidencialidad, adhiriendo principios éticos y demostrando sensibilidad ante las diferencias culturales de los pacientes.
- Conciencia y capacidad para manejarse óptimamente dentro de los sistemas de salud de los pacientes y para usar de manera adecuada los recursos. El residente debe estar al tanto de los cambios en la estructura de prestación de salud (sistemas públicos y privados) y aplicarlos cuando corresponda. Igualmente debe conseguir una práctica con una buena relación costo-efectividad sin comprometer la calidad de la atención¹³³.

¹³³ ACGME General Competencies, version 1.3, 9.28.99. Accreditation Council for Graduate Medical Education. General competencies. www.acgme.org/outcome/comp/comp

Resumen

Una vez concluida la etapa universitaria, la formación de los especialistas implica una formación tanto en aspectos teóricos como éticos, pero ante todo en aspectos prácticos mediante el sistema de Residencia en Centros Sanitarios. Dicha formación será objeto de evaluaciones periódicas que informarán del progreso del aprendiz.

La formación de especialistas es mucho más heterogénea, pero también más específica que la formación inicial. Se investiga con mayor intensidad y se concreta el objeto de investigación, de tal modo que, por ejemplo, el especialista en cardiología se centrará en los temas que conciernen al corazón, el dermatólogo en la piel, el traumatólogo en los huesos. Profundizarán en una rama particular, sin olvidar el resto de dimensiones, de disciplinas, de interconexiones entre los componentes del cuerpo humano.

La formación, en general, está sometida a unas regulaciones específicas, pero ahora en la actualidad es más personal y flexible. Tiene en cuenta las posibilidades de progreso y de crecimiento tanto personal como profesional, avanza según las necesidades de cada uno, admite cambios en el programa, facilita un contacto mucho más estrecho con el tutor, ya que ambos se intercambian actitudes, aptitudes, habilidades y desempeño; en definitiva, comparte todo. Esta metodología en parte es posible porque el número de alumnos es menor y el espacio de aprendizaje ya no es un laboratorio experimental sino un escenario real.

Las autoridades competentes se encargan de definir las misiones y los objetivos finales del posgrado, así como de establecer los métodos más apropiados de evaluación. Del mismo modo se debe promover el desarrollo y la continuidad de la profesión médica para toda la vida, y animar a innovar más allá de las competencias básicas, siempre siguiendo un principio de comportamiento ético y de servicio hacia los demás.

El médico en prácticas ha de participar en todas las actividades médicas y contar con un apoyo y una orientación psicopedagógica durante la etapa para

lograr cumplir y adquirir todas y cada una de las competencias generales y específicas de su especialidad. El tutor, en este sentido, es la figura responsable de las decisiones de formación, orientación, aprendizaje y evaluación. Esta etapa sin la figura de un mentor carecería de sentido. Sin lugar a dudas, de él depende el profesionalismo, la autonomía, la calidad y la excelencia del futuro profesional sanitario. Los responsables últimos de las organizaciones e instituciones deben seleccionar con minuciosa cautela y poner toda su confianza y voluntad en estos “protagonistas” del progreso, símbolos de mejora de la salud y del bienestar social.

Formación Continua

Introducción

Según el estudioso Bando Casado “la formación en educación para la salud tiene cada día una presencia más activa en España, en las universidades, los hospitales, los centros de salud, los centros educativos, la comunidad escolar; así como en la investigación, donde los médicos, enfermeras, farmacéuticos, sociólogos, profesores, antropólogos y otros profesionales están trabajando activamente para involucrar a los ciudadanos en una serie de hábitos de comportamiento que se dirijan a potenciar su salud y prevenir, en la medida de lo posible, la enfermedad”¹³⁴.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias¹³⁵ define la formación continuada (FC) como “el proceso de enseñanza-aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y aptitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica, y las demandas y necesidades tanto sociales como del propio sistema sanitario”.

Por otra parte, Castejón Casado afirma sobre la formación continua que “en España es una formación voluntaria y que los profesionales son conscientes de su necesidad”. Define la formación continua como “cualquier acción formativa que es planificada, es decir, partiendo de la detección de necesidades formativas de un colectivo, establece unos objetivos didácticos, que intentan alcanzarse a través de una metodología docente y una organización apropiadas, y que afecta a un grupo definido de profesionales en un momento dado”¹³⁶.

¹³⁴ Bando Casado, H. C., (2009), “Un compromiso con la sanidad: la promoción integral de la salud”, Editorial Astellas Pharma, Madrid, pág. 93.

¹³⁵ BOE de 22 de noviembre de 2003 (Nº 280), Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de ordenación de profesiones sanitarias.

¹³⁶ Castejón Casado, M. (1993), “La formación continuada del médico de atención primaria. Estudio en la Comunidad de Madrid”, Tesis Doctoral, Madrid, Facultad de Medicina de la UAM.

Otras definiciones de Formación Continuada son las que ofrecen diversos consejos y organizaciones, como por ejemplo:

- **Según el Consejo de Acreditación de Formación Médica Continuada (ACCME) de EE. UU.:**

La formación médica continua, a partir de ahora FMC, es cualquier actividad formativa destinada a mantener, desarrollar o mejorar los conocimientos, habilidades, actuaciones profesionales y capacidades relacionales que los médicos utilizan cuando atienden a sus pacientes, a la población en general o a la propia profesión. El contenido de la FMC es el cuerpo de conocimientos y habilidades generalmente reconocido y aceptado por la profesión, basado en las ciencias médicas básicas, la Medicina clínica y la provisión de atención sanitaria a la población.

- **Según la OMS, en Dublín en 1976:**

La FMC es el entrenamiento que un individuo, de profesión sanitaria, emprende después de haber terminado la formación profesional básica o una educación complementaria para adquirir una especialidad y mejorar las competencias que viene ejerciendo, y no con el objeto de conseguir un nuevo título más de calificación o licencia.

Con esta definición se pretende destacar el aspecto ético de la FMC y la obligación moral de todos los profesionales para mantener los más altos niveles de competencia profesional a lo largo de su vida profesional. De igual manera, también es importante resaltar el carácter fundamentalmente voluntario que tiene la FMC.

- La Formación Continuada es una acción educativa encaminada a mejorar y a mantener el nivel de capacitación profesional y personal del médico con el fin de lograr la mejor calidad y eficacia de los servicios que presta. La consecuencia de esto es intentar proporcionar a los pacientes la respuesta más validada y más

eficiente en cada momento, de acuerdo con las demandas sociales e individuales¹³⁷.

- El DPC (Desarrollo Profesional Continuo) puede definirse como el conjunto de programas educativos que permiten garantizar el mantenimiento y la mejora constantes de la competencia y de la actuación profesional del médico. Así pues, el DPC va más allá de la tradicional Formación Médica Continuada¹³⁸.

La formación médica continua, debido a su complejidad y a sus múltiples factores involucrados, ha generado discordancias en su estructura y desarrollo, provocando así un debate permanentemente abierto, que no ha encontrado aún el marco adecuado para iniciar un camino de solución.

El hecho de que un médico actualice y mejore sus capacidades y conocimientos parece más que necesario, es decir, se considera éticamente obligatorio. Este factor requiere la actitud de predisposición del profesional y el desarrollo, por parte de las diferentes entidades participantes, de un marco adecuado para su estructuración.

La principal diferencia entre la FMC con respecto al pregrado y a la formación especializada es que aquélla no es una enseñanza programada, sino un proceso educativo personalizado, orientado hacia las carencias o deficiencias detectadas. Es una actualización de lo que ya se está haciendo, un reciclaje y un refuerzo para aquello que está olvidado o que no está a la altura de las circunstancias. A nadie se le escapa la dificultad de mantenimiento y adquisición de nuevos conocimientos que vive la profesión médica. Aquí está el pilar o la más importante piedra angular de una atención médica de calidad. Es lo que marca la diferencia.

Los avances en Medicina son rápidos y a menudo no hay tiempo para que el médico práctico pueda contrastarlos. Por este motivo, es necesario elaborar sistemas que ayuden a la toma de decisiones para que el médico

¹³⁷ http://www.semng.es/doc/documentos_SEMG/Sistema_Acreditacion%20_SEMG.pdf

¹³⁸ Revista Internacional Journal, Educación Médica, "El Impacto del Programa Estándares Globales de la WFME", Volumen 7, suplemento 2, Julio – Septiembre 2004.

pueda actuar de forma ágil, fluida y ajustada a los avances de la Medicina.

Por otro lado esta formación es obligatoria y está regulada atendiendo a diferentes niveles, como son el internacional, el nacional y el autonómico, por diversas organizaciones e instituciones. Las Comunidades Autónomas en este sentido, intenta ofrecer a los profesionales sanitarios la posibilidad de renovación, mejora, reciclaje o perfeccionamiento mediante un amplio abanico de herramientas. Al fin y al cabo, las instituciones públicas son responsables tanto de la actuación médica como de la provisión de un servicio sanitario de calidad, al igual que deben salvaguardar los intereses de los ciudadanos.

A esta etapa de Formación Médica Continuada se la conoce también con el nombre de CPD (*Continuing Professional Development*) o “renovación continua”. El término CPD se refiere al desarrollo continuo de unas competencias multifacéticas que están inherentes en toda práctica médica y que son consecuencia del sinfín de conocimientos y habilidades (médicas, administrativas, sociales, personales, etc.) necesarias para una actuación profesional de calidad. Aunque suele utilizarse para designar el periodo que le sigue a la especialización de posgrado, es evidente que el CPD es algo más que una etapa de actividades, ya que comprende un proceso continuo que va desde el momento en el que empieza, cuando el estudiante es admitido en la escuela de Medicina, hasta que el médico abandona su actuación laboral en el campo de la Medicina. A esta fase le corresponde la puesta en práctica de métodos de evaluación basados en estudios prospectivos y de análisis que revisen las políticas y prácticas de los programas, contando con datos históricos, actividades presentes y perspectivas futuras.

El aprendizaje supervisado de la etapa de posgrado avanzará hacia un autoaprendizaje y reconocimiento de éste mediante la estructuración de la carrera profesional. El autoaprendizaje informal es el pilar del CPD. La colaboración formal con otros grupos permitirá ampliar el espectro de posibilidades de aprendizaje.

Los estándares del CPD de acuerdo con las especificaciones europeas

son los que se enumeran a continuación:

- Las Asociaciones de Medicina, Autoridades, Estudiantes de Posgrado, Supervisores, Profesores, Organizaciones Sanitarias Voluntarias y Trabajadores del Convenio deben ponerse de acuerdo para hacer públicos los objetivos y las misiones de los profesionales de la Medicina.

Todos ellos forman un amplio grupo de colectivos que respalda, anima, apoya y regula la profesión médica para que mejore su efectividad.

- Las autoridades locales y nacionales han estado siempre envueltas en la regulación de materia médica.
- Debido a las tradiciones nacionales, la profesión médica actúa en general a través de organizaciones profesionales como por ejemplo asociaciones de médicos, sociedades científicas, colegios de médicos, academias médicas, entre otros.
- Profesionalismo¹³⁹ y autonomía:¹⁴⁰ El término profesionalismo engloba al conjunto de conocimientos, habilidades, valores, aptitudes y comportamientos esperados por individuos durante la práctica de su profesión. Incluye conceptos como el mantenimiento de las competencias, conocimientos sobre la materia, comportamiento ético, integridad, honestidad, altruismo, servicio hacia los otros, adherencia al código profesional, justicia y respeto. Por otra parte, el término autonomía presenta dos vertientes: por un lado la autonomía entre el paciente-doctor. Asegura que el médico toma decisiones informadas con el mayor interés hacia el paciente, las cuales están basadas en la evidencia. Por otro lado, y desde el punto de vista estrictamente médico, la palabra autonomía implica que el médico decide en última instancia qué aprender, cómo planificar y cómo llevar a cabo las actividades de aprendizaje para mantenerse al día.

¹³⁹ Sánchez-Caro, J. (2003), "La ley sobre autonomía del paciente y su repercusión en las Comunidades Autónomas", Rev Adm Sanit.

¹⁴⁰ Sánchez-Caro, J. (2003), "La ley sobre autonomía del paciente y su repercusión en las Comunidades Autónomas", Rev Adm Sanit.

El proceso de CPD debe servir para aumentar las competencias profesionales de los sanitarios y su autonomía, bien por sus propios intereses, por el de sus pacientes como por el de la comunidad en general.

Objetivos de la Formación Continua

Los principales objetivos y propósitos que presenta la Formación Continua son los que se muestran a continuación:

- Garantizar la actualización de los conocimientos y la permanente mejora de la cualificación, la incentivación del trabajo diario y el incremento de la motivación personal.
- Potenciar la capacidad para hacer un uso más efectivo de los recursos sanitarios y, por tanto obtener un mayor beneficio individual, social y colectivo.
- Generalizar el conocimiento de los aspectos científicos, técnicos, éticos, legales, sociales y económicos del Sistema Sanitario.
- Crear en los propios profesionales la percepción de su papel social, considerándose agentes individuales de atención de salud y hacer que sean conscientes de las exigencias éticas que ello comporta.
- Establecer vías de comunicación entre los profesionales sanitarios.

La evaluación durante esta etapa es llevada a cabo por un Comité específico que se encuentra ubicado en cada Centro o Institución. Dicho Comité está integrado en su mayoría por profesionales médicos, con representantes del Servicio o Unidad de pertenencia del profesional evaluado, así como por evaluadores externos designados por Agencias de Calidad o Sociedades Científicas.

Métodos de aprendizaje y evaluación en FC

El aprendizaje médico ya sea de conocimientos, aptitudes o habilidades, debe ser continuo y estar enfocado y dirigido hacia el individuo en concreto. Igualmente debe integrar teoría y práctica mediante diferentes métodos consensuados científicamente, los cuales muestren evidencia empírica de su validez y fiabilidad.

A través de redes informáticas y del aprovechamiento de las nuevas tecnologías (TIC)¹⁴¹ (NetWorks, Intranet), los profesionales médicos pueden compartir información (ideas, opiniones, experiencias, dudas) en tiempo real con colegas, otros profesionales de la salud y otros grupos o colectivos, además de discutir temas de interés general y obtener orientación pedagógica, beneficiándose así del aprendizaje cooperativo.

Las formas de aprendizaje pueden tomar distintas variantes, como por ejemplo sesiones didácticas, supervisión de atención y asistencia del paciente, postura de aprendizaje proactivo y autodidacta, cursos, seminarios, participación en conferencias, lectura exhaustiva de diferentes autores expertos en su misma materia, proyectos de investigación, desarrollos científicos, problemas clínicos reales o simulados, experiencias clínicas con estudiantes, encuentros con profesionales de la misma materia “*workshops*”¹⁴², es decir, talleres o seminarios activos donde se realizan diversos trabajos de entrenamiento mental, organizativos, de grupos, empáticos, participativo y demás actividades de integración, dinámica de grupo, entre otros.

Evaluación y formación resultan dos términos complementarios y básicos, a tener en cuenta en la evaluación de las competencias laborales y de la formación recibida.

Los tipos o enfoques en la evaluación se pueden categorizar de muchas maneras. En general responden a finalidades distintas, y por ello es

¹⁴¹ TIC: Tecnologías de la Información y Comunicación.

¹⁴² De Miguel Díaz, M. (2005), “Modalidades de enseñanza centradas en el desarrollo de las competencias”, Universidad de Oviedo, Ministerio de Educación y Ciencia.

conveniente considerar que a finalidades distintas es lógico que correspondan modos distintos de evaluar y examinar.

Exámenes de admisión en un programa de estudios: Los diferentes tipos de exámenes que pueden encontrarse en un programa de estudios son los siguientes:

- Exámenes puramente diagnósticos, que sirven para determinar el nivel de un candidato y situarle en el grado oportuno, para tomar medidas sobre limitaciones, etc.
- Exámenes parciales y liberatorios a lo largo del curso.
- Exámenes finales de cada asignatura.
- Exámenes finales comprensivos de fin de carrera.
- Exposiciones y defensas de tesis, proyectos, etc.

La diferencia entre evaluación de la formación y evaluación de las competencias laborales lleva a distinguir respectivamente entre evaluación formativa y evaluación sumativa, sin olvidar la evaluación diagnóstica, necesaria para verificar la capacitación inicial de los trabajadores.

La evaluación formativa es aquella que sirve a los sujetos directamente implicados en el proceso de formación (médicos). Con la evaluación formativa lo que se pretende es evaluar el proceso sobre la marcha, con el fin de mejorarlo, consiguiendo así un rendimiento mayor y evitando en la medida de lo posible que se produzcan fracasos. Muchos fracasos se deben en gran parte a la falta de información y de orientación durante el proceso de aprendizaje, y es esto lo que se intenta aportar con estas evaluaciones, es decir, se pretende una mayor vigilancia y control para asegurar el éxito. Aprendemos cuando conocemos nuestros errores en un tiempo y en una situación que nos permite corregirlos.

La evaluación formativa es, por su propia naturaleza, una evaluación diagnóstica, ya que pretende detectar fallos, aunque cabe hacer también una evaluación diagnóstica propiamente dicha (por ejemplo, al comenzar el curso para ver si los alumnos cuentan con conocimientos suficientes, y si así fuese

con demostrar su preparación inicial). Con la evaluación formativa, no se pretende en principio calificar, sino controlar el proceso con el fin de hacerlo más eficaz. Por otra parte, es necesario señalar que evaluaciones muy frecuentes y acompañadas de calificaciones pueden crear un clima de ansiedad entre los aprendices que no resultaría positivo.

La evaluación sumativa se realiza al final del programa o actividad de aprendizaje, y le proporciona a los organizadores o patrocinadores de la actividad información referida a los resultados y al mérito del programa. Ésta ha sido la forma habitual de evaluación de la formación.

En el caso de la evaluación formativa, la audiencia está compuesta por los organizadores y el personal docente que participa en el programa. Por el contrario, la evaluación sumativa va dirigida fundamentalmente a las fuentes de financiación del mismo, formadores, coordinadores, etc., y pretende tomar decisiones con respecto a la continuación del programa, su conclusión, expansión y adopción.¹⁴³

	EVALUACIÓN FORMATIVA	EVALUACIÓN SUMATIVA
PROPÓSITO	Mejorar el programa	Certificar la utilidad del programa
AUDIENCIA	Los directores del programa y el formador	La agencia que financia
QUIÉN DEBERÍA LLEVARLA A CABO	Evaluador interno	Evaluador externo
MEDIDAS	A menudo informal	Válido/fiable
FRECUENCIA DE RECOGIDA DE DATOS	Frecuente	Limitada
TAMAÑO DE LA MUESTRA	A menudo pequeño	Normalmente amplia
PREGUNTAS QUE SE PLANTEAN	¿Qué está funcionando? ¿Qué necesita mejora? ¿Cómo se puede mejorar?	¿Qué resultado se produce, con quién, bajo qué condiciones, con qué formación, a qué costo?
LIMITACIONES DEL DISEÑO	¿Qué información se necesita, cuándo?	¿Qué se espera conseguir?

¹⁴³ Marcelo García, C., (2009): "Evaluación y modelos para la formación continua de los formadores", Marzo, 2009. <http://prometeo.us.es/recursos/seminario/marcelo.doc>

Tabla 19: Características de la evaluación formativa y sumativa¹⁴⁴

La evaluación de competencias no es una evaluación sumativa tradicional, entendiéndose como tal aquella que se realiza al final de una actividad de aprendizaje para verificar las capacidades que el participante desarrolló durante la misma y que tiene usualmente un carácter de aprobación o reprobación, sino que por el contrario apunta a identificar en un momento dado el valor del desempeño de un trabajador con el propósito de juzgar si ha logrado o no el nivel requerido y facilitar así posteriores acciones de desarrollo. Por tanto, se puede decir que la evaluación de competencias laboral puede considerarse dentro del concepto de evaluación formativa o de proceso, porque da la oportunidad de retroalimentación para reconocer lo que le falta al aprendiz y recibir orientación y sugerencias sobre cómo lograrlo. Por este motivo, puede decirse que la evaluación de competencias puede ser sumativa o formativa.

La evaluación formativa implícita en el enfoque de la evaluación basada en competencias permite controlar las brechas que haya entre el desempeño mostrado y el requerido. El conocimiento de estos vacíos permite que se puedan trazar planes de desarrollo, que involucren acciones de capacitación con el fin de eliminarlos, y también acciones de apoyo como el “coaching”¹⁴⁵, es decir, el entrenamiento de una persona o de un equipo, a partir de sus necesidades, para el desarrollo de su potencial y de sus habilidades, cuya finalidad es mejorar la calidad en el desempeño laboral.

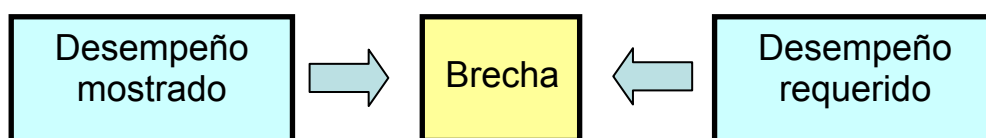


Ilustración 10: Visión gráfica de la evaluación formativa¹⁴⁶

¹⁴⁴ Worthen, B. and Sanders, J. (1988), “Educational Evaluation. Alternative Approaches and Practical Guidelines”, New York, Longman.

¹⁴⁵ Perry, Z. and Skiffington, S. (2002), “Guía completa de Coaching en el trabajo”, Editorial Mc Graw- Hill Interamericana, España.

¹⁴⁶ Irigoien, M. y Vargas F. (2002), “Competencia laboral: Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. Modulo 1”, Cinterfor OPS. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Montevideo, Cinterfor/OIT.

La evaluación basada en competencias utiliza el principio de evaluar con apoyo en criterios de desempeño. Se centra en demostrar las competencias en acción y hace referencia a una norma, en la cual se ha establecido tanto el desempeño competente como los criterios para juzgar su calidad.

Las diferencias entre los dos enfoques o tipos de evaluación (formativa y sumativa) aparecen resumidas en el cuadro que se adjunta a continuación. Sería interesante poner un mayor énfasis en algunas de estas diferencias porque tienen finalidades distintas y porque, por lo general, se está acostumbrado a pensar y a evaluar en términos de evaluación sumativa, aunque no se utilicen dichos términos.

	EVALUACIÓN FORMATIVA	EVALUACIÓN SUMATIVA
FUNCIONES Para qué	<p>Aporta información (<i>feedback</i>) a lo largo del proceso de enseñanza-aprendizaje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Al profesor: <ol style="list-style-type: none"> a. Para evaluar el nivel de aprendizaje, el método, ritmo, etc., y en consecuencia cambiar si es necesario, proponer nuevas experiencias de aprendizaje o repaso, etc. b. Para poner remedio a tiempo a las deficiencias encontradas en alumnos individuales. Esta evaluación tiene un carácter más diagnóstico. 2. Al alumno: <p>Le aporta información válida para su propia autoevaluación, para que sepa dónde está; le informa sobre sus errores, sobre qué es lo importante, qué y cómo debe estudiar, etc. Esta evaluación orienta y motiva.</p> 	<p>Tiene como función fundamental el calificar o certificar el nivel del alumno al terminar un determinado periodo (parte del curso, curso completo, etc.)</p> <p>Otra función importante es la de evaluar la eficacia de un método, sistema, etc.</p> <p>Sin excluir la autoevaluación del profesor, centro, etc. y las otras funciones de la evaluación formativa, el énfasis está puesto en la evaluación y calificación de los alumnos y en la comunicación de los resultados finales. Los exámenes finales convencionales pertenecen a este tipo de evaluación.</p>
CUÁNDO Frecuencia	<p>Varias veces a lo largo del curso, por ejemplo al terminar una unidad didáctica, un tema, etc., o siempre que se juzgue conveniente. En principio es mejor cuanto más frecuente sea este tipo de evaluación.</p>	<p>Al final del curso o tal como se determine en cada centro. Puede haber varias evaluaciones sumativas, como en el caso de los exámenes parciales.</p>
CÓMO Métodos	<p>En la evaluación puramente formativa caben métodos más sencillos e informales, se pueden corregir los ejercicios en la misma clase, etc.</p>	<p>El método debe ser más riguroso porque las consecuencias son de mayor importancia. La fiabilidad es aquí importante.</p>
CRITERIOS DE EVALUACIÓN	<p>El mejor criterio a seguir es atendiendo a objetivos conseguidos, o por temas, aspectos parciales, etc.</p>	<p>Puede haber varios tipos de criterios que pueden combinarse entre sí: por objetivos conseguidos, en relación a los resultados de todo el grupo, etc.</p>
CALIFICACIÓN	<p>Posiblemente es preferible no calificar, o al menos dar a la calificación un peso menor, ya que disminuye la tensión y es más llevadera la evaluación frecuente, entre otras cosas. Para calificar es más importante lo que el alumno sabe después, al terminar el periodo de aprendizaje. Ésta es precisamente la finalidad de la evaluación formativa: informar a tiempo.</p>	<p>Normalmente se califica y ésta suele ser la finalidad de este tipo de evaluación.</p>

Tabla 20: Comparativa entre evaluación formativa y evaluación sumativa

Algunos efectos positivos de la evaluación, aunque no sean pretendidos, consisten en consolidar lo aprendido, corregir errores, etc.

Por un lado, son los profesionales médicos en último término los que deben establecer qué procedimientos de evaluación son los más apropiados para que el aprendizaje se esté llevando a cabo de forma apropiada. Por otro, las instituciones y organizaciones deben ser las encargadas de facilitar todos los métodos de evaluación que estén en sus manos, con el fin de mejorar el bienestar social, satisfacer las necesidades de los ciudadanos y ofrecer unos servicios sanitarios competitivos ejemplares de excelencia y calidad.

El *feedback* y la comunicación son elementos “clave” que, aplicados de forma sistemática, es decir, analizando la información, actuando sobre ella y haciéndola disponible para todos los colectivos, permiten mejorar y desarrollar su proceso de formación al profesional especialista médico.

Las actividades de Competencia Profesional basadas en la actuación práctica de los médicos deben analizarse en términos de atención al paciente y resultados derivados de su ejercicio profesional. Siempre han de tener un seguimiento, control y reconocimiento. La estructura formal de las actividades de Competencia Profesional debe ser autorizada por la profesión médica, que a su vez, consulta con otras autoridades para establecer los criterios más óptimos. La información documentada de las actividades de Competencia Profesional individualizada juega un papel determinante en los sistemas de evaluación de la competencia, independientemente del sistema utilizado para el reconocimiento del médico en la práctica.

Contenido de la Formación Continua

Los planes de aprendizaje deben ser tanto diversos y flexibles, como consistentes y coherentes con los diferentes roles profesionales, es decir, experto médico, defensor de la salud, docente, jefe de servicio, comunicador, colaborador, miembro de un equipo, becario, administrador, director, etc.

El contenido de la Formación Continua debe estar enfocado hacia las siguientes materias que se exponen a continuación:

- **Ciencias Biomédicas:** Los temas estarán vinculados a las necesidades del propio médico, bien a necesidades locales, intereses nacionales o tradiciones. Típicamente estas ciencias incluyen entre sus materias más importantes las siguientes: Anatomía, Bioquímica, Fisiología, Biofísica, Biología Molecular, Biología Celular, Genética, Microbiología, Inmunología, Farmacología, Patología, etc.
- **Ciencias Clínicas:** Contienen todas las materias relacionadas con el ejercicio clínico y de laboratorio.
- **Ciencias Sociales, Éticas y del Comportamiento:** Este tipo de disciplinas proveen los conocimientos, conceptos, métodos, habilidades y aptitudes que se requieren tanto para atender factores socioeconómicos, demográficos, culturales, como para determinar las causas, la distribución y las consecuencias de los problemas de salud, y también como comprender el funcionamiento de los sistemas de previsión de salud pública. Las materias de las que se ocupan dichas ciencias son Psicología Médica, Sociología Médica, Bioestadística, Epidemiología, Higiene, Salud Pública, Medicina Familiar y Comunitaria, entre otras.

La planificación y documentación de las actividades de FC

La planificación de las actividades de Formación Continua debe basarse en dos pilares fundamentales como son la práctica clínica y las necesidades de salud pública, es decir, investigación de nuevas enfermedades, innovación en el diagnóstico, tratamiento y prevención o mejora del propio Sistema Sanitario.

Los profesionales médicos deben percibir y concretar cuáles son sus necesidades principales y hacerlas saber con el fin de planificar eficazmente el proceso de Competencia Profesional. Es imprescindible que se haga un seguimiento paulatino y que se guarden ficheros e informes que contengan datos sobre la calidad asistencial, los resultados obtenidos y la comparación con grupos de pares.

El objetivo de cualquier informe es reconocer el aprendizaje presente y, cuando sea apropiado, estimular las competencias que sean necesarias. Los médicos deben crear su propio esquema de planificación en el aprendizaje, el cual puede ser compartido con pares.

La programación de la Formación Continua para los profesionales sanitarios, que se realiza desde las Comunidades Autónomas, es un proceso que consta de tres fases, las cuales se explican detalladamente a continuación:

- Fase 1ª: Las unidades de formación de cada área o gerencia elaboran los programas o proyectos anuales de formación a partir tanto de los objetivos institucionales, de los de su área o gerencia, y se encargan de incorporar las demandas de los profesionales.
- Fase 2ª: Dichos programas se remiten a los órganos directivos del área o gerencia, donde en un primer momento son revisados para, posteriormente, enviarlos a los Servicios Centrales de cada Comunidad.
- Fase 3ª: Finalmente los programas son revisados y consensuados por el responsable de formación de cada área o gerencia, antes de su aprobación.

Según Bando Casado en su obra *Un compromiso con la sanidad: la promoción integral de la salud*, “en la actualidad, existe una demanda de formación específica de acuerdo con las necesidades reales de los nuevos tiempos que reivindican las Ciencias de la Salud, y la Medicina no es ajena a estos cambios debido al incesante progreso científico y técnico que se produce”¹⁴⁷.

¹⁴⁷ Bando Casado, H. C., (2009), “Un compromiso con la sanidad: la promoción integral de la salud”, Editorial Astellas Pharma, Madrid, pág. 79.

Datos en Castilla y León de las actividades de FC en 2008

GERENCIA	CURSOS/ TALLERES	INTER- CONSULTAS	SESIONES CLÍNICAS	ROTACIONES	ACTIVIDADES INDIVIDUALIZADAS	TOTAL ACTIVIDADES
A. PRIMARIA	1.346	847	3.481	63	720	6.457
A. ESPECIALIZADA	1.619	9	1.530	86	660	3.904
GERENCIAS DE SALUD DE ÁREA	5	-	-	-	-	5
EMERGENCIAS	12	-	6	43	14	75
SSCC Y CENTRALIZ	95	-	-	-	-	95
TOTAL	3.077	856	5.017	192	1.394	10.536

Tabla 21: Actividades formativas en 2008 en Castilla y León

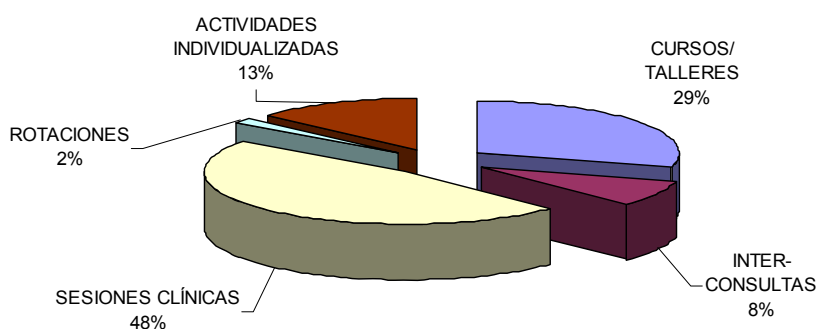


Ilustración 11: Gráfica de distribución de las actividades formativa en Castilla y León

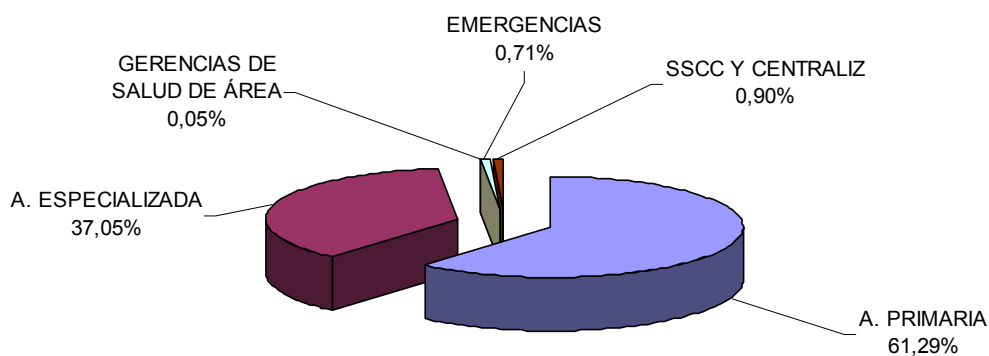


Ilustración 12: Distribución de participantes en FC por gerencias

TOTAL CURSOS Y TALLERES GAP+GAE+EMERGENCIAS+SSCC				
GERENCIA	ACTIVIDADES	EDICIONES	PERSONAL FORMADO	HORAS
ATENCIÓN PRIMARIA	814	1.346	23.954	9.594
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	862	1.619	34.993	19.278
EMERGENCIAS	9	12	319	152
SERVICIOS CENTRALES	55	95	2.914	1.556
TOTAL	1.740	3.072	62.180	30.580

Tabla 22: Distribución de formación Continuada por actividades, ediciones, personal y horas por Gerencias.

GERENCIA	CURSOS/ TALLERES	INTER- CONSULTAS	SESIONES CLÍNICAS	ROTACIONES Y ACTIVIDADES INDIVIDUALIZADAS	TOTAL
A. PRIMARIA	23.954	11.695	43.050	1.398	80.097
A. ESPECIALIZADA	34.993	192	15.366	1.236	51.787
G. SALUD DE ÁREA	5	-	-	-	5
EMERGENCIAS	319	-	-	-	319
SSCC Y CENTRALIZ	2.914	-	-	-	2.914
TOTAL	62.185	11.887	58.416	2.634	135.122

Tabla 23: Distribución de formación Continuada por curso, interconsultas, sesiones y rotaciones por Gerencias.

Nº total de participantes por tipo de actividad

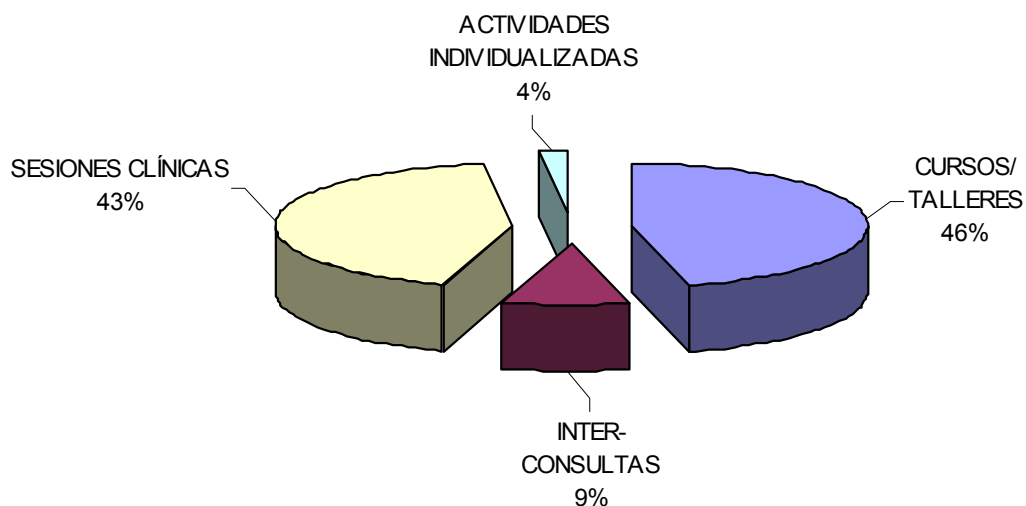


Ilustración 13: Distribución de participantes por tipo de actividad

Nº total de participantes por Gerencias

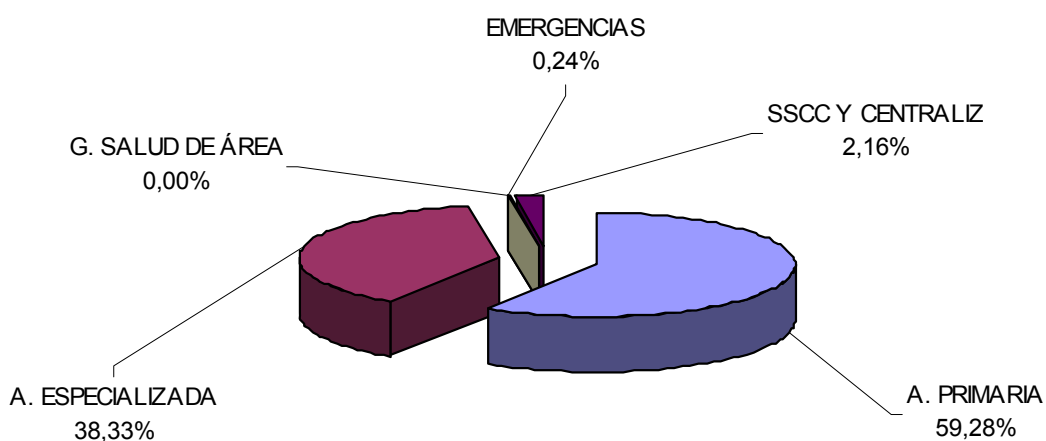


Ilustración 14: Gráfica de distribución de participantes por gerencias

Proveedores de Competencia Profesional

El reconocimiento de los proveedores de Competencia Profesional depende de la política estratégica de planificación y gestión que lleven a cabo. Su éxito pasa por asentar las bases de las actividades de aprendizaje, por hacer el seguimiento de unos criterios marcados y consensuados que se configuran como educación de calidad y por promover el acceso a expertos especialistas médicos en la materia. Dichos proveedores están obligados a demostrar el uso apropiado de métodos y tecnologías de educación, como por ejemplo la aplicación del *feedback* continuo y constructivo. La comunicación entre profesionales, que están involucrados en tareas de Competencia Profesional, y proveedores debe servir de apoyo continuo para que los profesionales desarrollen las competencias lo mejor posible. Los proveedores deben informar en cada una de las actividades tanto del nivel de calidad como del compromiso mediante un *feedback* continuo.

Desde las Universidades o Facultades de Medicina se debe iniciar a los alumnos en actividades de Competencia Profesional, motivándoles en la ideología del “*life-long learning*”, es decir, del aprendizaje continuo a lo largo de la vida y haciéndoles partícipes, junto a otras organizaciones y estudiantes, de la investigación y realización de actividades de Competencia Profesional.

Los médicos deben de tener la oportunidad de discutir sus necesidades de aprendizaje, así como de participar en la planificación y ejecución de actividades con los proveedores de Competencia Profesional.

Las actividades que se realizan en cuanto a su reconocimiento y evaluación deben ajustarse a un marco fundamental, el cual es conducido y llevado a cabo de acuerdo con las políticas de organizaciones profesionales representativas. La colaboración y el reconocimiento mutuo entre proveedores de Competencia Profesional deben apoyarse a través de marcos nacionales e internacionales. Un ejemplo europeo de reconocimiento internacional sería el sistema usado por el Consejo Europeo de Acreditación para la Educación Médica Continua (EACCME).

Las organizaciones profesionales de medicina son responsables de la dirección, gestión, administración, organización y liderazgo apropiado de las actividades de Competencia Profesional. Respecto a este último punto, es decir, el concerniente al liderazgo, hay que decir que es necesario evaluarlo regularmente con respecto al logro de la misión y de los resultados obtenidos.

La acreditación de formación continua es la valoración que un organismo externo hace de un individuo, centro o actividad, según unos criterios y estándares previamente establecidos.

Los organismos de acreditación de la formación continua son independientes de los organismos encargados de la provisión de actividades de formación, por lo que ambos trabajan de manera separada y autónoma.

La acreditación de formación continua según la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias sirve como mérito para promover la carrera de los profesionales sanitarios, ofrecer al profesional una calidad mínima de las actividades docentes, garantizar que el proveedor es una entidad legalmente constituida y proveer al Sistema Sanitario de profesionales más competentes.

Este proceso de acreditación se dirige a todos los licenciados, diplomados y técnicos de formación profesional que aparecen citados en los artículos 2 y 3 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que son los que se muestran a continuación:

- Licenciados en Farmacia, Medicina, Odontología y Veterinaria.
- Licenciados con especialidad sanitaria en Biología, Bioquímica, Física, Química y Psicología.
- Diplomados en Enfermería, Fisioterapia, Logopedia, Nutrición Humana y Dietética, Óptica y Optometría, Podología y Terapia Ocupacional.
- Técnicos de Formación Profesional, distinguiendo los estudios tanto de grado superior como de grado medio:
 - De grado superior: Anatomía Patológica y Citología, Audioprótesis, Dietética, Documentación Sanitaria, Higiene

Bucodental, Imagen para el Diagnóstico, Laboratorio de Diagnóstico Clínico, Ortoprotésica, Prótesis Dentales, Radioterapia y Salud Ambiental.

- De grado medio: Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y Técnico en Cuidados Auxiliares en Farmacia.

Puede solicitar la acreditación de actividades de formación continua cualquier entidad, ya sea pública o privada, que esté legalmente constituida y que tenga su sede oficial (o comité organizador, en el caso de los congresos y jornadas) en la Comunidad Autónoma de referencia. Por el contrario no pueden solicitar dicha acreditación las personas físicas.

La entidad organizadora hará constar su relación con el mundo sanitario a través de la declaración explícita de sus compromisos en promoción de programas educacionales, de formación continua, de sanidad y a través de la adecuación profesional a las nuevas demandas de salud. Es patrocinador cualquier empresa o sociedad que, de acuerdo con la entidad organizadora, dé soporte económico a la actividad. Éstos deberán constar de forma explícita y garantizar su independencia de cualquier influencia que la aparte de su objetivo principal.

Algunos ejemplos primarios de proveedores de Competencia Profesional incluyen:

- Asociaciones y Organizaciones de Profesionales
- Sociedades Científicas nacionales e internacionales
- Escuelas Médicas
- Universidades
- Centros de Posgrado
- Trabajadores del Sector Sanitario
- Autoridades Sanitarias
- Industria Médica y Farmacéutica
- Compañías de Información Tecnológica
- Asociaciones de Consumidores

No todos los proveedores pueden acreditar la formación continua. Para que puedan hacerlo, es necesario que reúnan una serie de condiciones, las cuales aparecen descritas y explicadas seguidamente:

1. Recursos humanos

El coordinador y responsable principal de la actividad propuesta debe ser reconocido y debe elegir e identificar a cada uno de los miembros que participan en la formación continua.

2. Recursos económicos

Es necesario contar con un presupuesto, unas instalaciones y una infraestructura óptima donde poder desarrollar las actividades de formación continua. Constituye un requisito básico de la educación sanitaria el uso de tecnologías de información, ordenadores, redes de comunicación tanto internas como externas, y una buena coordinación con la biblioteca y con otros servicios de la institución.

3. Justificación

Las actividades propuestas tendrán justificación en las necesidades que sean detectadas por las diferentes instituciones, asociaciones, expertos, indicadores de salud de la comunidad, demandas de los profesionales y demandas sociales.

4. Descripción de las actividades

Es imprescindible describir todos los datos que contribuyan al conocimiento detallado de la actividad y en especial el título, el tipo, la duración en horas y el tiempo necesitado para su desarrollo.

5. Objetivos

Habrán de estar claramente definidos tanto los objetivos generales como los específicos de la actividad, los cuales guardarán una estrecha relación de dependencia con las necesidades identificadas. Dichos objetivos serán claros, concretos, realizables e idóneos para el grupo profesional de referencia.

6. Contenidos

Los contenidos se adecuarán a los objetivos y se distribuirán en función de los conocimientos, habilidades y actitudes requeridas.

7. Estrategias

Las estrategias son los procedimientos mediante los cuales se aplican los métodos que afectan a la totalidad del proceso, tales como la planificación y la implementación de la actividad.

Los requisitos que se deben tener en cuenta para llegar a alcanzar una metodología adecuada son los siguientes:

- Los espacios de aprendizaje pueden ser reales, como es el caso de hospitales, ambulancias, ambulatorios, urgencias, etc., o simulados. Igualmente deben contener suficiente número de alumnos y su procedencia puede ser heterogénea (médicos de diferentes Comunidades Autónomas, estructuras sanitarias, etc.).
- El aprendizaje clínico puede llevarse a cabo con un grupo clínico, con compañeros de la misma profesión y/o con otros profesionales del sector sanitario. El hecho de trabajar y aprender dentro de un grupo multidisciplinar confiere competencias muy variadas, entre las que destacan la comunicación, el feedback, la difusión de información y la enseñanza de prácticas y conocimientos entre profesionales sanitarios.
- En la investigación hay que tener en cuenta que existen políticas que fomentan la integración de la práctica clínica.
- Hay que considerar los aprendizajes que se hayan realizado en otros ámbitos e incluso en el extranjero.

8. Contexto educacional y recursos

Las instalaciones físicas, es decir, los medios materiales, las circunstancias y el equipo o los medios humanos si son adecuados y suficientes, facilitan un aprendizaje efectivo. Se necesitan espacios en el entorno laboral como por ejemplo salas de estudio o lectura, bibliotecas, acceso a nuevas tecnologías, equipo de trabajo, entre otros.

Del mismo modo, el uso de tecnologías de la información y comunicación permite al médico tanto estar en contacto en cualquier momento con profesionales del sector y con el entorno de su trabajo, como buscar información, aprender, investigar, atender al paciente, etc.

La implicación en actividades formales ya sea mediante participación en el nivel local, nacional e internacional en cursos de CPD, en reuniones con profesionales y con expertos en una materia científica, o mediante estudios en profundidad siempre ayuda a mejorar, concretar, reciclar y renovar las competencias.

La Administración Sanitaria debe facilitar a los médicos un marco político tanto en la planificación y desarrollo como en la evaluación de las actividades CPD. Precisamente, la elaboración de un soporte o regulación como telón de fondo realizado por numerosos colectivos especialistas, ya sean psicólogos, sociólogos o educadores médicos, en temas variados sirve para afrontar diferentes situaciones, problemas y prácticas de aprendizaje.

Igualmente, las experiencias desarrolladas en otros ámbitos y en el extranjero, que son promocionadas por las autoridades mediante consenso con otras entidades tanto nacionales como internacionales a través de programas de intercambio y visitas de profesionales médicos, favorecen el aprendizaje y la ampliación de competencias.

Formación continua en Castilla y León

La Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario incluye como actividad del Sistema de Salud de Castilla y León la Formación Continua del personal al servicio de la Administración Sanitaria.

En febrero de 2005 se desarrolló la orden SAN/353/2005, gracias a la cual se regula el procedimiento de Acreditación de Actividades de Formación Continua de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Castilla y León de acuerdo con los criterios establecidos por la Comisión de Formación Continua de las Profesiones Sanitarias.

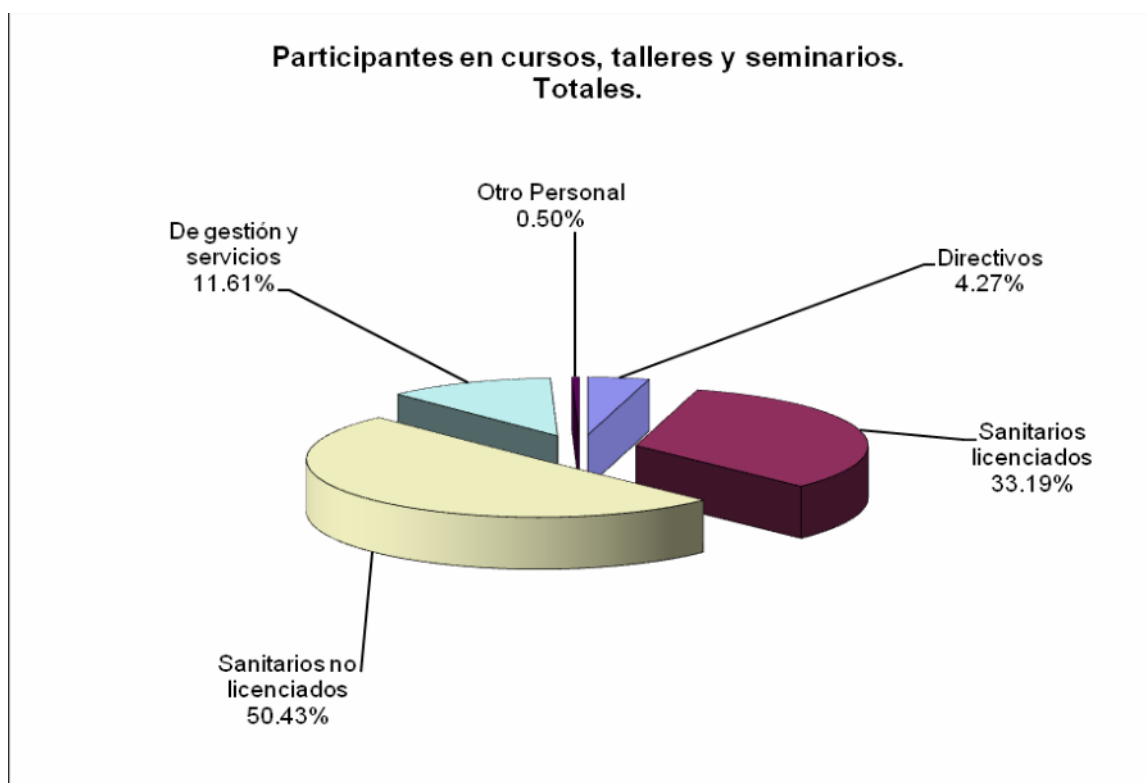


Ilustración 15: Distribución de participantes en acciones formativas.

Resumen

El CPD, es decir, el desarrollo profesional continuo, es la etapa de mayor prolongación en el tiempo y el eje central de la práctica médica. Los médicos aprenden de manera continua y a lo largo de la vida, adquiriendo nuevos conocimientos, actualizando, mejorando, reciclando, renovando y depurando habilidades, aptitudes, y aprovechando las mejoras que progresivamente se produzcan en la organización y las prácticas en el sector sanitario, a través de diferentes escenarios clínicos a los que se exponen personalmente.

Constituye un deber ético del médico asegurar que la atención sanitaria que proporciona a sus pacientes es segura y está basada en la evidencia científica aceptada.

El protagonista de esta etapa es el médico, y el ingrediente principal que le impulsa hacia el aprendizaje, la mejora y la calidad, es su grado de motivación. Tanto la Administración Sanitaria como otras organizaciones e instituciones deben impulsar y velar por la calidad de la formación y el desempeño del médico, brindándole la posibilidad de mejora constante a través de actividades formativas, basadas en la práctica clínica, las necesidades de la salud pública, la conjugación de nuevas tecnologías y las evaluaciones.

La actividad formativa personalizada se llevará a cabo por la propia Administración Sanitaria, la cual puede delegar en otras instituciones y organizaciones, como, por ejemplo las Sociedades Científicas. Sin embargo, la dirección hacia el progreso responde en última instancia a los propios especialistas médicos, los cuales son los verdaderos responsables del proceso de planificación y ejecución de su propio aprendizaje profesional, a través de la realización de las actividades que optimicen su rendimiento, satisfagan sus necesidades profesionales a la vez que corrijan sus carencias.

En algunas ocasiones, el aprendizaje será informal a través de mecanismos de autoaprendizaje, como por ejemplo lectura de monografías, periódicos especializados e investigación, y en otros casos será formal y

estructurado por medio de actividades propuestas por la propia organización, instituciones o agencias de calidad. De cualquier modo, el aprendizaje estará basado en métodos científicos validados y consensuados.

Las evaluaciones, tanto las seleccionadas por el propio profesional sanitario como las puestas en marcha por la misma organización, permitirán conseguir los siguientes objetivos:

- Obtener información útil con el fin de elaborar planes futuros de organización, gestión y políticas de recursos humanos.
- Determinar la calidad actual del desempeño.
- Observar si existe o no adhesión entre las competencias actuales y los cambios incorporados a la sociedad dinámica en la que vivimos.
- Poner, en cualquier caso, las medidas de soporte oportunas para la corrección, si se reflejan déficits competenciales.
- Medir la calidad de actuación global de los servicios sanitarios y obtener así un óptimo diagnóstico.
- Reconocer tanto social como profesionalmente la labor médica desarrollada.
- Permitir, mediante las autoevaluaciones, juzgar y valorar sus propias competencias a los médicos de manera individual.

Las evaluaciones según el propósito o la finalidad se pueden clasificar en tres tipos: evaluación de diagnóstico, formativa y sumativa. La primera de ellas, la evaluación de diagnóstico, sirve para ilustrar las condiciones y posibilidades de iniciales aprendizajes o la ejecución de una o varias tareas. Por su parte, la evaluación formativa pretende averiguar si los objetivos de la enseñanza están siendo alcanzados o no, y lo que es preciso hacer para mejorar el desempeño de los médicos. Y por último, la evaluación sumativa se utiliza para medir y juzgar el aprendizaje con el fin de certificarlo, de asignarle calificaciones, determinar promociones, etc.

Tanto los métodos de evaluación como los de aprendizaje han de tener validez científica, evidencia empírica suficiente de su, relevancia y fiabilidad,

todo ello con el objetivo de asegurar la máxima calidad en la obtención de información.

La documentación y el registro periódico de las evaluaciones son importantes para el médico, pero también para la propia organización con apoyo en datos y a observaciones presentes y actuales, la organización puede realizar estudios prospectivos y esclarecer cuestiones de planificación y de gestión futuras con mayor margen de maniobra.

Los organismos de acreditación de la formación son independientes con respecto a los organismos proveedores de formación. Un requisito fundamental para llevar a cabo actividades formativas efectivas que se realicen con suficientes y adecuados recursos tanto materiales (instalaciones físicas, tecnologías de la información) como humanos (coordinador o responsable de la actividad formativa) en las entidades proveedoras de formación, y también es requisito que las actividades estén justificadas, que se atengan a un marco regulador y que describan el contenido estableciendo los objetivos, entre otras cosas.

El contenido de las actividades formativas debe ser flexible y ajustarse a las necesidades personales y específicas de un momento concreto y determinado. Es importante que dichas actividades se lleven a cabo por distintos colectivos y asociaciones, que relacionen a diferentes profesionales (expertos médicos y especialistas en otras disciplinas), y que tengan presentes las ciencias biomédicas, clínicas, éticas y sociales del comportamiento.

Igualmente, la difusión de experiencias personales en otros ámbitos y en el extranjero a través de charlas-coloquio, conferencias, reuniones, dinámicas de grupo, etc., también ayuda a mejorar el aprendizaje.

Para que la calidad de la formación sea la mayor y la mejor posible, los profesionales médicos deben evaluar las actividades y rectificar las deficiencias que encuentren, si las hubiera.

En último término, el paciente es el que más se beneficia de la

participación del médico en programas de DPC, gracias a lo cual se mejora la calidad y la seguridad de la asistencia que recibe.

Con independencia del modelo de sistema sanitario del que se trate, los recursos deben aplicarse con el objetivo de garantizar que los médicos puedan participar en programas de DPC. Dichos recursos incluyen programas educativos, acceso a las tecnologías de la información, tiempo suficiente para la formación, soporte de los colegas para diseminar la cultura del aprendizaje, recursos económicos y, finalmente, una estructura de soporte adecuada para facilitar el aprendizaje.

Los médicos están muy familiarizados con el aprendizaje continuo, por lo que tradicionalmente lo han venido haciendo de forma individual. Por este motivo, se debe facilitar el soporte adecuado y necesario para que cada médico, por un lado, pueda elegir el método de aprendizaje que prefiera, basado en sus propias necesidades y, por otro, pueda promover una oferta educativa variada que posibilite su elección. Sin embargo, los médicos deben, de igual manera, ser estimulados para conocer y desarrollar nuevas metodologías de aprendizaje, y utilizar las nuevas tecnologías educativas. Cada médico en ejercicio tiene que preocuparse de mantener actualizados los siguientes componentes del DPC, como son una buena comunicación, capacidad de trabajo en equipo, aprendizaje a partir de las auditorías y participación en proyectos de investigación.

Asimismo, debe participar en programas de DPC que estén orientados a satisfacer las necesidades propias de su ámbito de especialidad o subespecialidad.

Es necesario prestar una atención especial al ambiente laboral del médico, con el objetivo de garantizar que dicho ambiente estimule el aprendizaje “in situ”, lo que facilita el proceso de reflexión del profesional sobre su práctica cotidiana y el aprendizaje a partir de la misma.

El médico ha de ser capaz de integrarse en equipos de aprendizajes multidisciplinares y multiprofesionales, cuando sea necesario y conveniente

para los pacientes.

El hecho de participar en actividades educativas fuera de su lugar de trabajo, tales como los modernos programas de “*e-learning*”, las actividades en pequeños grupos de aprendizaje y las conferencias clínicas, puede contribuir a adecuar el proceso formativo a los estándares establecidos por las entidades de referencia. Igualmente, el aprendizaje también debe estar relacionado con la solución de los problemas de la práctica clínica, aprovechando las revisiones clínicas, el “*feedback*” a partir de los pacientes y de los colegas, y los incidentes clínicos críticos, a través de los cuales se estimula la cultura de la calidad y la seguridad.

El médico ha de ser capaz de reflejar lo que ha aprendido y su aplicación a la práctica clínica, todo ello en un contexto de diálogo con los colegas y de revisión periódica de los resultados de su DPC, que le sirva para identificar aquellas áreas en las que debe invertir mayores esfuerzos educativos. Para ello, cada médico debe tener un registro de su DPC, en el que quede reflejado lo que va aprendiendo paulatinamente, con lo cual no solamente se contribuye a asegurar la calidad educativa sino, además, a sentar las bases de una autorregulación responsable de las actividades de DPC. En dichas actividades, en las que participan los médicos que reúnen los requisitos de calidad establecidos, debe implementarse un sistema de garantía de calidad, que esté basado en la acreditación de las actividades y en el reconocimiento oficial de los proveedores de las mismas.

Aunque tales sistemas suelen ser de ámbito nacional, en los últimos tiempos se está consolidando el sistema creado por el “European Accreditation Council for CME (EACCME)”, básicamente referido a programas internacionales.

Carrera profesional

La carrera profesional está regulada por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud; y por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, y la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud.

En esta última ley, la correspondiente al Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, se prevé, en su artículo 40, el establecimiento de los procedimientos de carrera profesional para el personal estatutario de los servicios de salud, como instrumento que posibilita el derecho a progresar de forma individualizada, y como reconocimiento a su desarrollo profesional, función de los conocimientos, experiencias y cumplimiento de los objetivos de la organización a la cual presta sus servicios.

La carrera profesional constituye una forma de motivación y de incentivo para aquellos profesionales que alcancen un determinado nivel de excelencia mediante su reconocimiento tanto en el ámbito laboral como en el social. Es el conjunto de factores variables que condicionan cronológicamente la actividad profesional del médico, y que implican la capitalización de experiencias y conocimientos que le sirven al profesional como plataforma para su realización y promoción.

CPr = Asistencia + Docencia + Investigación + Gestión Clínica + Formación Continua

La carrera profesional empieza con el ejercicio de la Medicina, previa acreditación del título de especialista correspondiente, y su fin sobreviene a la fecha de jubilación o finalización de la prestación de servicio.

La base de este modelo es la formación continua del médico. La evaluación y acreditación de esta formación se utiliza para regular la progresión en el escalafón de la carrera profesional. La utilización de la formación continua

como herramienta de incentivación, tendrá como efecto una competencia profesional más alta y superior y, en consecuencia, una mayor calidad en todos los niveles, tanto asistencial, docente, formativo, investigador como de gestión-administración.

La filosofía que subyace a la carrera profesional no es otra que la de motivar y al mismo tiempo conseguir los siguientes objetivos:

- Propiciar la sana competencia entre profesionales.
- Facilitar el reconocimiento de la sociedad a la labor desarrollada por el médico.
- Premiar al médico según sus méritos asistenciales, de investigación, docencia, gestión clínica y formación.

La carrera profesional va a condicionar el futuro tanto de la profesión médica como de la Sanidad, por tanto, han de quedar claros los siguientes aspectos:

- La independencia del profesional médico es un derecho, no ya del propio médico sino del paciente, lo que supone una garantía de calidad asistencial.
- El médico debe participar en la gestión de su hospital o centro de salud, hecho que interesa y preocupa a las asociaciones europeas de médicos como la UEMS, UEMO, así como al Comité Permanente de Médicos de la U.E.

Antes de pasar a profundizar en aspectos concretos de la carrera profesional, es necesario concretar unas premisas que se exponen a continuación:

- La carrera profesional es la misma en el nivel nacional, uniforme en cuanto a los criterios de acceso a las diversas categorías o niveles y al reconocimiento de los mismos, por todos los Servicios de Salud, con lo cual se evita un caos de nomenclaturas, al mismo tiempo que se facilitan los traslados sin cambio de categoría, sin defecto de las

competencias en materia sanitaria que se hayan asumido en las diferentes Comunidades Autónomas.

- El efecto de subir de nivel o categoría dentro de la carrera profesional conlleva una repercusión salarial en los profesionales.
- Los niveles o categorías alcanzados quedarán consolidados de manera automática, aunque en condiciones específicas, se revisará el reconocimiento de las competencias adquiridas.
- La carrera profesional debe estructurarse en un número adecuado de categorías que recojan todas las posibilidades profesionales. A partir de un determinado nivel, el médico tendrá la opción de dedicarse a la gestión clínica o a la administración sanitaria, según su preferencia. Los puestos de gestión clínica comprenden fundamentalmente actividades asistenciales, mientras que los puestos de administración sanitaria conservan la función de actividad asistencial, aunque en menor medida. Estos últimos puestos suelen ser ocupados por Directores Médicos y Subdirectores.
- Los grados o niveles en los que se estructura la carrera profesional son cuatro:
 - Grado o Nivel I: Especialista adjunto
 - Grado o Nivel II: Especialista
 - Grado o Nivel III: Consultor adjunto
 - Grado o Nivel IV: Consultor
- Para poder ascender de una categoría inferior a otra superior, es requisito imprescindible permanecer un mínimo de cinco años en la categoría anterior y estar en posesión de un número de “créditos” prefijados con anterioridad. La obtención de “créditos” se apoya en los méritos que se han ido adquiriendo tanto en el terreno asistencial como en el científico, y tomando como referencia la formación continua. Dependiendo de la categoría en la que esté situado el profesional, tiene más peso y valor los “créditos” la labor asistencial, la docente o la investigadora, por ejemplo.
- Los créditos conseguidos serán valorados con carácter anual.

- No se pueden separar los aspectos asistenciales de los de gestión. Aunque para aquellos cargos que conllevan un componente de gestión se admite la necesidad de una formación específica, no se puede olvidar la experiencia asistencial.
- Todas las categorías de la carrera profesional, propiamente dicha, contienen actividades asistenciales, de docencia, investigación, de formación continua y gestión clínica.
- Este modelo también debe ser válido para el médico que actúa en la Sanidad Privada, siempre y cuando éste se someta, de manera voluntaria, a las mismas pruebas de evaluación a las que se enfrenta el médico dedicado a la Sanidad Pública.
- Los méritos profesionales son la única base reconocida para la promoción tanto en el sector público como en otros centros sanitarios, cualquiera que sea su titularidad, que acepten el esquema de carrera profesional para cubrir sus correspondientes puestos médicos.
- La puesta en marcha del modelo de carrera profesional conlleva un importante esfuerzo económico por parte del sector público, pero a medio y largo plazo la inversión se recupera y se traduce en mayor calidad asistencial y bienestar social.

Grado o nivel de los puestos profesionales

Para poder obtener el primer grado de la carrera es necesario acreditar cinco años de ejercicio profesional, mientras que el hecho de acceder a grados superiores se podrá solicitar una vez transcurridos cinco años desde la precedente evaluación positiva. En caso de que la evaluación sea negativa, se podrá solicitar una nueva evaluación una vez transcurridos dos años¹⁴⁸.

El acceso a la carrera profesional es voluntario en todo el territorio nacional y se articula en cuatro grados como ya se ha mostrado con anterioridad. Sin embargo, y a pesar de esto, las Administraciones Sanitarias pueden establecer un grado inicial, previo a los indicados. Para el acceso a este grado inicial es suficiente tener el título de grado en Medicina y superar la evaluación que se determine. Después, para ir accediendo progresivamente a grados superiores, el interesado ha de tener una evaluación favorable de sus méritos, especialmente los referidos a los conocimientos, competencias, formación continuada acreditada e investigación. De igual modo también se evalúan los resultados de la actividad asistencial, la calidad de la misma y el cumplimiento de los indicadores que se hayan establecido, así como su implicación en la gestión clínica. Únicamente podrán ser tomadas en consideración en la carrera de los profesionales las actividades de formación continua acreditadas.

- **Grado o Nivel I. Especialista adjunto**

Los médicos acceden al nivel de especialista adjunto a través de concurso-oposición de carácter nacional, previa obtención de la titulación de especialista correspondiente. Una vez que consiguen el puesto en un determinado centro asistencial, el tiempo mínimo de permanencia en este nivel son cinco años. Al finalizar este periodo, si el médico se encuentra en posesión de un determinado número de créditos, podrá acceder al nivel siguiente. La actividad principal que lleva a cabo en el grado o nivel I es asistencial, aunque también dedicará una parte a su formación propia (formación continua).

¹⁴⁸ Anteproyecto de Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Versión para el Consejo del Pleno Interterritorial de 30 de Abril de 2003, Título III del desarrollo profesional y su reconocimiento.

- Grado o Nivel II. Especialista

Este grupo está constituido por los médicos que proceden del nivel I, los cuales, a su vez, están en posesión del número de créditos fijados. El tiempo mínimo de permanencia, al igual que en el grado I, es de cinco años. Las actividades llevadas a cabo serán fundamentalmente asistenciales con un porcentaje de sus labores dedicadas a formación continua, investigación y docencia. Al cabo de cinco años, si se ha cumplimentado el número de créditos prefijados se podrá acceder al nivel III, es decir, al de consultor adjunto. En caso de no haber logrado los créditos necesarios, se tendrá que permanecer en este nivel hasta la consecución de los mismos.

- Grado o Nivel III. Consultor adjunto

Al igual que en los anteriores niveles, el tiempo mínimo de permanencia son cinco años. Este nivel es considerado clave y encrucijada en la carrera profesional, no sólo porque significa una cualificación elevada, otorgándole un determinado prestigio o status, sino porque es, al mismo tiempo, la categoría mínima para poder acceder a puestos de responsabilidad en gestión clínica y administrativa. En este grado el médico se dedicará fundamentalmente a la actividad asistencial, pero también a la actividad docente y de investigación que se le estipule. Finalmente, para pasar al último nivel tendrá que cumplir como requisito un número determinado de créditos y, si al transcurrir cinco años no los ha conseguido, permanecerá en este nivel hasta que los reúna.

- Grado o Nivel IV. Consultor

Es el grado máximo de formación profesional. La permanencia mínima, como en los grados anteriores, es de cinco años. El médico ejercerá sus funciones con independencia del ámbito, tanto hospitalario como extrahospitalario, en el que desarrolle su trabajo.

En determinados casos, podría contemplarse la dedicación a tiempo parcial.

Resumen

Tanto las actividades formativas como las evaluativas, deben incorporarse a las condiciones de trabajo, como son por ejemplo el horario y los sistemas de retribución. La carrera profesional es un sistema mediante el cual se reconoce públicamente el desempeño y el desarrollo profesional alcanzado. Es una forma de estimular y motivar el desempeño del médico. La formación y evaluación positiva es premiada con “créditos”, los cuales le permitirán alcanzar un estatus profesional, categoría y remuneración superior.

La carrera profesional se articula en cuatro niveles, que se corresponden con especialista adjunto, especialista, consultor adjunto y consultor. Los últimos niveles pertenecientes a los de consultor adjunto y consultor suponen el logro de un nivel alto en la jerarquía organizacional de la empresa, y llevan asociada una serie de tareas específicas de gestión y administración que no se dan en los primeros niveles de la carrera profesional.



Calidad

CALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO

Introducción

Para desarrollar el apartado relativo a la calidad del sistema sanitario, partimos de la siguiente pregunta: ¿cuál es la situación actual de la problemática de la calidad y de las competencias del médico en la Institución Sanitaria?¹⁴⁹

Según una comparativa de instrumentos de evaluación de la competencia realizada por el Ministerio con competencias en materia de Sanidad, “la calidad de los servicios sanitarios depende de las competencias de los profesionales. Es imprescindible, por lo tanto, definir y evaluar las competencias profesionales para mejorar la formación, asegurar la calidad y gestionar a los profesionales por competencias”¹⁵⁰.

La evaluación de la competencia profesional del médico es el instrumento de diagnóstico para analizar las virtudes, como para conocer los defectos de la profesión del especialista. La buena o mala calidad de los servicios sanitarios depende, en gran medida, de las competencias de los profesionales médicos. Las Instituciones tienen la responsabilidad social de garantizar la calidad de los servicios que prestan a la sociedad. “Por ello, la calidad se debe definir por las competencias de los profesionales sanitarios y por la utilización de los métodos de evaluación”, explica el Dr. Víctor Martínez Landeras¹⁵¹.

La competencia de los profesionales sanitarios es un proceso mediante el cual una persona utiliza los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a la profesión con el fin de resolver los problemas que se le plantean constantemente en la consulta diaria.

¹⁴⁹ http://www.acceso.com/display_release.html?id=39356

¹⁵⁰ Ministerio de Sanidad y Consumo. “Comparativa de instrumentos de evaluación de la competencia. Informes, estudios e investigación” Madrid, 2008, página 17.

¹⁵¹ Martínez Landeras, V. (2007), “Los nefrólogos exigen una evaluación de las competencias profesionales del médico desde la finalización de su carrera”, en el XXXVII Congreso Nacional de la SEN, desde el 30 de septiembre al 2 de octubre, en Cádiz.

- En la actualidad, desde que un especialista acaba la carrera de Medicina no vuelve a tener ninguna prueba que evalúe su calidad como profesional médico, incluyendo su formación MIR.
- España y Chipre son los dos únicos países de nuestro entorno que no realizan ninguna prueba de evaluación al final de la residencia (MIR). Aunque en la actualidad se están desarrollando experiencias a este respecto (Evaluación experimental al finalizar el MIR en el Sistema Cántabro de Salud)
- En enero de 2008, se publicó en el BOE el nuevo Real Decreto de Formación Especializada, 183/2008, sin ningún cambio en lo que concierne a la evaluación del residente. Anuncia un desarrollo por parte del Ministerio con competencias en materia de Sanidad.

Atendiendo a la misma comparativa mencionada anteriormente, “los sistemas sanitarios hacen un uso intensivo de recursos humanos altamente cualificado. Si pretendemos que estos servicios sean de calidad, habrá que asegurar la competencia de los profesionales. La evaluación de la competencia clínica es, por lo tanto, un objetivo de las instituciones involucradas en la formación y en la utilización de los profesionales sanitarios. Por ello, está aumentando en número de países donde se considera necesaria la evaluación de la competencia de los profesionales y se están incorporando a nuestro lenguaje conceptos relativamente nuevos, como por ejemplo certificación, recertificación, acreditación o evaluación de la competencia”¹⁵².

El término *calidad* es un concepto que, al igual que el de competencia, invita a múltiples definiciones, como por ejemplo y siguiendo a García Roldán (1999) “es una excelencia innata que se reconoce sólo con la experiencia”¹⁵³. Igualmente, también se define como “hacer lo correcto, correctamente”, o como “el proceso de identificar, aceptar, satisfacer y superar constantemente las expectativas y necesidades de todos los colectivos humanos relacionados con

¹⁵² Ministerio de Sanidad y Consumo. “Comparativa de instrumentos de evaluación de la competencia”. Informes, estudios e investigación.. Madrid, 2008, página 19.

¹⁵³ García Roldán, J. L., (1999), “Calidad y su conocimiento en el Sistema Sanitario de Castilla y León”, Revista de Investigación Económica y Social de Castilla y León, página 52.

ella, con respecto a los productos y a los servicios que ésta proporciona.”

La calidad se reconoce y se regula en el Sistema Sanitario mediante la Ley 1/93 de Ordenación del Sistema Sanitario, la cual en su artículo 27 señala que “la evaluación de la calidad asistencial constituirá un proceso continuado que informará de todas las actividades del personal y de los centros, establecimientos y servicios sanitarios y sociosanitarios propios, integrados y concertados”. Por lo tanto, se puede definir la calidad como un proceso continuo que engloba tanto a los profesionales como a las propias organizaciones en sí.

La Ley 14/86 General de Sanidad define de forma extensa, señalando todos y cada uno de los atributos que ha de tener. Afirma que debe ser universal, integral, equitativo (territorial y social), con acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva, regido mediante principios de eficiencia, celeridad, economía y flexibilidad. Igualmente manifiesta el derecho de los usuarios al respeto de su personalidad, información, confidencialidad, libre elección de médico y participación en las actividades sanitarias. Ahora bien, y ante todas estas características, se plantea la siguiente cuestión: ¿para definir un sistema sanitario como de calidad se han de cumplir todos estos parámetros?

El hecho de hablar de calidad en el ámbito de la sanidad es hablar de medición y evaluación de los atributos de la sanidad, pero ¿cómo se miden esos atributos? La respuesta es a través de indicadores de calidad, evaluaciones y documentos auditables sobre los usuarios y el personal médico, los cuales utilizados de forma periódica permiten elaborar un registro de información. Anteriormente, tanto en la etapa de pregrado como en la de posgrado, se establecieron “a priori” unos estándares para garantizar que el proceso de formación reglada y específica fuera de calidad. Sin embargo, una vez que los profesionales especialistas médicos desarrollan su actividad laboral es cuando realmente colaboran en la elaboración de unos determinados indicadores, que midan si nos estamos aproximando o no al cumplimiento de los atributos que garantizan un sistema sanitario de calidad.

El principal problema reside en que estos indicadores omiten diversas variables como por ejemplo las estructuras en las que se producen los servicios sanitarios, los procesos que generan esos indicadores o los resultados reales que producen. Por este motivo es necesario evaluar los atributos de sanidad desde diferentes ángulos, utilizando múltiples indicadores, no sólo teniendo en cuenta a los médicos o usuarios, sino también contando con los recursos materiales, planificación, procesos, gestión, ejecución, evaluación de resultados y control.

En definitiva, la estrategia de calidad precisa y necesita definir un modelo explícito de evaluación que refleje las preferencias de los usuarios y de los profesionales, que sea participativo, que esté consensuado por distintos interlocutores sociales y que se dé a conocer como el mejor modelo alcanzable por el sistema.

Este modelo de calidad se apoya en la filosofía del modelo de excelencia EFQM¹⁵⁴, el cual tiene como objetivo satisfacer las demandas y exigencias tanto del cliente interno, por ejemplo de médicos especialistas que trabajan en las organizaciones sanitarias, entre otros, como del cliente externo, es decir, de los pacientes, y por extensión de toda la sociedad en general. Claramente, dicho modelo de calidad es un modelo humanista, cuyo énfasis reside sobre todo en la formación e involucración del personal en la mejora continua, motivándolo en la consecución de los objetivos del Sistema Sanitario.

La “excelencia” del modelo EFQM se define como el modo sobresaliente de gestionar la organización y obtener óptimos resultados, mediante la aplicación de los siguientes conceptos fundamentales:

- Orientación hacia los resultados: La organización sanitaria debe orientar sus acciones hacia todos los grupos de interés relevante, como son los pacientes, la sociedad en su conjunto, los aliados con los que establece relaciones de colaboración y cooperación, etc.

¹⁵⁴ European Foundation for Quality Management- Fundación Europea para la Gestión de la Calidad.

- **Orientación al cliente:** La organización debe satisfacer las necesidades de los clientes-pacientes, tanto las presentes como las posibles que pudieran surgir en un futuro, ya que al fin y al cabo son los árbitros de la calidad del servicio.
- **Liderazgo y constancia de objetivos:** El equipo directivo de la organización deber estar concienciado, comprometido e implicado en la cultura de excelencia para conseguir así los objetivos propuestos.
- **Gestión por procesos y hechos:** Las organizaciones actúan de manera más efectiva cuando todas sus actividades interrelacionadas se comprenden y gestionan de manera sistemática. Las decisiones relativas a las operaciones en vigor y las mejoras planificadas se adoptan a partir de información fiable que incluye las percepciones de todos sus grupos de interés. El fin es la satisfacción de sus clientes en función de unos requisitos, identificando y definiendo los procesos necesarios para conseguir los objetivos establecidos.
- **Desarrollo e implicación de las personas:** Las personas son el activo más importante de la organización, por eso ésta debe procurar promover que se compartan unos valores y propiciar un clima de confianza y asunción de responsabilidades, así como facilitar el desarrollo personal y profesional de sus individuos.
- **Aprendizaje, innovación y mejora continua:** Es importante que a nivel organizacional exista una gestión adecuada del conocimiento, experiencias, creatividad e innovación, en el marco de una cultura de mejora continua.
- **Desarrollo de alianzas:** Las relaciones de colaboración y cooperación, es bien sabido que son mutuamente beneficiosas, ya que ambas aportan un alto valor añadido y unas determinadas mejoras en el servicio a los pacientes.
- **Responsabilidad social:** Es necesario que la organización actúe desde un posicionamiento ético, proponiéndose objetivos ambiciosos de mejora continua y tratando de ir más allá de las expectativas y las normativas de obligado cumplimiento.

Es imprescindible tener presente que uno de los componentes fundamentales de la calidad es la consulta continua realizada, tanto a los empleados, a los usuarios, como a los ciudadanos, sobre la prestación de los servicios.

Estructura de excelencia

El modelo de excelencia EFQM pone especial énfasis en la importancia del ciclo PDCA, el cual, como se observa en el gráfico que aparece a continuación, se basa en planificar, ejecutar-hacer, comprobar- verificar, y actuar, por medio de un esquema lógico denominado “REDER” (radar en inglés). Dicho esquema está conformado por cinco elementos que son los resultados, el enfoque de todos los aspectos de la organización, el despliegue sistemático para la implantación, la evaluación y la revisión.

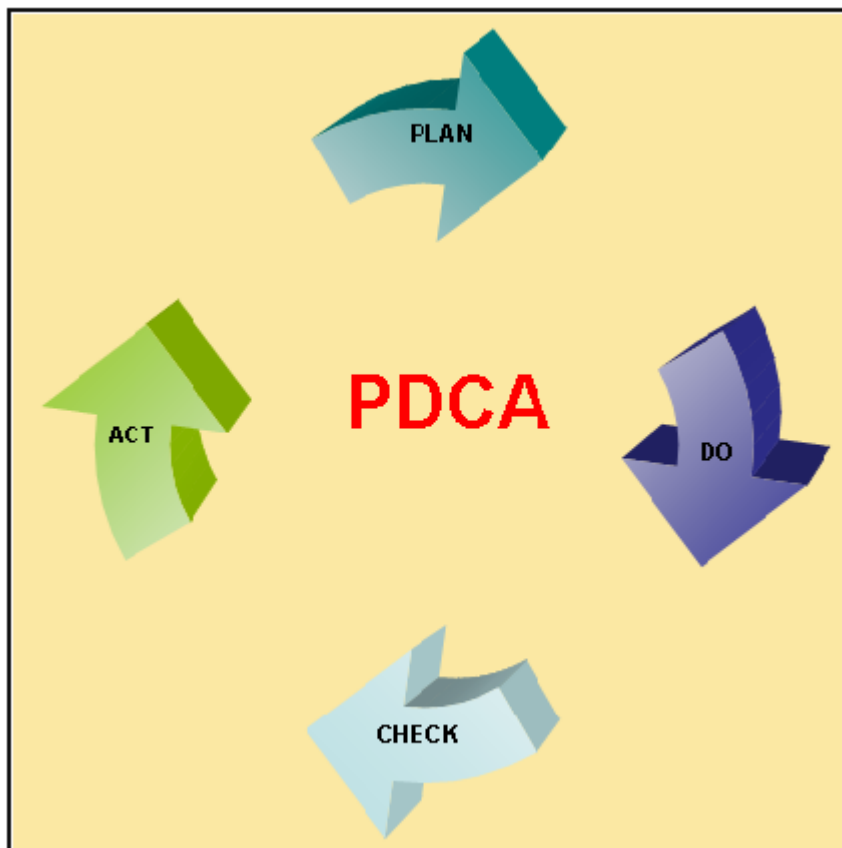


Ilustración 16: Gráfica del ciclo PDCA

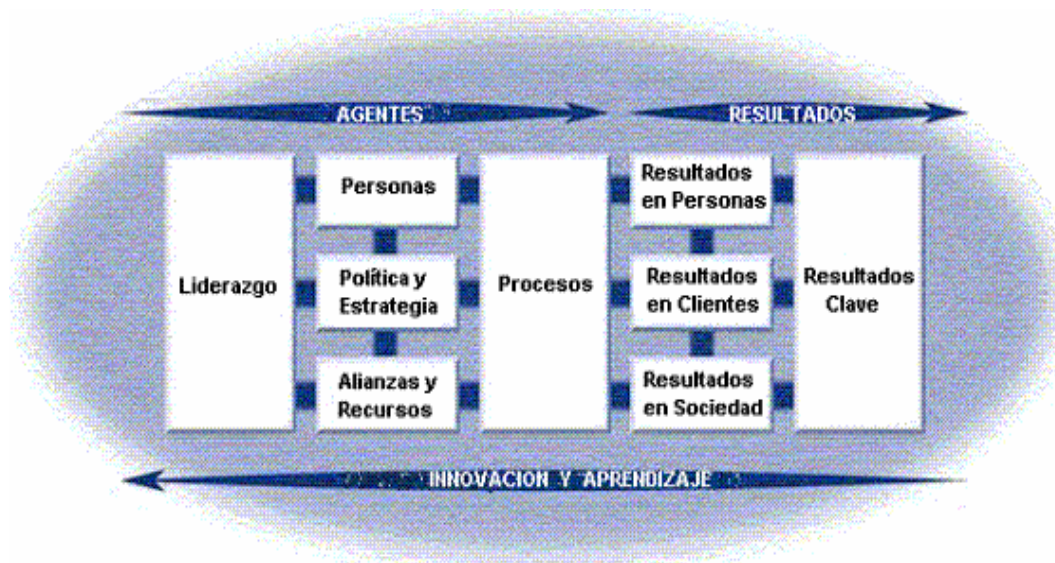


Ilustración 17: Gráfica del modelo EFQM

La estructura de la excelencia se puede apreciar mediante la interpretación del gráfico anterior, la cual muestra que “los resultados excelentes con respecto al rendimiento de la organización, a los pacientes, a las personas y a la sociedad se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse la política y estrategia, las personas de la organización, las alianzas y los recursos, así como los procesos”.

Las flechas del gráfico indican la naturaleza dinámica del modelo, mostrando que tanto la innovación como el aprendizaje permiten un “*feedback*” o retroalimentación que potencia la labor de los agentes facilitadores, lo que a la postre produce una mejora notable de resultados.

Por el concepto de agentes facilitadores se entiende el conjunto de criterios de la organización relevantes para la consecución de la excelencia en los resultados.

Igualmente, con la denominación de resultados, nos referimos a los criterios que permiten valorar aquello que se ha conseguido o se está logrando en la organización, es decir, los objetivos.

Objetivos del Sistema Sanitario

Los objetivos que pretende alcanzar y conseguir el Sistema Sanitario son los que se describen a continuación:

- Excelencia en la gestión y en la cultura de servicio al público y acercamiento al ciudadano.
- Alta flexibilidad y gran capacidad de respuesta frente a las necesidades de los ciudadanos.
- Promoción de la eficacia, de la eficiencia y de la gestión de los resultados.
- Gestión por objetivos, asegurando la responsabilidad y potenciando tanto el seguimiento y control como la evaluación de los procesos y de los resultados.
- Actitud abierta, orientada a los ciudadanos y mostrando transparencia en la gestión, bien en la información como en la comunicación.
- Consideración del entorno y de la competitividad en relación con otras Administraciones u organizaciones privadas.
- Integración en la sociedad de la información y del conocimiento, optimizando la aplicación de las nuevas tecnologías y promoviendo así la creación de espacios para el desarrollo de la innovación y de la creatividad.
- Descentralización y delegación de competencias en la gestión financiera, y de personas hacia las unidades de gestión y prestación de servicios.
- Potenciación de las políticas de gestión del capital humano, enfatizando de esta manera aspectos tales como la responsabilidad y la sensibilización del servicio público, la optimización del rendimiento, la motivación, la cualificación continua y la adaptación al cambio.

- Aplicación de determinadas metodologías de gestión del sector privado¹⁵⁵.

La certificación profesional

Definición de certificación y recertificación

Según Agudelo (1993), la certificación es “un proceso tendente a reconocer formalmente las calificaciones ocupacionales de los trabajadores, independientemente de la forma en que estas calificaciones fueron adquiridas”¹⁵⁶.

En el Programa Nacional de Formación Profesional de España, la certificación se realiza mediante la expedición de un certificado por parte de las autoridades laborales, organismos de formación o personas autorizadas, que acredita que un trabajador es capaz de aplicar los conocimientos, destrezas, actitudes y comportamientos necesarios para el ejercicio de una actividad profesional concreta¹⁵⁷.

Irigoin y Vargas (2002) definen la certificación de las competencias como el reconocimiento público, formal y temporal de la capacidad laboral demostrada por un trabajador, el cual se efectúa en base a la evaluación de sus competencias en relación con una norma y sin estar necesariamente sujeto a la culminación de un proceso educativo¹⁵⁸.

De la misma manera, para el Gobierno Vasco la certificación es la culminación de un proceso de reconocimiento formal de las competencias de los/las trabajadores/as, que implica la expedición por parte de una institución

¹⁵⁵ Castilla y León. Consejería de Presidencia y Administración Territorial, (2004), “La evaluación de la Calidad. Adaptación del Modelo EFQM a la Administración de la Comunidad de Castilla y León”.

¹⁵⁶ Agudelo, S. (1993), “Certificación ocupacional. Manual didáctico”, Montevideo: Cinterfor/ OIT.

¹⁵⁷ Real Decreto 7646/1997, de 31 de octubre, por el que se establece el certificado de profesionalidad de formación ocupacional.

¹⁵⁸ Irigoin, M. y Vargas, F. (2002), “Competencia laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector Salud”, Montevideo, Cinterfor-OPS.

autorizada y la acreditación de las competencias poseídas¹⁵⁹.

El concepto de certificación es necesario entenderlo como la evaluación que se realiza una vez finalizada la formación de posgrado, con el objeto de garantizar y asegurar que se han adquirido los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias que conforman el título básico y la correspondiente especialidad. Se trata, por tanto, de evaluar un amplio abanico de competencias.

El diploma de Área de Capacitación Específica tiene carácter oficial y validez nacional. La expedición la tiene atribuida el Ministerio que tenga competencias en Educación y su posesión es necesaria para utilizar de modo expreso la denominación de especialista con capacitación específica en el área. Dicho diploma podrá ser exigido como requisito básico o valorado como mérito para acceder a puestos de trabajo de alta especialización, tanto en el sector público como en el privado.

El acceso a estos Diplomas puede producirse mediante una formación programada o a través del ejercicio profesional específicamente orientado al Área correspondiente, acompañado de actividades docentes o discentes de formación continuada en dicha Área, y, en todo caso, tras la evaluación de la competencia profesional del interesado.

Estos diplomas son tomados en consideración para la carrera profesional y son valorados como mérito en los sistemas de provisión de plazas por las Administraciones Públicas Sanitarias.

La certificación del profesional es un tema central de debate tanto en el ámbito de la formación como en el del trabajo.

Bertrand, en su libro *Evaluación y certificación de competencias y cualificaciones profesionales*, explicó que “todos los países comparten la preocupación por la calidad y la eficacia de la formación, por su transparencia y adaptación a las nuevas exigencias de las economías y por las necesidades de

¹⁵⁹ Instituto Vasco de Cualificaciones y Formación profesional ,(2000), "Aprendizaje permanente: la clave del futuro", Comunidad Autónoma del País Vasco.

los adultos en un mundo en constante evolución”¹⁶⁰.

Por su parte, la recertificación trata de evaluar las competencias comunes a todos los profesionales de una especialidad determinada, independientemente de la subespecialidad o grado de experto que esté desarrollando. A estos profesionales se les evaluaría periódicamente sobre las competencias “nucleares” de la especialidad concreta.

Justificación de la certificación

Algunas razones que justifican la certificación son las que se exponen seguidamente:

- La preocupación por alcanzar una óptima calidad.
- La necesidad de adecuar la formación a las transformaciones del mundo productivo.
- El reconocimiento de manera objetiva y formal de las competencias.
- Una forma de facilitar la movilidad laboral y garantizar una igualdad de oportunidades, al mismo tiempo que pretende mejorar la flexibilidad y la polivalencia de los médicos.

El problema principal radica en buscar un óptimo sistema de certificación que reconozca las competencias. Esta búsqueda no es una tarea fácil porque al médico se le asocian una multitud de competencias.

Certificación de especialistas

El proceso de certificación de especialistas requiere primeramente la definición y el establecimiento de competencias para cada uno de los perfiles. Este proceso no es definitivo en el tiempo porque el mundo evoluciona, sufre cambios y transformaciones (innovaciones, descubrimientos médicos, migraciones, etc.), por lo tanto, las competencias son objeto de revisión periódica según las normas o estándares establecidos por determinados

¹⁶⁰ Bertrand, O., (2000), “Evaluación y certificación de competencias y cualificaciones profesionales”, OEI, Madrid.

organismos y autoridades.

Los certificados deben ser expedidos por organismos públicos, legítimamente constituidos, que garanticen la validez y credibilidad. En definitiva, este proceso de certificación debe ser un camino transparente, abierto y visible.

La certificación va asociada a un proceso de *evaluación sumativa final* de las competencias, ya que por un lado garantiza la calidad, y por otro expresa el nivel de competencias potenciales alcanzado. La certificación representa un valor añadido para la persona, a la cual le otorga un estatus dentro y fuera de las instituciones sanitarias; y también, desde el punto de vista administrativo y de gestión de recursos humanos, es interesante para el reclutamiento, selección y formación de los trabajadores.

No existe un modelo genérico de evaluación para la certificación de competencias de carácter universal, pero sí una serie de pautas que debe seguir el proceso para conseguir unos buenos resultados, tales como la especificación de:

- Objeto de evaluación
- Instrumentos
- Agentes
- Metodología
- Criterios Evaluativos
- Contexto

Dentro de la Unión Europea (U. E) se pueden considerar cuatro modelos de validación y certificación, que corresponden a los países de Alemania, Inglaterra, Francia y España, respectivamente:

- **Sistema de certificación alemán**

Alemania tiene un sistema mixto en el que conviven un sistema público, llamado seguro obligatorio de enfermedad (*gesetzliche Krankenversicherung*),

y un sistema formado por una serie de Cajas de seguros privadas (private Krankenversicherung)¹⁶¹.

El sistema alemán diferencia la certificación de la formación profesional inicial, de la certificación de la formación profesional continua. En este sentido, el título de Merler¹⁶² es un título que corresponde a una certificación que se da durante la carrera profesional. Los títulos tienen un amplio reconocimiento en el momento de la contratación, hasta tal punto que no sólo garantizan una alta probabilidad de contratación de empleo según la categoría, sino que además, permiten la posibilidad de desarrollar un gran progreso en la carrera profesional.

- **Sistema de certificación inglés**

Inglaterra propone un sistema de cualificaciones de iniciativa estatal y en el que se describen las competencias de forma estructurada. Las instituciones que se encargan de certificar las competencias tienen total autonomía. En los años noventa se creó una serie de normas, las NVQ (National Vocational Qualification), que consisten en la configuración de un listado de competencias profesionales fácilmente observables. Sin embargo, el sistema de evaluación de sus competencias no garantiza que el individuo posea otras capacidades y competencias además de las que demuestra en el momento del reconocimiento, por lo que la evaluación no asegura que se tengan esas competencias en otros contextos.

- **Sistema de certificación francés**

En Francia, los propios organismos que gestionan la formación son los encargados de certificar el sistema. El título de formación inicial adquirida durante los estudios universitarios de medicina es otorgado por el Ministerio de

¹⁶¹ Bueno, C. (2006), "La certificación Profesional: Algunas reflexiones y cuestiones al debate", Programa Nacional de Formación Profesional de España, Universidad Autónoma de Barcelona.

¹⁶² Merle, V. (1998), "Evolución de los sistemas de validación y certificación ¿Qué modelos son posibles y qué desafíos afronta el país francés?", Revista europea de formación profesional. CEDEFOP, nº 12, pp 39-52.

Educación.

Por otro lado, el Ministerio de Trabajo evalúa los conocimientos en relación con la profesión. La evaluación es un examen final compuesto y diseñado tanto por formadores como por profesionales, aunque también, dicho Ministerio puede conceder los títulos a los destinatarios de la formación continua a partir del reconocimiento de las competencias adquiridas, sin necesidad de pasar por pruebas escritas.

Otra forma de certificación que existe en Francia consiste en los certificados de cualificación profesional (CQP), los cuales se diseñan teniendo en cuenta la especialización médica en sentido estricto. Éstos están más vinculados a la certificación de la realidad laboral y de las competencias adquiridas en el lugar de trabajo que a las acciones formativas.

Por lo tanto, se puede afirmar que el sistema francés, certifica las competencias tanto de los sistemas de formación profesional formal como las adquiridas en el lugar de trabajo.

- **Sistema de certificación español**

En España, el título de Licenciado en Medicina acredita estar en posesión de las competencias profesionales adquiridas mediante la formación en situaciones formales. Estos títulos son otorgados bien por las administraciones educativas que dependen de la administración educativa central (MEC), o bien por las administraciones educativas autonómicas con competencias en materia de educación.

El sistema de certificación español está muy vinculado a situaciones formativas, de ahí que el reconocimiento de las competencias se realice en función de la formación adquirida.

Al igual que el modelo francés, la certificación requiere la superación con éxito de unas determinadas pruebas específicas.

No obstante, el reconocimiento de competencias adquiridas no acaba de definirse. En estos momentos se debate, pero hoy por hoy, sólo las sociedades científicas y los colegios médicos, entre otros organismos, tienen la potestad de certificar las competencias adquiridas en el escenario laboral.

El concepto de carrera profesional está ligado a un sistema de incentivación y promoción profesional, y no se encuentra relacionado ni con la certificación ni con la recertificación. En todo caso, éstas últimas son requisitos previos a partir de los cuales es preciso evaluar el grado de experto y/o el cumplimiento de los objetivos asistenciales, que constituyen el contenido de cualquier sistema de desarrollo profesional.

Lo que está claro y consensuado es que el modelo de evaluación tiene que ser flexible, de manera que permita tener en cuenta las peculiaridades de cada contexto sanitario¹⁶³.

Atendiendo a la comparativa de instrumentos de evaluación de la competencia, realizada por el Ministerio de Sanidad, se afirma que “si consideramos la evaluación como un instrumento diagnóstico de los déficits competenciales, es obvia su utilidad para modificar o mejorar la formación previa y posterior”¹⁶⁴.

¹⁶³ Maderuelo Fernández, J.A. (2002), “Gestión de calidad, Gestión de la calidad total. El modelo EFQM de excelencia”, Medifam 2002, Vol 12, nº 10.

¹⁶⁴ Comparativa de instrumentos de evaluación de la competencia. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2008, Página 20.



Investigación

INVESTIGACIÓN

Introducción

Según Fletcher (1997), el propósito de la evaluación de competencias laborales es recoger suficientes evidencias de que los individuos pueden avanzar, progresar y desempeñar según las normativas específicas con éxito sus tareas, satisfaciendo las necesidades de calidad que demanda nuestro sistema sanitario a través de la propia administración, de los profesionales médicos y ciudadanos.¹⁶⁵

Desde mediados de los años ochenta se ha ido produciendo paulatinamente un cambio en el modo de considerar a las personas en las organizaciones, pasando de un enfoque que podría denominarse “personal” a un enfoque de recursos humanos. Este cambio se concreta conceptualmente en que las personas han pasado de ser vistas como un coste que es preciso minimizar, a ser entendidas como el principal recurso con el que cuenta la empresa y que, por tanto, es preciso optimizar para que aporte todo su potencial al desarrollo de la misma.¹⁶⁶

Todos los agentes sociales están convencidos de los beneficios que desprenden las actividades evaluativas, por este motivo participan en estos procesos y los apoyan mediante organizaciones, asociaciones, reuniones, encuestas o entrevistas con sus correspondientes servicios de salud.

Por medio del estudio que nos ocupa, se ofrecerán datos originales que rompan esa barrera o velo transparente que cubre al colectivo de especialistas médicos, y dará a conocer, describir y evaluar la situación actual, al mismo tiempo que propondrá acciones futuras y planteará un modelo de procedimientos de evaluación extrapolable a otras instituciones.

¹⁶⁵ Fletcher, Shirley (1997), “Nuevas formas de evaluación y certificación”, en *Competencia Laboral: antología de lecturas*. México: CONOCER.

¹⁶⁶ Gil Flores, J., (2007), “La evaluación de las competencias laborales”, Universidad de Sevilla 4. ISSN: 1139-613X. UNED.

Enunciado del problema. Objetivo de la investigación

A partir de unas competencias generales y específicas establecidas a priori, las cuales se ponen en juego a través de diferentes métodos de evaluación habituales y frecuentes en las administraciones sanitarias, se determinará cuál/ es son los más valorados por los propios médicos especialistas de Castilla y León, y los que mejor evalúan principalmente las competencias.

El objetivo último de esta investigación es la mejora en la calidad de la salud, y para conseguirla es necesario identificar los principales problemas y necesidades que actualmente plantean los Servicios Públicos de Salud de Castilla y León. En la propuesta de medidas concretas de mejora en relación a tales necesidades y problemas, los médicos son los responsables en última instancia de que se alcancen resultados de calidad que satisfagan las demandas sociales. Por este motivo, la intención de esta evaluación es que los resultados puedan coadyuvar a la formulación de mejores procedimientos de evaluación de las competencias de nuestros profesionales.

Mirando los datos de la comparativa realizada por el Ministerio de Sanidad (2008), se puede afirmar que “para evaluar cada competencia, los instrumentos tienen que ser necesariamente diferentes, dado que no hay ningún método de evaluación que por sí solo pueda proporcionar toda la información necesaria para juzgar la competencia de un profesional. Es necesaria, por lo tanto, una combinación de los diferentes procedimientos con el fin de evaluar de manera óptima las habilidades cognoscitivas y complejas, que componen el concepto de competencia profesional”¹⁶⁷.

Este objetivo general que se acaba de exponer se concreta en los siguientes objetivos específicos:

¹⁶⁷ *Comparativa de instrumentos de evaluación de la competencia. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2008, Página 20.*

- Delimitar los elementos de los procedimientos de evaluación de las competencias de los facultativos de Instituciones públicas sanitarias de Castilla y León.
- Diseñar procedimientos de evaluación de competencias, que estén orientados hacia la recogida de información válida y fiable.
- Determinar un modelo o protocolo base y genérico para la evaluación por competencias de los profesionales sanitarios.
- Analizar las características contextuales del Sistema Sanitario efectuado por los propios profesionales.
- Conocer los problemas y dificultades a los que se enfrentan los facultativos en el desarrollo de su actividad, con el objetivo de corregirlos.
- Utilizar los resultados para planificar líneas de seguimiento en apoyo a una mejor calidad y progreso.

Diseño de la investigación

El carácter de la investigación es fundamentalmente exploratorio y descriptivo. Hasta el momento no se había llevado a cabo ninguna labor de investigación en este sentido a nivel nacional, por lo que el estudio o registro de información sobre las competencias laborales se limita a criterios de desempeño externos, como por ejemplo, el cumplimiento de la jornada laboral, el registro y cumplimentación de documentos, la acreditación de conocimientos específicos de su especialidad, entre otros; olvidando así aspectos tan importantes como la implementación de planes de capacitación, la promoción de las habilidades, valores, satisfacción, motivación o actitudes.

Este trabajo se basa en la aplicación de una técnica mixta, cualitativa, cuantitativa y prospectiva, asentada en la distribución de paneles de expertos y en el proyecto de rondas sucesivas.

Se van a utilizar técnicas cualitativas porque interesa complementar y dar soporte a los datos cuantitativos, como por ejemplo el “feedback”

constante, los significados de los contextos, la interrelación mutua entre las personas. Por medio del método de consenso seleccionado, el “método Delphi”, es factible poner en marcha estas actividades que interesan para finalmente conocer más en profundidad el entorno en el que se desarrolla la actividad del facultativo.

El método cuantitativo elegido será el análisis estadístico de la información que aportan las encuestas por correo electrónico.

Las fuentes de información que se han considerado y barajado para realizar esta investigación son variadas. La información se obtiene a través de fuentes externas primarias, es decir, de datos que se recogen por primera vez para utilizar en la investigación en curso, mediante la selección de un panel de expertos constituido por médicos especialistas de Castilla y León, a los cuales se les atribuye la cualidad de informadores globales.

Del mismo modo se han utilizado fuentes internas secundarias, esto es, datos que ya habían sido elaborados y registrados para fines que no estaban relacionados directamente con nuestra investigación, mediante archivos, documentación y registros de información de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, sobre todo en cuanto a investigaciones cualitativas y cuantitativas referidas al sistema sanitario.

Clasificación de métodos cuantitativos y cualitativos

Jaime Serret Moreno-Gil¹⁶⁸ ha sido el punto de referencia para establecer los siguientes procedimientos estadísticos dentro de una metodología tanto cualitativa como cuantitativa.

- Métodos cuantitativos:
 - Análisis Causal
 - Análisis Univariante
 - M. de Descomposición
 - M. Dinámicos
 - A.R.I.M.A
 - Análisis Multivariante
 - M. Econométricos
 - A.R.I.M.A Bivariante

- Métodos cualitativos:
 - Encuesta de intenciones
 - Encuesta de Expertos
 - Panel de Expertos
 - M. Brainstorming
 - M. Delphi

Métodos Cualitativos

Los métodos cualitativos tienden, esencialmente, a averiguar lo que la gente hace, piensa y sabe. Describen situaciones, sucesos, experiencias personales, actitudes, creencias, motivaciones o pensamientos y, al aplicarlos al ámbito de la educación médica, son útiles para responder al ¿qué?, ¿dónde?, ¿cómo?, ¿cuándo? y ¿por qué? de las actuaciones médicas.

Generalmente, los estudios de investigación cualitativa se utilizan con vistas a generar hipótesis, las cuales posteriormente son verificadas con

¹⁶⁸ Serret Moreno-Gil, Jaime, (1998), "Procedimientos estadísticos con statgraphics", ESIC, p. 71.

estudios cuantitativos. Esto es lo que se pretende en el presente trabajo.

Encuestas de intenciones: técnicas de observación

Las técnicas de observación se basan en la percepción por parte del investigador, pero sin llegar a intervenir. Existen dos clases o modalidades dentro de ellas: la entrevista formal y la informal. Mientras que en la primera se fijan unos objetivos a priori, en la segunda se examinan hechos y se extraen conclusiones generales. Este método se puede utilizar si se tiene en cuenta una serie de condiciones, como por ejemplo obtener datos accesibles, directos y concretos o como medio de explicación a diversas conductas, ya sean perceptivas, predecibles o frecuentes. El escenario de observación puede ser real o de campo. Las técnicas más utilizadas son contadores de tránsito, los cuales miden los pasos que se realizan en la actividad laboral, fotografía, cámaras de vídeo, grabación de voz, etc.

Este tipo de técnica tiene también algunos puntos débiles como son la motivación o los factores del entorno. Por este motivo es aconsejable que se reproduzca una serie de ocasiones. Si queremos afirmar que un método es fidedigno, éste tiene que producir resultados que no difieran significativamente en diferentes momentos en el tiempo, usando para ello diferentes materiales de evaluación y diferentes evaluadores, ya sean externos (no pertenecientes a la organización) o internos (pertenecientes al mismo equipo de trabajo, a la misma organización).

La ECOE es un ejemplo de técnica basada en la observación. Este tipo de prueba, si se hace un día a elección del candidato, puede favorecer su motivación y eliminar el estrés que le supone una fecha de examen previamente fijada y establecida por la administración. Sin embargo, factores de entorno tanto materiales (electrocardiograma, tensiómetros, instrumental, etc.) como humanos (pacientes) son determinantes para que la evaluación tenga un sentido y sea significativa y fidedigna en general.

Otras pruebas como la observación mediante cámaras de vídeo han demostrado que su presencia no tiene efectos relevantes sobre el

comportamiento del médico. Los resultados de las regresiones han evidenciado que, pese a que los médicos son conscientes de la presencia inicial de estos objetos, no tienen efecto sobre su comportamiento¹⁶⁹.

Entrevistas

Las entrevistas son conversaciones, intercambios de información generalmente entre dos personas. Pueden ser atendiendo al grado de formalidad o a la estructuración, distinguiendo en éstas últimas entrevistas estructuradas, semiestructuradas o en profundidad. Las primeras son rígidas, es decir, el entrevistado tiene que contestar a raja tabla las preguntas. Por el contrario, en las segundas, el entrevistado ya tiene algo más de libertad a la hora de responder. Y, finalmente, en las últimas, el grado de libertad es mayor siempre y cuando se siga respetando un guión general. La forma de preguntar depende de algunas variables, como son la longitud de la entrevista, la naturaleza de las preguntas o el objeto de la investigación.

Todas ellas tienen dos partes en común: una parte introductoria en la que se dejan claros los objetivos de la investigación, es decir, por qué y para qué se va utilizar esa información y por qué se necesita colaboración. La siguiente parte corresponde al desarrollo de la entrevista. Es importante que las entrevistas tengan una secuencia lógica y sean objetivas.

Las preguntas podrán ser tanto abiertas como cerradas. Por una parte, las preguntas cerradas incluyen todas las respuestas posibles y los sujetos hacen elecciones entre ellas. Algunos ejemplos contienen las preguntas de elección múltiple y las preguntas de escala. Por otra, las preguntas abiertas permiten que quienes realicen la entrevista contesten con sus propias palabras. Las preguntas abiertas revelan más que las preguntas cerradas, porque quienes responden no están limitados en sus respuestas. Las preguntas abiertas son especialmente útiles en la Investigación exploratoria, cuando el investigador está tratando de averiguar qué es lo que piensan las personas,

¹⁶⁹ Campbell, LM., Howie, JG. and Murray, TS., (1993), "Summative assessment: a pilot project in the west of Scotland", Br J Gen Pract.

pero no está midiendo el hecho de por qué muchas personas piensan de cierta manera. Las preguntas cerradas, por otra parte, proporcionan respuestas que son más fáciles de interpretar y de tabular.

Técnicas proyectivas

Las técnicas proyectivas permiten conocer aspectos como los pensamientos, las actitudes, creencias y motivaciones. Algunos ejemplos de este tipo de técnicas son el test de asociación de palabras, el test de asociación controlada, el test de frases incompletas, test expresivos, test en construcción o el test de Szondi¹⁷⁰, entre otros.

La ventaja que presentan estas técnicas es que son como un “juego” para el entrevistado, el cual no conoce verdaderamente la finalidad. Por el contrario, la desventaja principal es la alta subjetividad, lo que plantea dificultades a la hora de obtener datos extrapolables.

Experimentación

El objeto primordial de esta técnica es medir los efectos sobre una serie de fenómenos. Los escenarios, al igual que la observación, pueden ser reales (AP, AE) o bien de campo o laboratorio.

Durante la formación académica de pregrado, la experimentación que se realiza es fundamentalmente de campo, bien en laboratorios o bien en aulas específicas destinadas a este fin. Una vez que comienza la etapa de especialización como médico residente, la experimentación se dará fundamentalmente en contextos reales, ya sea en el ámbito de atención primaria o especializada. Finalmente, con la acreditación de especialista la experimentación será siempre en escenarios reales.

¹⁷⁰ Szondi extrajo en 1947 un test proyectivo que lo hizo célebre en todo el mundo. El test estaba compuesto por cuarenta y ocho fotografías de enfermos mentales y permitía revelar la personalidad profunda de cada sujeto a partir de sus reacciones de simpatía u hostilidad.

Técnicas de creatividad

El objeto de interés de las técnicas de creatividad estriba en la generación de ideas. Generalmente, en el sistema sanitario sobresalen más a menudo las técnicas de creatividad formales frente a las informales. En éstas se elaboran juicios razonados sobre casos clínicos o temas de investigación a partir de la información previa que se tiene de un paciente.

Algunas veces las Instituciones Sanitarias, a modo de “*brainstorming*”, con el objetivo principal de mejorar la calidad en su prestación de servicios, piden la colaboración de sus empleados, tanto del personal sanitario como del no sanitario.

Dinámicas de grupo

Las dinámicas de grupo son reuniones de un conjunto determinado de personas, cuyo fin primordial consiste en dar solución a un determinado problema. Esta técnica es muy común entre los especialistas médicos para investigar, discutir, desarrollar habilidades mentales, afectivas, pensamientos creativos, etc.

Algunas de las infinitas aplicaciones de las dinámicas de grupo son, entre otras, exponer casos clínicos poco comunes con compañeros de la organización y externos mediante videoconferencia, que exijan solucionar con éxito un caso clínico, evitar un fracaso, hacer previsiones o pronósticos, difundir información y debatir un tema de investigación, aunque también son utilizadas como método docente.

Los métodos cualitativos se emplean cuando se carece de información numérica del pasado, como es el caso que nos ocupa.

- **Encuesta de intenciones:**

Los datos que se extraen de las encuestas de intenciones son medibles, cuantificables y extrapolables.

Las encuestas son fuentes primarias de recogida de información. Se califican como primarias porque la recogida de información se realiza en el momento de efectuar una investigación, ya que no se posee información previa que sirva para poder alcanzar los objetivos que se persiguen. Se distingue entre informaciones estáticas y dinámicas; las primeras recogen información en un momento determinado de tiempo, mientras que las dinámicas acopian información de forma continua o periódica. La previsión se obtiene mediante una encuesta realizada por muestreo aleatorio.

Dentro de las encuestas de intenciones se distinguen varios tipos, que se explican y describen a continuación:

a) Encuesta postal

La encuesta postal consiste en el envío de un cuestionario por correo. Dichos cuestionarios suelen ser breves, ya que no ocupan más de cuatro folios, y las frases a completar son fáciles y cerradas.

Este tipo de investigación resulta económica, evita sesgos, sus respuestas son anónimas y llega a mucha gente; sin embargo, no todo son elogios, ya que el índice de respuesta es muy bajo y el periodo de investigación se puede alargar considerablemente.

Este modelo es muy utilizado para evaluar la calidad de la planificación, gestión, administración, suministros o incluso la satisfacción de los pacientes que han tenido que ser asistidos en algún tipo de intervención quirúrgica o terapéutica.

b) Encuesta personal

En la encuesta personal se intercambia información a través de una conversación o entrevista entre el encuestador y el entrevistado. Según el grado de formalidad puede ser más o menos estructurada. En este tipo de encuesta hay más colaboración y se reducen las evasivas por parte del entrevistado. Sin embargo, y como objeción, hay que señalar que tiene un alto coste. Se utiliza de manera puntual y muchas veces en combinación con la

encuesta telefónica, como por ejemplo para realizar valoraciones anuales de los servicios sanitarios públicos¹⁷¹.

c) Encuesta telefónica

La conversación se realiza sobre la base de un cuestionario en concreto. La encuesta telefónica es rápida, económica y fácil de encontrar a la persona seleccionada, pero muchas investigaciones como CAIT (Computer Aided Telephone) detectan incoherencias en ella.

d) Encuesta por correo electrónico

La encuesta por correo electrónico es muy utilizada en la actualidad. Se caracteriza por ser muy rápida y económica, aunque a veces el desconocimiento del entrevistador puede generar desconfianzas y por tanto eliminar el correo electrónico antes de abrirlo o enviarlo directamente al *spam*. En esta investigación se ha seleccionado este método con el fin de conseguir datos relevantes, partiendo de la premisa de conocimiento por parte del médico especialista entrevistado del proveedor de las encuestas (gerencia regional de salud).

e) Ómnibus

Son encuestas realizadas periódicamente con un cuestionario multitemático, es decir, que presenta variedad de temas. Estas encuestas se caracterizan por ser económicas y, al ser periódicas, suelen captar tendencias.

○ **Encuesta de expertos:**

Las encuestas de expertos se basan en la consulta a personas que tienen grandes conocimientos sobre el entorno en el que la organización desarrolla su labor. Estas personas exponen sus ideas y posteriormente se redacta un informe en el que se indican cuáles son, en su opinión, las posibles alternativas que se tendrán en el futuro. La encuesta a expertos se realiza aplicando coeficientes de ponderación según la importancia que se considera

¹⁷¹ <http://www.peatom.info/salud/113936/el-sacyl-se-acerca-al-notable/>

de cada uno de ellos.

Esta técnica presenta las siguientes ventajas:

- La información disponible está siempre más contrastada que aquella información de la que dispone el participante mejor preparado, es decir, que la del experto más versado en el tema. Esta afirmación se basa en la idea de que varias cabezas son y piensan mejor que una.
- El número de factores considerado por un grupo es mayor que el que podría ser tenido en cuenta por una sola persona, ya que cada uno de los expertos podrá aportar a la discusión general la idea que tiene sobre el tema debatido desde su área de conocimiento, pudiendo trabajar así con diversas opiniones y puntos de vista.

Sin embargo, de igual manera, las encuestas de expertos también presentan inconvenientes, los cuales se exponen a continuación:

- La desinformación que presenta el grupo es como mínimo tan grande como la que presenta cada individuo de manera aislada. Se supone que la falta de información de unos participantes se complementa con la que aportan otros, aunque no se puede asegurar que esto suceda en todas las ocasiones.
- La presión social que el grupo ejerce sobre sus participantes puede provocar acuerdos entre la mayoría, aunque la opinión de ésta sea errónea. De esta manera un experto puede renunciar a la defensa de su opinión ante la persistencia del grupo en rechazarla.
- El grupo hace de su supervivencia un fin, lo que provoca que se tienda a conseguir un acuerdo en lugar de producir una buena previsión.
- En estos grupos hay veces en las que el argumento que triunfa es el más citado, en lugar de ser el más válido.
- Igualmente, estos grupos son vulnerables a la posición y personalidad de algunos de los individuos. Una persona con dotes de comunicador puede convencer al resto de individuos, aunque su

opinión no sea la más acertada. Esta situación puede darse también cuando uno de los expertos ocupa un alto cargo en la organización, ya que sus subordinados no se atreverán a rebatirle sus argumentos con fuerza.

- Puede existir un sesgo común a todos los participantes en función de su procedencia o su cultura, lo cual daría lugar a la no aparición en el debate de aspectos influyentes en la evolución. Este problema se suele evitar con una correcta elección de los participantes.
- **Panel de expertos**

Dentro del panel de expertos se distinguen dos métodos fundamentales que se emplean en estudios de investigación, los cuales se describen a continuación:

- **Método Brainstorming:** Este método también es conocido con el nombre de “Tormenta de ideas” o Reuniones de Grupos consensuados, a lo largo de las cuales, los expertos van mostrando sus opiniones hasta que llegan a valoraciones comunes.
- **Método Delphi:** En esta técnica, se le pide a un grupo de expertos, de forma individual, que den sus previsiones sobre la materia objeto de estudio, las cuales posteriormente son integradas y nuevamente puestas a consulta del panel de expertos, hasta obtener coincidencia en la mayoría de ellas.

Concretamente, esta investigación se basó en panel de expertos porque se utilizó como fuente de información un grupo de personas a las que se les supone un conocimiento elevado de la materia que se va a tratar. La elección de este tipo de metodología vino determinada por no existir datos históricos con los que poder trabajar, de ahí que ésta fuera una de las razones determinantes por la que se decidió emplear dicho método.

Método Delphi

Definición

El método Delphi, también denominado “método de expertos”, se basa en la consulta a personas que tienen grandes conocimientos sobre el entorno en el que la organización desarrolla su labor. Estas personas exponen sus ideas y, posteriormente, se redacta un informe en el que se indican cuáles son, en su opinión, las posibles alternativas que se tendrán en el futuro. Por lo tanto, se puede afirmar que es una técnica de investigación exploratoria que proporciona una plataforma para futuras investigaciones.

Es una técnica cualitativa y formal muy utilizada para estructurar, de la mejor manera posible, un proceso de comunicación de un grupo que trata un problema complejo. Propone una determinada secuencia en un proceso sistemático y formal con el fin de obtener un consenso sobre un tema en cuestión.

¿En qué consiste?

Linstone y Turoff (1975)¹⁷² nos explican que el método Delphi consiste en la selección de un grupo de expertos a los que se les pregunta su opinión sobre cuestiones referidas a diversos acontecimientos del futuro. Las estimaciones de los expertos se realizan en sucesivas rondas anónimas, con el objetivo de llegar a conseguir consenso, pero con la máxima autonomía por parte de todos los participantes.

Un concepto que ha tenido cierto consenso entre los investigadores es el de definir a los expertos como aquéllos que pueden realizar contribuciones válidas, dado que poseen conocimientos basados en la práctica y en la experiencia actualizadas.

¹⁷² Linstone, H. y Turoff, M. (1975), “The Delphi Method. Techniques and Applications”, Addison Wesley Publishing Company, Massachusetts.

No obstante, aunque el objetivo de esta técnica es avanzar, como se ha dicho, hacia un consenso entre los expertos, para algunos autores no genera un real consenso sino que sólo fuerza y obliga a elegir a los panelistas¹⁷³.

Contexto de utilización

El método Delphi se emplea bajo una serie de condiciones y en los siguientes contextos:

- Cuando el problema no se presta para el uso de una técnica analítica precisa.
- Cuando se desea mantener la heterogeneidad de los participantes con el fin de asegurar la validez de los resultados.
- Cuando el tema objeto de estudio requiere de la participación de individuos expertos en distintas áreas del conocimiento.

Origen

El método Delphi recibe su nombre en relación a la leyenda del recinto del templo de Apolo, en el que se encontraba el famoso Oráculo de Delphos. Éste, según se creía, predecía el futuro de manera acertada, ya que acudían griegos pertenecientes a todas las clases sociales para consultar algún asunto de futuro o toma de decisiones, a través de su sacerdotisa, a los dioses. La sacerdotisa, en situación de trance, emitía un consejo, el cual era interpretado por los sacerdotes que eran expertos en interpretar el oráculo. Con dicha interpretación el interesado podía tomar una decisión apoyada en la opinión de los expertos.

El método se desarrolló en la década de los cincuenta por Helmer y Gordon¹⁷⁴ en el centro de investigación estadounidense “RAND Corporation”, y se utilizó como instrumento para realizar predicciones sobre una catástrofe

¹⁷³ Yañez Gallardo,R, y Cuadra Olmos,R. (2008), “La Técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud”,Ciencia y enfermería XIV (1) ; 9-15.

¹⁷⁴ Gordon, T. J. and Helmer, O. (1994), “Cross-Impact Method”, AC/UNU Millennium Project, Futures Research Methodology.

nuclear y otros temas de interés militar.

El método Delphi nos aportará la información necesaria para establecer un plan estratégico en el que se reflejen cuáles son las líneas principales más productivas que se deben seguir manteniendo, cuáles deberían implantarse y qué modificaciones debe sufrir la organización para lograr sus objetivos. Por lo tanto, se le considera un método prospectivo, ya que estudia el futuro en lo que se refiere a la evolución de los factores del entorno sanitario y las interacciones entre éstos.

Desde los años cincuenta, la técnica Delphi ha ganado amplia popularidad a través de las distintas disciplinas científicas. La relevancia de esta técnica se puede apreciar en la investigación realizada por McKenna (2001)¹⁷⁵ (citado en Meyrick, 2003¹⁷⁶; Landeta, 2006), quien encontró cien investigaciones publicadas que utilizaban el método Delphi. Gupta y Clarke (1996,¹⁷⁷ citado en Meyrick, 2003) revisaron el periodo de 1975 a 1994 y encontraron 463 artículos publicados que utilizaban la técnica Delphi en áreas de aplicación muy variadas, distinguiendo hasta veintiuna diferentes, siendo las tres principales las áreas de salud, educación y administración. Por su parte, Landeta (2006)¹⁷⁸ investigó el periodo de 1995 a 2004, analizó la base de datos *Science Direct* y encontró un aumento considerable en el uso de esta técnica.

Metodología

En nuestra investigación se necesitaba una técnica que obtuviera y completara la información que reside en los facultativos especialistas de

¹⁷⁵ Keeney, S., Hasson, E. and McKenna, H. (2001), "A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing", *International Journal of Nursing Studies*, 38,195-200.

¹⁷⁶ Meyrick, J. (2003). The delphi method and health research. *Health Education*, 103 (1), 7-16.

¹⁷⁷ Gupta, U. G. and Clarke, R. E. (1996) Theory and applications of the Delphi technique: A bibliography (1975-1994). *Technological Forecasting and Social Change*, 53(2), 185-211.

¹⁷⁸ Landeta, J. (2006), "Current validity of the Delphi method in social sciences", *Technological Fore-casting & Social Change*, 73, 467-482.

nuestro sistema de salud, a la vez que los hiciera deliberar y reflexionar sobre los distintos procedimientos más válidos de evaluación de sus competencias, siendo conscientes de las diferentes características y radicación de las actividades que se desarrollan según las distintas especialidades. Es por este motivo, por el que hemos utilizado la técnica de búsqueda de consenso Delphi, como método para identificar y evaluar situaciones prospectivas de incertidumbre relacionadas con el proceso de toma de decisiones y de análisis estratégico de situaciones sanitarias.

La técnica Delphi permite conseguir unos objetivos, como por ejemplo identificar posicionamientos coincidentes o antagónicos de subgrupos, distinguir tendencias de comportamientos y estados de opinión, determinar prioridades, anticipar necesidades de acción y generar hipótesis para estudios más específicos y profundos. Este método pretende, por consiguiente, tanto extraer y maximizar las ventajas que presentan los procedimientos basados en grupos de expertos, como minimizar sus inconvenientes, sin que los integrantes tengan que reunirse físicamente. Con esto se aprovecha la sinergia del debate en el grupo y se eliminan las interacciones sociales indeseables que existen dentro de él. De esta forma se espera obtener un consenso lo más fiable posible del grupo de expertos¹⁷⁹.

Las características principales de este método son las que se enuncian a continuación:

- Anonimato: Durante un Delphi, ningún experto conoce la identidad de los otros miembros que componen el grupo de debate. Este factor presenta una serie de aspectos positivos, como son:
 - Impide la posibilidad de que un miembro del grupo sea influenciado por la reputación de otro de los miembros o por el peso que supone oponerse a la mayoría. La única influencia posible es la de la congruencia de los argumentos.

¹⁷⁹ Martínez, C., (1982), "Descripción del Método Delphi", Tesis de Ingeniero Comercial, Universidad de Chile.

- Permite que un miembro pueda cambiar sus opiniones sin que eso suponga una pérdida de imagen ante los demás.
- El experto puede defender sus argumentos con la tranquilidad que da saber que en caso de que sean erróneos, su equivocación no va a ser conocida por los otros expertos.
- Interacción y retroalimentación controlada: La interacción se consigue al presentar varias veces el mismo cuestionario. Progresivamente, se van presentando los resultados obtenidos con los cuestionarios anteriores, por lo que se consigue que los expertos vayan conociendo los distintos puntos de vista de todos los miembros y puedan ir modificando así su opinión si los argumentos presentados les parecen más apropiados que los suyos.
- Respuesta del grupo en forma estadística: La información que se presenta a los expertos no es sólo el punto de vista de la mayoría, sino que se presentan todas y cada una de las opiniones dadas indicando el grado de acuerdo que se ha obtenido en ellas.
- Heterogeneidad: En este método pueden participar expertos de diferentes ramas de actividad sobre las mismas bases. Por este motivo existe el peligro de sesgo en la selección de la muestra de expertos por parte de los investigadores. Es posible que los resultados obtenidos no sean representativos, si la muestra de expertos ha sido restringida y adquirida mediante un criterio específico (Keeney et al., 2001)¹⁸⁰. De la misma manera, Powell (2003)¹⁸¹ señala que es importante que exista cierta diversidad de puntos de vista, ya que tienen el beneficio de generar mayor interés y reflexión en los participantes. Afirma que un grupo heterogéneo produce una proporción más alta de respuestas de calidad que un grupo homogéneo.

¹⁸⁰ Keeney, S., Hasson, E & McKenna, H. (2001). A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 38, 195-200.

¹⁸¹ Powell, C. (2003), "The Delphi technique: myths and realities", *Journal of Advanced Nursing*, 41, 4, 376-382.

Ventajas del método

Las principales ventajas y beneficios que proporciona el método Delphi son las siguientes:

- Permite obtener información desde puntos de vista diferentes sobre temas muy amplios o, por el contrario, muy específicos. Los ejercicios Delphi son considerados “holísticos”, ya que cubren una variedad muy amplia de campos.
- El horizonte de análisis puede ser variado y heterogéneo.
- Posibilita la participación de un gran número de personas, sin que por ello se forme el caos. Probablemente, si no existieran las limitaciones de recursos, sería correcto pensar que cuantos más participantes hubiera, mejor (Murphy, 1998,¹⁸² citado en Powell, 2003¹⁸³), ya que se lograría una amplia gama de opiniones; sin embargo, Okoli y Pawlowski (2004)¹⁸⁴ sostienen que la literatura recomienda tener entre diez y dieciocho expertos.
- Ayuda a explorar, tanto de forma sistemática como objetiva, problemas que requieren la concurrencia y la opinión cualificada.
- Elimina o aminora los efectos negativos de las reuniones de grupo “Cara-Cara”.

Inconvenientes del método

Por el contrario, y como suele ocurrir en la mayoría de los casos, la práctica Delphi también presenta una serie de inconvenientes, los cuales se describen seguidamente:

- Presenta un elevado coste.
- Necesita un determinado tiempo de ejecución, que va desde el período de formulación hasta la obtención de los resultados finales.

¹⁸² Murphy MK, Black NA, Lamping DL, McKee CM, Sanderson CF, Askham J, Marteau T (1998): “Consensus development methods, and their use in clinical guideline development”. *Health Technol Assess*, 2:i-88.

¹⁸³ Powell, C. (2003). The Delphi technique: myths and realities. *Journal of Advanced Nursing*, 41 (4), 376-382.

¹⁸⁴ Okoli, C. and Pawlowski, S. (2004), “The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications”, *Information & Management*, 42, 15-29.

- Requiere una elevada participación para que los resultados tengan relevancia y significado estadístico importante.
- Existe el peligro de sesgos en la elección correcta de los participantes. La muestra elegida debe tener un alto grado de correspondencia con los temas que van a ser tratados en el ejercicio.
- Presenta un elevado número de deserciones debido al largo tiempo de ejecución.

Metodología de la investigación

Muestra inicial

La muestra inicial estuvo formada, desde un principio, por 49 médicos especialistas del ámbito de Castilla y León pertenecientes a los niveles más altos de la carrera profesional. A dichos médicos se les seleccionó atendiendo a criterios de representatividad, tras realizar un previo estudio de sus actividades, competencias y éxito profesional. Con esta selección se pretendía obtener una muestra de “informadores globales”, es decir, personas, que fueran expertos del tema, claros, reflexivos y con dotes de comunicación, que valoraran entre los procedimientos de evaluación que se les proponía, aquéllos que a su criterio analizaran mejor las competencias de los especialistas médicos. Esta muestra se caracteriza por los siguientes rasgos expuestos a continuación:

- Todos ellos son profesionales con experiencia y dedicación actual en la atención sanitaria de Castilla y León.
- Están vinculados a las distintas áreas geográficas de la Comunidad de Castilla y León.
- Tienen un nivel de competencia reconocido en la especialidad de su trabajo.
- Todos los médicos seleccionados asumen tanto actividades asistenciales, de docencia, investigación y formación, como de gestión clínica y administración.

- Pertenecen a cada una de las ramas de servicios médicos, quirúrgicos y servicios centrales.

Todas estas características se tuvieron en cuenta para enriquecer los resultados del estudio y posibilitar que dichos resultados estuviesen tildados por:

- Representar la opinión, el parecer y las ideas de todas las especialidades médicas en cuanto a competencias profesionales.
- Poder desarrollar una propuesta concreta y viable, ofreciendo al sistema una perspectiva real del desempeño profesional e intentando evitar la parcialidad y la subjetividad.

El objetivo primordial de este trabajo se centrará en intentar resolver las tres preguntas que se formulan a continuación:

- ¿Qué competencias profesionales son necesarias actualmente en el desempeño del médico de instituciones sanitarias?
- ¿Cuál es el perfil del médico de instituciones sanitarias en relación a las exigencias sociales?
- ¿Cuál es la situación actual de la problemática de la calidad y de la competencia del médico de institución sanitaria?

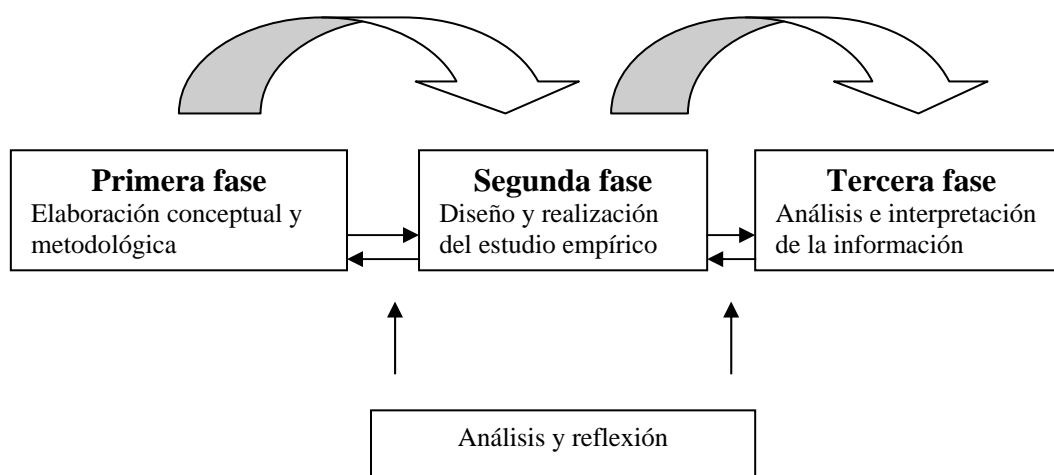


Ilustración 18: Fases de una metodología Delphi

En este gráfico se presenta el procedimiento de aplicación de la técnica Delphi, el cual se elabora a partir de la revisión bibliográfica realizada.

En la primera fase, correspondiente a la elaboración conceptual, se partió de las demandas actuales de la sociedad en la evaluación de sus especialistas sanitarios bajo un paradigma de las competencias profesionales. Muchos estudios y guías nacionales de las especialidades establecen las competencias del especialista, sin embargo, la pregunta estaba en el aire ¿qué procedimiento se debe emplear para evaluarlas? El segundo paso fue establecer e identificar la metodología adecuada con el objetivo de averiguar las estrategias de evaluación capaces de comprobar la existencia de dichas competencias. Después de estudiar distintos métodos posibles, se eligió la técnica Delphi por considerarla una forma efectiva y válida para reunir información sobre el tema, en los puntos en los que se tenían escasas evidencias.

La segunda fase consistió en llevar a cabo el diseño y la realización del estudio empírico, el cual estaba basado en entrevistas grupales hasta llegar a un consenso, permitiendo, de esta manera, abordar aspectos de la práctica profesional donde en el tema de procedimientos de evaluación del especialista sanitario existen escasas investigaciones. La intención era diseñar un procedimiento que, partiendo del conocimiento generado de la experiencia y mediante la reflexión de expertos, clarificara posiciones identificando procedimientos adecuados de evaluación.

Por último, la tercera fase consistió en analizar e interpretar toda la información extraída de dicho trabajo, en lo que participaron expertos de diversas especialidades, los cuales, gracias a su dedicación y tiempo, pudieron ofrecer a través de este método sus aportaciones, llevándonos así a un análisis y posterior reflexión para poder tomar decisiones en el desarrollo de los profesionales sanitarios.

Esquema general del estudio

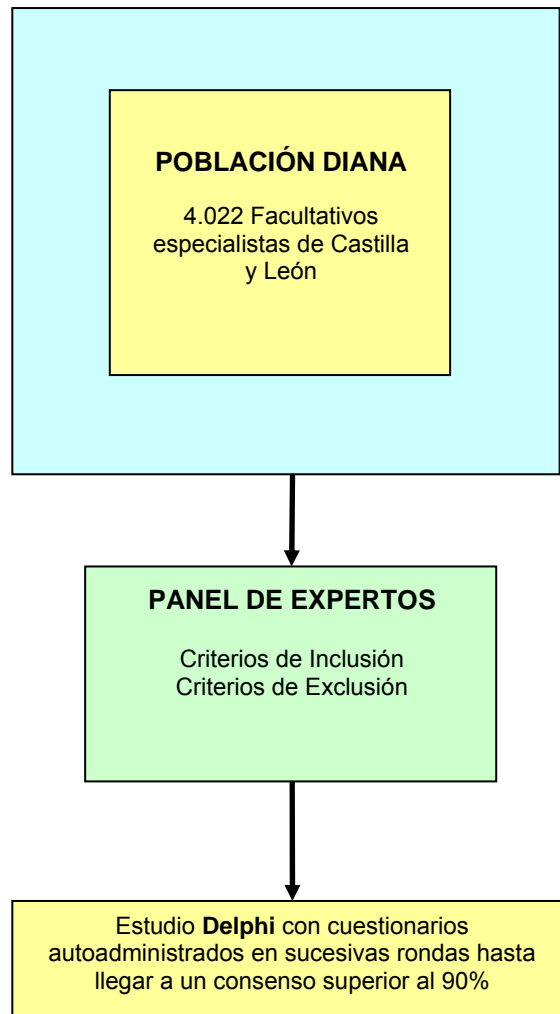


Ilustración 19: Esquema general del estudio

Esquemáticamente pueden representarse las rondas que se van a realizar del siguiente modo:

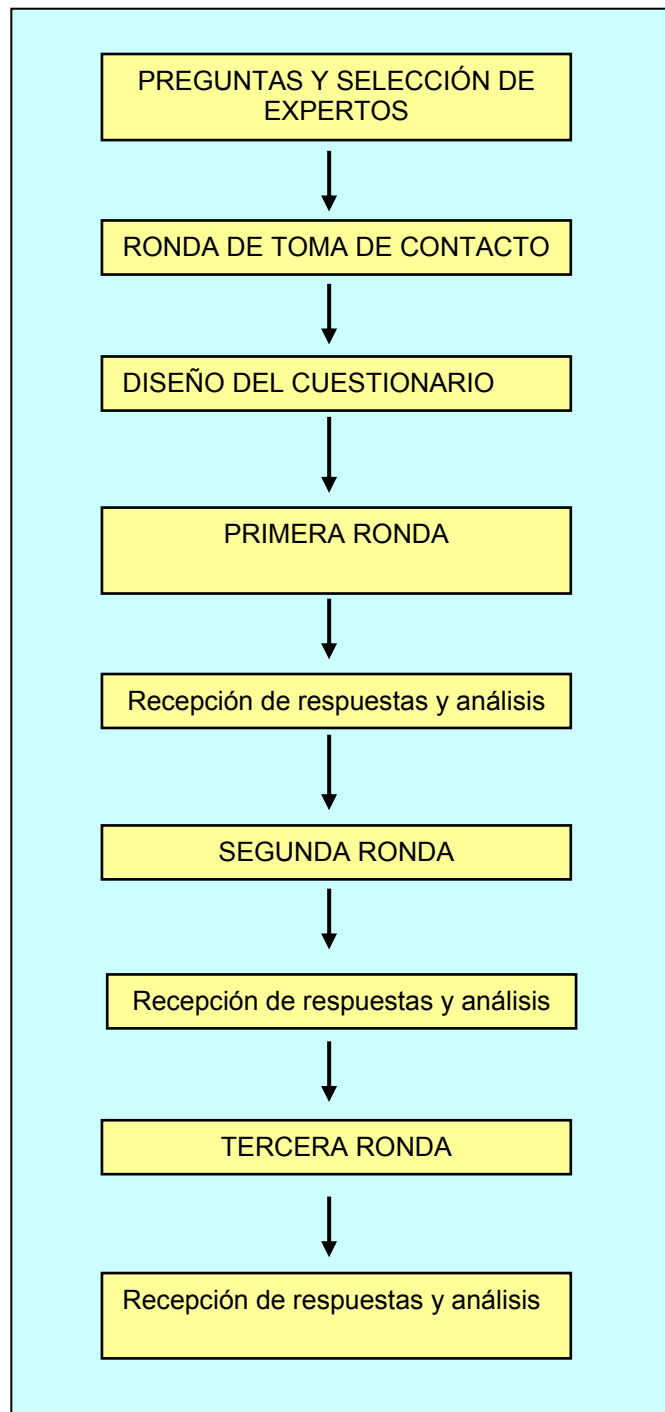


Ilustración 20: Esquema por rondas

Contexto de la investigación

La investigación se centra en los facultativos sanitarios de la Comunidad de Castilla y León con el fin de proponer los procedimientos de evaluación más adecuados para valorar las competencias generales que cualquier especialista médico debe alcanzar, con el objetivo de realizar su trabajo con la máxima garantía y calidad, como corresponde a todo sistema sanitario óptimo.

Castilla y León presenta unas características sociodemográficas muy distintas a las de cualquier otra Comunidad Autónoma, ya que debe superar dificultades de población y dispersión, debido a que cuenta con una gran extensión, un elevado número de núcleos de población y una pirámide de población muy envejecida¹⁸⁵.

La organización sanitaria se distribuye en nueve Gerencias de Área, las cuales están localizadas en cada una de las provincias que componen la región. Además de estas gerencias de área, existen once Gerencias de Atención Primaria, catorce Gerencias de Atención Especializada y una Gerencia de Emergencias¹⁸⁶.

En cuanto a los recursos, hay que decir que se cuenta con más de 30.000 profesionales que gestionan los 3.639 centros asistenciales para atender las 2.386.787 tarjetas individuales sanitarias que poseen los habitantes de Castilla y León con fecha de diciembre de 2008. Los facultativos con los que cuenta la comunidad son 4.022 trabajadores de las 48 especialidades sanitarias correspondientes, los cuales reúnen los requisitos necesarios para aportar información relevante y significativa a la investigación. Todos ellos son expertos facultativos sanitarios de distintas especialidades de nuestra región capaces de evaluar las competencias del personal sanitario.

El colectivo de médicos especialistas sanitarios es muy heterogéneo y variado, lo que supone, a la hora de obtener la muestra final, que si no se toma

¹⁸⁵ Anexo Nº 2: Densidad de población en Castilla y León.

¹⁸⁶ Anexo Nº 3: Centros de atención médica en Castilla y León.

cautela en su búsqueda y selección, se puede generar un sesgo o perturbación mayor que si la muestra fuera homogénea.

El hecho de recoger una muestra relevante y significativa para llegar a conseguir resultados y conclusiones fiables, pasa por buscar un perfil concreto determinado. Se utilizan “informadores clave”, que a la vez sean informadores globales; médicos que aporten información de su especialidad en su totalidad, que tengan experiencia laboral en diferentes ámbitos de trabajo (atención primaria, atención especializada, emergencias), y distintas ocupaciones dentro de su propia especialidad; es decir, médicos que desarrollen su actividad laboral diaria en variados contextos profesionales, ya sea en instituciones sanitarias, asociaciones de médicos, como en sociedades científicas, colegios de médicos, etc.). En conclusión, la selección pasa por analizar un perfil de experto médico con carácter multidisciplinar capaz de aportar datos puramente específicos, cuya opinión sirve como respuesta generalizada de todo el personal facultativo sanitario.

Posteriormente, se seleccionarán dentro de la población o universo, es decir, dentro de los facultativos especialistas sanitarios de Castilla y León, a quince profesionales que se ajustaban al perfil descrito con anterioridad. Todos ellos son profesionales que actualmente ejercen en las distintas Gerencias de Castilla y León (en Atención Primaria, Especializada y Emergencias), con amplia experiencia tanto personal como profesional, los cuales proceden de las distintas áreas geográficas de nuestra Comunidad y agrupan en sus aportaciones conocimientos de otras especialidades.

Una vez seleccionada la muestra, se convocó a todos los representantes de las distintas especialidades a unos talleres de formación y a unas sesiones informativas. El motivo era afrontar con garantías esta investigación, y para ello se consideró conveniente partir de los mismos conocimientos previos para todos los participantes, reflexionar sobre los distintos supuestos con los que se trabajaría y aclarar conceptos teóricos necesarios para analizar este proyecto (procedimientos de evaluación general, competencias generales y específicas, evaluación por competencias, teorías sobre procesos de evaluación, modelos

internacionales de evaluación, etc.). Desde un primer momento, se asesoró, informó y explicó a los profesionales cuáles eran las intenciones de la investigación, ya que se pretendía que los expertos conocieran el objetivo final.

Los conceptos con los que se ha trabajado a lo largo de esta investigación han sido principalmente los dos tipos de competencias:

- competencias generales
- competencias específicas

Dentro del campo de las competencias generales, primeramente se definieron los siguientes conceptos con el fin de determinar los procedimientos de evaluación más adecuados para su desempeño:

Microgestión: Este término trata de gestionar los recursos utilizando la práctica clínica con un único fin, la calidad. Es necesario para garantizar la atención integral de los usuarios, mejorando la efectividad de las acciones, impulsando la eficiencia clínica, considerando los costes apropiados de las acciones en relación a una visión integrada, procurando la atención en el menor tiempo posible y dando continuidad a los cuidados.

Cliente externo: Es cualquier ciudadano que acude al sistema de salud. El término “*cliente externo*” en medicina se refiere al trato que debe dispensarse a este paciente y hace referencia a la forma de trabajar con él, de tal manera que, en todo momento, se sienta tratado como persona más que como caso clínico. Para conseguir esto, es imprescindible crear un clima de buena comunicación, fluida y profunda, apostando por unas condiciones idóneas de atención y respeto hacia su problema de salud.

Cliente interno: Con este término se representa a aquel miembro de la organización, que recibe el resultado de un proceso anterior llevado a cabo en la misma organización.

Por su parte, el concepto de competencias específicas engloba aquellas competencias que se relacionan con los aspectos técnicos directamente conectados con la medicina, es decir, con aquéllos que no son tan fácilmente

transferibles a otros contextos laborales distintos a los que se desarrollan.

Después de estas sesiones informativas y llegando a planteamientos comunes en cuanto a conceptos competenciales, se refiere, se les explicó a los profesionales, por medio de una carta de presentación enviada mediante correo postal, distintos aspectos importantes para la investigación. En esta carta se ponían de manifiesto la misión, los objetivos, los propósitos, el método que se había empleado en la selección de los participantes, el carácter voluntario de colaboración y los beneficios que aportaba en sí mismo el proyecto de investigación.

Fases

A continuación, se detallan todas las actuaciones y fases que se realizaron para preparar el trabajo de campo.

Los centros a los que se presentó el proyecto fueron los siguientes, todos ellos situados en Valladolid:

- Del Área de Salud de Valladolid Oeste:
 - Hospital Universitario del Río Hortega
 - Centro de Salud la Victoria

- Del Área de Salud de Valladolid Este:
 - Hospital Clínico Universitario de Valladolid
 - Hospital de Medina del Campo
 - Centro de Salud Pajarillos I

	DEFINICIÓN DEL ESTUDIO	<p>Revisión bibliográfica.</p> <p>No existe acuerdo entre investigadores sobre el procedimiento más adecuado para evaluar el desempeño del facultativo especialista.</p> <p>Se constituye la pregunta de investigación.</p>
	SELECCIÓN DE LOS EXPERTOS Y DISEÑO DEL DELPHI	<p>Se define a los que formarán parte del grupo de expertos.</p> <p>Se registran las participaciones de los expertos.</p> <p>Se establecen las distintas rondas que se llevarán a cabo en la técnica Delphi.</p>
ETAPA 1	SE PLANTEAN DOS PREGUNTAS AMPLIAS A LOS EXPERTOS DEL DELPHI	<p>Se diseña el cuestionario 1 que incluye las preguntas amplias.</p> <p>Los expertos reciben y contestan dichas preguntas de manera individual, privada y anónima.</p>
ETAPA 2	SE ENVÍA EL CUESTIONARIO 2 A LOS EXPERTOS	<p>Se catalogan y se analizan las respuestas.</p> <p>Dichas respuestas se constituyen como ítems para el cuestionario 2.</p> <p>Los expertos evalúan cada ítem de acuerdo a su importancia en una escala Likert.</p>
ETAPA 3	LOS EXPERTOS RESPONDEN AL CUESTIONARIO 3	<p>Se desarrolla el cálculo estadístico de las respuestas.</p> <p>Si no hay acuerdo, se establece un cuestionario 3 informando de los procedimientos más votados por grupos.</p> <p>Los expertos ordenan jerárquicamente los ítems.</p>
ETAPA 4	ANÁLISIS DE RESULTADOS Y PLANTEAMIENTO FINAL	<p>Se analizan los datos obtenidos.</p> <p>Se entregan a los expertos los resultados.</p>

Ilustración 21: Explicación de las distintas etapas

Definición del estudio

Se trata de un estudio de índole **observacional**, en el que el investigador principal propone el tema de estudio, recopila la información y mantiene un *feedback* con el grupo de expertos.

Para llevar a cabo este estudio se realizaron unos pasos previos que se detallan a continuación:

- Envío de una **carta de presentación** al responsable del Equipo de Atención Primaria en el caso de los Centros de Salud y al responsable de Formación Continuada en el caso de los Centros Asistenciales. En ella se pide la difusión de la misma para reclutar a los expertos.
- Visita a las Instituciones Sanitarias con el fin de concertar una **entrevista** con los responsables, en la que se presentan tanto el proyecto como los objetivos del mismo.
- Elaboración de un **documento de participación** en el estudio de investigación, en el que se detallan:
 - Las *preguntas investigadoras*, que están basadas en los objetivos de la investigación.
 - Los *criterios de selección* del panel de expertos.
 - La *dinámica de trabajo* de este estudio, que exige unas respuestas periódicas.
 - El *compromiso* del investigador de difundir estos datos únicamente para el fin y el objetivo del estudio, cumpliendo con la normativa vigente en materia de protección de datos y secreto estadístico¹⁸⁷.
 - Un *número de teléfono y dirección de correo electrónico* de la persona que se encargará de resolver las dudas que les vayan surgiendo a los médicos encuestados.

¹⁸⁷ Ley 7/2000, de 11 de julio de 2000, "Estadística de Castilla y León" y la Ley 15/1999 Ley de Protección de Datos.

Selección del panel de expertos

Con la selección de los expertos se ha pretendido reunir a un grupo lo más heterogéneo posible de profesionales de la salud en Castilla y León. Para conseguir este fin se han desarrollado unos criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión que se han seguido para elegir a los profesionales son los siguientes:

- Deben ser médicos especialistas en **servicio activo** pertenecientes a centros públicos de la Gerencia Regional de Salud.
- Que hayan desempeñado este trabajo durante al menos **seis meses** en el mismo puesto.
- Que en **los diez años anteriores hayan tenido que desempeñar otro puesto de trabajo**, bien dentro de la misma Gerencia o en otra Gerencia, perteneciente al Sistema Público de Salud y dentro del ámbito regional de Castilla y León.
- Que hayan desarrollado **actividad no sólo en las Instituciones Sanitarias** sino también en Sociedades Científicas, Colegios Oficiales de Médicos o Asociaciones de Médicos.

Criterios de exclusión

Por el contrario también se han tenido en cuenta unos criterios que excluían a los profesionales para este trabajo de investigación, los cuales se definen seguidamente:

- Médicos especialistas que han estado de **baja durante un tiempo superior a seis meses** consecutivos en los últimos doce meses, es decir, en el último año.
- Médicos que han obtenido su especialización en los últimos **cinco años**.

- **Profesionales que han desempeñado en los últimos cinco años un cargo directivo** dentro de la Administración Autonómica de Castilla y León.

Los criterios propuestos anteriormente son poco exigentes con el fin de obtener un grupo lo menos restringido posible. Se pretende lograr un colectivo de expertos lo más diverso posible.

Tamaño muestral

La población diana será el número máximo de médicos de una zona geográfica determinada que responda y se ajuste a los criterios de inclusión mencionados con anterioridad. No obstante se establece un grupo de estudio que oscila entre los quince y los treinta médicos, tal como es habitual en la literatura de este tipo de estudios. Para crear dicho tamaño muestral se toman médicos de cinco Instituciones Sanitarias, dos Centros de Salud y tres Centros Hospitalarios de dos Áreas de Salud.

Etapa 1: Se plantean dos preguntas abiertas a los expertos

Las preguntas abiertas que se realizaron a los expertos en un primer momento en este trabajo de investigación fueron las siguientes:

- ¿En qué grupos dividiría las competencias a desarrollar por los facultativos especialistas?
- ¿Qué procedimientos de evaluación considera más adecuados y factibles para medir las competencias profesionales?

Recepción de las respuestas

Toda la información y las respuestas fueron tratadas de forma confidencial.

Al cabo de una semana se recibió contestación de cinco especialistas del Hospital Universitario del Río Hortega, dos del Centro de Salud la Victoria, cuatro del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, uno del Hospital de Medina del Campo y dos del Centro de Salud Pajarillos I. Posteriormente, se hizo una segunda búsqueda activa con el fin de conseguir el mayor número de respuestas posibles. De ésta se obtuvieron 22 respuestas distribuidas de la siguiente manera:

- Nueve especialistas del Hospital Universitario del Río Hortega.
- Tres especialistas del Centro de Salud la Victoria.
- Siete del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
- Uno del Hospital de Medina del Campo.
- Dos del Centro de Salud Pajarillos I.

De entre todos los informadores que contestaron, se hizo una selección teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión propuestos para la investigación, con el objetivo de componer el grupo de expertos. La distribución final fue la siguiente:

- Nueve especialistas del Hospital Universitario del Río Hortega.

- Dos especialistas del Centro de Salud la Victoria.
- Seis del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
- Uno del Centro de Salud Pajarillos I.

De estos 18 expertos que componen el panel no se obtuvo respuesta de todos ellos a lo largo del estudio Delphi. Tres de ellos no continuaron hasta el final, por lo que el estudio se plantea sólo para los casos en los que se recibió respuesta de todas las rondas.

Características del panel de expertos

Las especialidades de los expertos se agrupan en tres grandes bloques:

- Médicas
- Quirúrgicas
- Servicios Centrales

Las **Especialidades Médicas** se corresponden con la figura tradicional de "médico". Consisten en asistir personalmente al *paciente*, realizar la *anamnesis* y la *historia clínica*, diagnosticar (apoyándose en otros especialistas de *diagnóstico*) y tratar las enfermedades, pero sin utilizar técnicas quirúrgicas.

Las **Especialidades Quirúrgicas** se corresponden con la figura de *cirujano*, y utilizan medios más o menos invasivos para tratar, modificar o extirpar físicamente la zona patológica.

Las **Especialidades de Servicios Centrales** hacen referencia a la medicina de apoyo a las demás y a la organización. Realizan *diagnósticos* y sugieren *tratamientos* a los *clínicos*, por lo que en ellas la *relación con el paciente* es muy reducida. En la medicina actual, estas especialidades resultan imprescindibles para llevar a cabo un diagnóstico y posterior tratamiento adecuados.

Dentro de las **Especialidades Médicas** se incluyen las siguientes:

- Alergología
- Aparato Digestivo
- Cardiología
- Dermatología Médico Quirúrgico y Venereología
- Endocrinología y Nutrición
- Geriátría
- Hematología y Hemoterapia
- Inmunología
- Radiofísica Hospitalaria
- Medicina de Familia Comunitaria
- Medicina Intensiva
- Medicina Interna
- Nefrología
- Neumología
- Neurología
- Oncología Radioterápica
- Oncología Médica
- Pediatría y sus Áreas Específicas
- Psiquiatría
- Radiodiagnóstico
- Rehabilitación
- Reumatología

Por su parte, dentro de las **Especialidades Quirúrgicas** se incluyen las siguientes áreas:

- Angiología y Cirugía Vasculat
- Anestesiología y Reanimación
- Cirugía Cardiovascular
- Cirugía General y del Aparato Digestivo
- Cirugía Oral y Máxilofacial
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Plástica, Estética y Reparadora
- Cirugía Torácica
- Obstétrico y Ginecológico
- Neurocirugía
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Cirugía Ortopédica y Traumatología
- Urología

Por último, las **Especialidades de los Servicios Centrales** contienen los siguientes apartados:

- Análisis Clínicos
- Medicina Nuclear
- Anatomía Patológica
- Medicina Preventiva y Salud Pública
- Bioquímica
- Microbiología y Parasitología
- Medicina del Trabajo
- Farmacología Clínica
- Neurofisiología Clínica
- Farmacia Hospitalaria

Las especialidades médicas que existen en Castilla y León son 47, dado que la de Radiofarmacia no está acreditada en ningún hospital de la Comunidad. Para esta investigación no se tomó ninguna muestra de la Psicología Clínica por considerar que es una carrera universitaria distinta de la medicina, aunque su periodo de especialización tenga las mismas características y planteamientos que la medicina. Sin embargo, se han incluido otras dos especialidades profesionales por la repercusión que tienen en el estudio y las funciones que estos especialistas representan dentro del sistema sanitario; dichas especialidades son *Médico de Admisión y Documentación* y *Técnicos de Salud*. Por todo ello, en definitiva, esta investigación se basa en 46 especialidades médicas y dos categorías profesionales.

Los quince especialistas que forman el panel de expertos presentan la distribución siguiente:

- Seis especialistas de Médicas:
 - Uno de Oncología Radioterápica
 - Uno de Oncología Médica
 - Dos de Pediatría y sus Áreas Específicas
 - Uno de Psiquiatría
 - Uno de Radiodiagnóstico

- Cuatro especialistas de Quirúrgicas:
 - Uno de Cirugía Máxilofacial
 - Uno de Cirugía Ortopédica y Traumatología
 - Uno de Anestesia y Reanimación
 - Uno de Urología
- Cinco especialistas de Servicios Centrales:
 - Uno de Admisión y Documentación
 - Uno de Medicina Preventiva y Salud Pública
 - Tres Técnicos de Salud

La distribución por cada agrupación de Especialidades queda del siguiente modo, como se refleja en el cuadro que aparece a continuación:

ESPECIALIDADES	Número de expertos	Proporción
Médicas	6	40.00%
Quirúrgicas	4	26.67%
Centrales	5	33.33%
Total	15	100.00%

Tabla 24: Distribución de los expertos según los grupos de especialidades.

Etapa 2: Se elabora y envía el cuestionario 2 a los expertos seleccionados

Como resultado de la primera toma de contacto con las dos preguntas amplias que se realizaron a los expertos en la etapa 1, se obtuvo una relación de los métodos de evaluación de competencias que los especialistas consideraban más adecuados para valorar su desempeño profesional.

Posteriormente, se realizó un análisis semántico y se procedió a la tabulación de las propuestas efectuadas. Como se esperaba, se obtuvo una relación de procedimientos de evaluación útiles para valorar las competencias de los médicos. Asimismo se dividieron en las agrupaciones de competencias señaladas con anterioridad.

Este primer cuestionario se completó con otros procedimientos de evaluación desarrollados en la literatura.

Los procedimientos de valoración que se van a analizar y a examinar son los siguientes:

- Acreditación de actividades
- Acreditación de sesiones con pacientes
- Acreditación de técnicas
- Análisis de documentos
- Asistencia a comisiones y sesiones clínicas
- Auditoría de registros
 - Auditoría de consentimiento informado
 - Auditoría de Historias Clínicas
 - Auditoría de informes de interconsulta
 - Auditoría de actas de sesiones y presencia en comisiones
 - Auditoría de informes de alta
 - Auditoría de protocolos quirúrgicos
 - Auditoría de documentos de información al paciente
 - Auditoría de definición de procesos diagnósticos
 - Auditoría de base de datos de pacientes

- Auditoría de reclamaciones
- Auditoría de Hojas de tratamiento
- Auditoría de planes de cuidados
- Auditoría de procesos diagnósticos
- Auditoría de protocolos de actuación
- Autoevaluación
- Comparación por pares
- Diarios de aprendizaje
- ECOE
- Encuesta 180 grados
- Encuesta 360 grados
- Encuesta de satisfacción del usuario
- Escala de evaluación global
- Examen de conocimientos
- Incidentes críticos
- Indicadores asistenciales individuales
- Indicadores de citaciones
- Informe del jefe de servicio
- Informe del responsable de citaciones y lista de espera
- Informes o indicadores de calidad
- Memoria anual del servicio
- Memoria auditada
- Método de evaluación por resultados
- Método de frases descriptivas
- Observación de la práctica en forma directa o a través de grabación de vídeos y datos administrativos relevantes
- Observación estructurada de la práctica clínica
- Observación por pares
- Opinión de otros miembros del equipo
- Pares auditores
- Plan de trabajo
- Portafolio

- Registro clínico
- Registro de desempeño
- Revisión de decisiones clínicas
- Sistemas de apoyo a decisiones clínicas
- Valoración 360 grados

Los expertos reciben una escala Likert con los procedimientos más frecuentes que han salido en la ronda de toma de contacto, previamente sometidos a análisis semánticos y tabulados bajo el criterio de mantener la neutralidad en las formulaciones, con el fin de evitar la inducción de respuestas. Las respuestas se presentaban separadas según los componentes de la ronda, es decir, atendiendo a la Microgestión, al Cliente externo, al Cliente interno y a las Competencias específicas, y sin ninguna información acerca de la frecuencia obtenida por ellas.

De esta manera se obtuvo un cuestionario de procedimientos como se muestra en el **modelo según anexo 3**. Se trata de un cuestionario de pregunta cerrada con una escala tipo Likert del 1 al 10 para cada procedimiento de valoración.

Sobre esta base, se le solicitó al experto que puntuara los correspondientes ítems. Hay que aclarar que se utilizó la escala Likert o “método de rangos sumatorizados” por ser una de las escalas más flexibles y populares para la medición de actitudes. Las actitudes no son susceptibles de observación directa, sino que han de ser deducidas de las expresiones verbales. Por este motivo y, partiendo de las afirmaciones de profesionales expertos, que manifestaron su opinión mostrando su grado de acuerdo o desacuerdo, aferrándose a aquéllas con las que se sentían más identificados, se pudo analizar las actitudes ante el tema.

Se solicitó a los facultativos especialistas que puntuaran la evaluación de los métodos con valores del 1 al 10, donde el 1 corresponde a estar “totalmente en desacuerdo”, y el 10 “totalmente de acuerdo”.

Las fases que se distinguen en esta etapa 2 se describen y detallan a

continuación:

- Envío del **cuestionario 2** a los expertos seleccionados: Se remitió a todos los representantes de cada dispositivo mediante correo electrónico el cuestionario sobre los posibles procedimientos para evaluar las competencias profesionales del facultativo especialista, acordando un plazo de recogida en los próximos cinco a siete días.
- **Primera recogida:** Ante la entrega de los cuestionarios, se llevaron a cabo las siguientes fases:
 - Se agradeció las respuestas a los que contestaron y se registró la fecha de recogida en cada uno de los cuestionarios.
 - De los centros que no se obtuvo respuesta, se solicitó de nuevo su colaboración y se les ofreció la posibilidad de enviar nuevamente las preguntas investigadoras, si así lo precisaran.
 - Se dio un margen de siete días para recibir las respuestas de los expertos.
- Elaboración de la **base de datos** en la que se recogerán las respuestas.
- **Reclamación de las respuestas** del cuestionario 2 a los expertos al cabo de una semana, tras haber fijado la fecha y la hora con anterioridad. Se les preguntó verbalmente por las dificultades que habían encontrado a la hora de realizarla.
- **Anotación de las dificultades** en la comunicación para posteriormente hacer las modificaciones oportunas, ya sean referentes al cuestionario 2, a la forma de conectar con los participantes, etc. Todos los cambios que, de forma paulatina, se han ido introduciendo han quedado registrados.
- En los casos en los que no se recibió contestación en el tiempo acordado, se puso nuevamente en contacto con el experto, volviéndole a dar otro periodo de **cinco a siete días** para que respondiera al mismo.
- Si no se recibe respuesta durante este tiempo, se prescinde de este experto para posteriores rondas.

- **Recogida de toda la información** que se recibió hasta una semana después de la última fecha convenida. Dicha información se registró en la base de datos previamente elaborada, tras realizar una depuración de la base de datos.
- **Análisis de los resultados** de manera cuantitativa. Se recogieron las aportaciones cualitativas de cada uno de los expertos para su posterior agrupación.

Etapa 3: Los expertos responden al cuestionario 3

Las fases que se llevaron a cabo para desarrollar la etapa 3 de este trabajo de investigación son las siguientes:

- Para realizar la segunda y la tercera ronda, se envió un informe de los análisis de los datos y el cuestionario 3, el cual informaba de los procedimientos más votados por grupos, para volverlo a cumplimentar esta vez por orden jerárquico de ítems. Al igual que en las etapas anteriores, se acordó un plazo de respuesta en los próximos cinco a siete días. Nuevamente, se solicita esta respuesta de no haber obtenido contestación en el periodo estipulado.
- Análogo a la ronda primera, se da otro margen de otros cinco a siete días para recibir respuesta. De no recibirla se prescinde de este experto para la siguiente ronda.
- Se desarrolla el cálculo estadístico de las respuestas.

Descripción de los resultados de la primera ronda

Los diez instrumentos que han obtenido las mejores medias en la Primera Ronda realizada para cada una de las competencias se detallan en la siguiente tabla con la media que han alcanzado:

Clasificación	Competencias de Generales Microgestión		Competencias Generales de Cliente Interno		Competencias Generales de Cliente Externo		Competencias Específicas	
	Instrumento	Media	Instrumento	Media	Instrumento	Media	Instrumento	Media
1	Informes o indicadores de Calidad (IC)	7,64	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	8,57	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	8,79	Observación por Pares (P)	7,93
2	Valoración 360° (V360)	7,42	Valoración 360° (V360)	8,27	Observación por Pares (P)	8,38	Auditoría de Historias Clínicas (AH)	7,73
3	Indicadores asistenciales (I)	7,4	Observación por Pares (P)	8,08	Valoración 360° (V360)	8,18	Auditoría de informes de alta (AIA)	7,4
4	Memoria Auditada (MA)	7,4	Auditoría de actas de sesiones + Presencia en Comisiones (AS)+(Co)	7,23	ECOE (ECOE)	7,33	Auditoría de Hojas de tratamiento (AHTto)	7,31
5	Observación por Pares (P)	6,79	Memoria Auditada (MA)	6,85	Existencia de lugar y hora de información al paciente (IPAC)	6,86	Indicadores clínicos (I)	7,31
6	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	6,15	Asistencia a Comisiones y Sesiones (Co o Ses)	6,77	Memoria Auditada (MA)	6,85	ECOE (ECOE)	7,21
7	Indicadores de citaciones (INIT)	6,07	Presencia en comisiones (Co)	6,33	Auditorías de documentos de información al paciente (AIPac)	6,54	Memoria Auditada (MA)	7,21
8	ECOE (ECOE)	5,25	ECOE (ECOE)	5,33	Auditoría de consentimiento Informado (ACI)	6,33	Informes o indicadores de Calidad (IC)	7,07
9	Acreditación de actividades (AcrAct)	5	Encuesta 180° Jefe y compañeros (E180)	5,21	Encuesta de Satisfacción del Usuario (ES)	6,29	Indicadores asistenciales (I)	6,69
10	Indicadores clínicos (I)	4,93	Informe Jefe de Servicio (JS)	4,57	Indicadores asistenciales (I)	6	Auditoría de definición de procesos diagnósticos (Adgco)	6,25

Por cada bloque de competencias

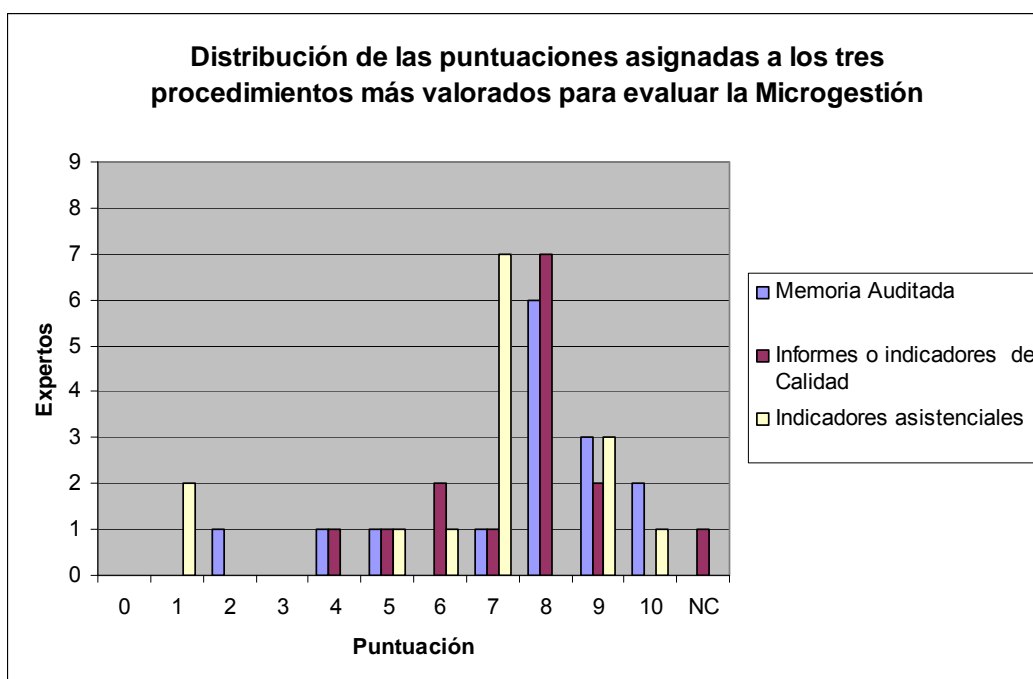
Se analizan por cada bloque de competencias los tres primeros instrumentos que han sido más valorados por los expertos.

Dentro de las **competencias generales**:

Microgestión: Los tres instrumentos que han obtenido las puntuaciones más altas son **Memoria Auditada, Informes o indicadores de calidad e Indicadores asistenciales.**

	N		Media	Mediana	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Percentiles	
	Válidos	Perdidos						25	75
Memoria Auditada	15	0	7,53	8,00	2,232	2	10	7,00	9,00
Informes o indicadores de Calidad	14	1	7,29	8,00	1,490	4	9	6,00	8,00
Indicadores asistenciales	15	0	7,07	8,00	2,738	1	10	6,00	9,00

Como se puede observar, la puntuación media más elevada fue para la Memoria Auditada con un 7,53 (2,2 de desviación típica) seguida por los Informes o indicadores de Calidad (7,29 y 1,5 de desviación típica) y los Indicadores asistenciales (7,07 y 2,7 de desviación típica).



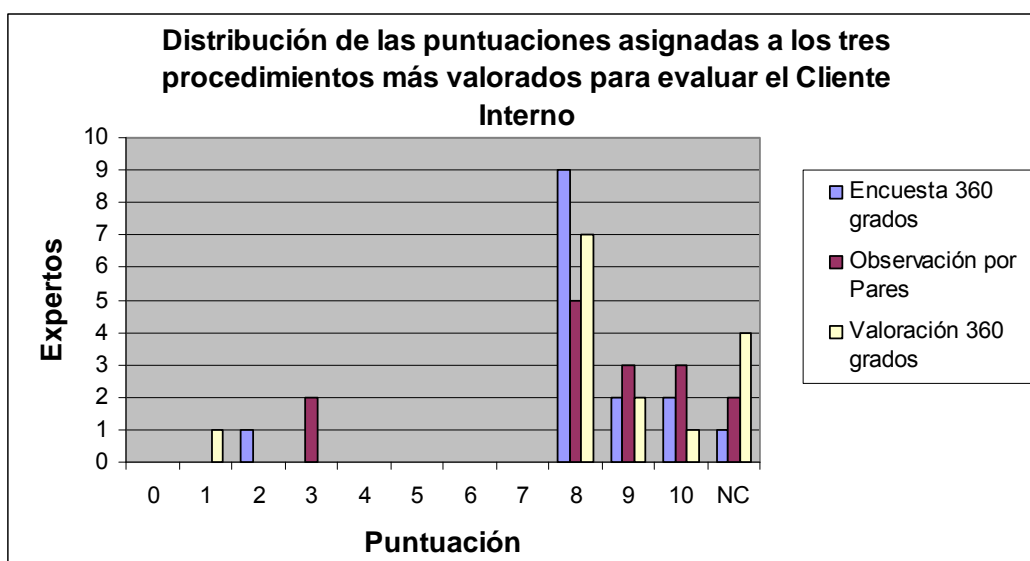
En el gráfico se puede apreciar una asimetría en la distribución de los datos, por lo que parece más adecuado utilizar como medida de centralización la mediana.

Los tres procedimientos de evaluación de la Microgestión, que han sido valorados por los expertos, presentan una mediana de 8, lo que nos indica que al menos el 50% de los expertos ha puntuado con un 8 o más estas competencias.

Cliente interno: Los tres instrumentos que han obtenido las medias más altas son Encuesta 360 grados, Observación por pares y Valoración 360 grados.

	N		Media	Mediana	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Percentiles	
	Válidos	Perdidos						25	75
Encuesta 360 grados	14	1	8,00	8,00	1,881	2	10	8,00	9,00
Observación por Pares	13	2	7,77	8,00	2,682	2	10	8,00	9,50
Valoración 360 grados	11	4	7,73	8,00	2,328	1	10	8,00	9,00

La puntuación media más elevada de los instrumentos de Cliente Interno se la llevó la Encuesta 360 grados con un 8 (1,8 de desviación típica), mientras que la puntuación más baja la obtuvo la Valoración de 360 grados con un 7,73 (2,3 de desviación típica).



En el gráfico se puede apreciar una asimetría en la distribución de los datos hacia la derecha.

Al igual que ocurría en la Microgestión, los tres procedimientos de evaluación más valorados por los expertos en este apartado presentan una mediana de 8, lo que nos indica que al menos el 50% de los facultativos ha puntuado con un 8 o más estas competencias.

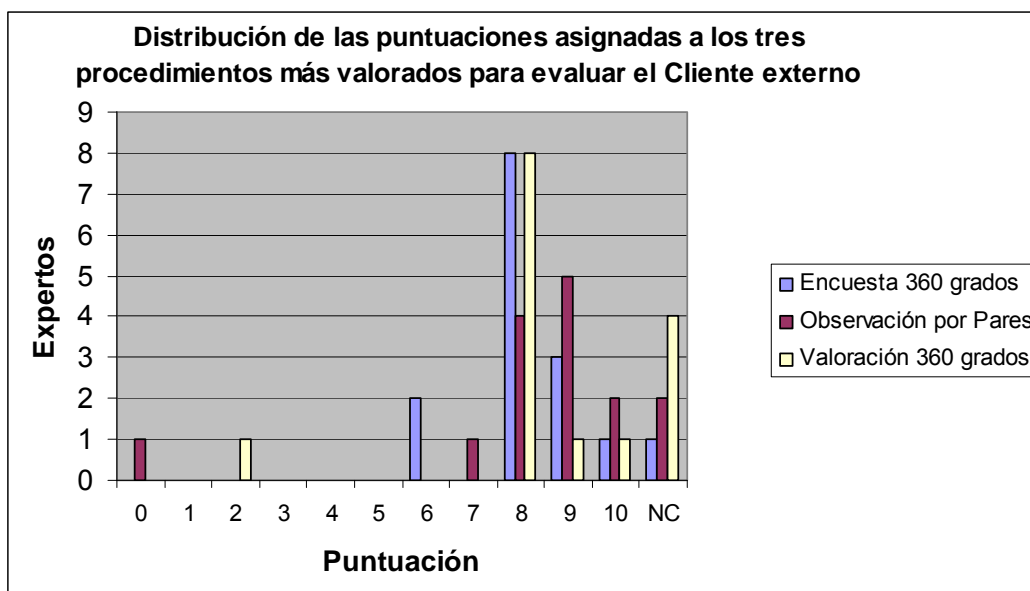
Asimismo la moda para los tres procedimientos es de 8.

Cabe destacar que el instrumento Valoración 360 grados tiene una falta de respuesta de un 26,67 %, por lo que más de un cuarto de los expertos no ha valorado dicho instrumento.

Cliente externo: Los tres instrumentos que han obtenido las valoraciones más altas para evaluar el Cliente externo son, de mayor a menor, **Encuesta 360 grados, Observación por pares y Valoración 360 grados.**

	N		Media	Mediana	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Percentiles	
	Válidos	Perdidos						25	75
Encuesta 360 grados	14	1	8,07	8,00	1,072	6	10	8,00	9,00
Observación por Pares	13	2	8,00	9,00	2,550	0	10	8,00	9,00
Valoración 360 grados	11	4	7,73	8,00	2,005	2	10	8,00	8,00

La puntuación media más elevada fue para la Encuesta 360 grados con una nota de 8,07 (1,0 de desviación típica), mientras que la tercera puntuación más alta la obtuvo la Valoración 360 grados con un 7,73 (2,0 de desviación típica).



En el gráfico, nuevamente se puede apreciar una asimetría en la distribución de los datos, por lo que se analizarán las puntuaciones que aporta la mediana.

La mediana que presenta un valor más elevado es el procedimiento de

evaluación de Observación por Pares con una puntuación de 9, mientras que la mediana fue de un 8 tanto para la Encuesta de 360 grados como para la Valoración de 360 grados.

Por su parte, la moda para las Encuestas 360 grados y Valoración 360 grados es 8, mientras que la moda para la Observación por Pares es mayor, siendo puntuada con 9.

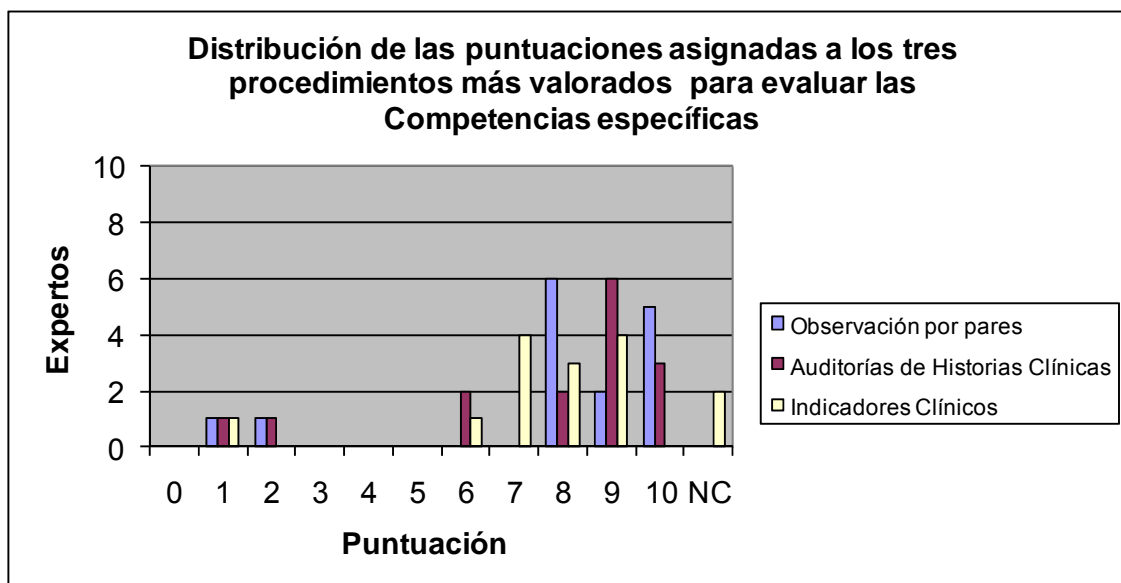
Cabe destacar que el instrumento de Valoración 360 grados tiene una falta de respuesta de un 26,67 %, por lo que se puede afirmar que más de un cuarto de los expertos no ha valorado este instrumento.

Después de analizar los instrumentos de valoración más destacados dentro de las competencias generales, se estudian aquéllos que sobresalen en las competencias específicas.

Dentro de las **competencias específicas**: Los tres instrumentos que han obtenido las medias más altas son **Observación por pares, Auditorías de Historias Clínicas e Indicadores Clínicos**.

	N		Media	Mediana	Desviación Típica	Mínimo	Máximo	Percentiles	
	Válidos	Perdidos						25	75
Observación por pares	15	0	7,93	8,00	2,764	1	10	8,00	10,00
Auditorías de Historias Clínicas	15	0	7,40	8,00	2,613	1	10	7,00	9,00
Indicadores Clínicos	13	2	7,31	8,00	1,974	2	10	7,00	8,00

Las puntuaciones medias son muy similares y parecidas en los tres procedimientos, resultando la más elevada la de Observación por Pares con un 7,93 (2,8 de desviación típica), mientras que la tercera puntuación más alta la obtuvieron los Indicadores Clínicos con un 7,31 (2,0 de desviación típica).



Como queda reflejado en el gráfico, los tres procedimientos de evaluación más valorados por los expertos presentan una mediana de 8, lo cual indica que al menos un 50% de los facultativos ha puntuado con un 8 o más estas competencias.

La moda para Observación por Pares es de 8, para Auditorías de Historias Clínicas es de 9, mientras que la distribución de Indicadores Clínicos es bimodal (7 y 9).

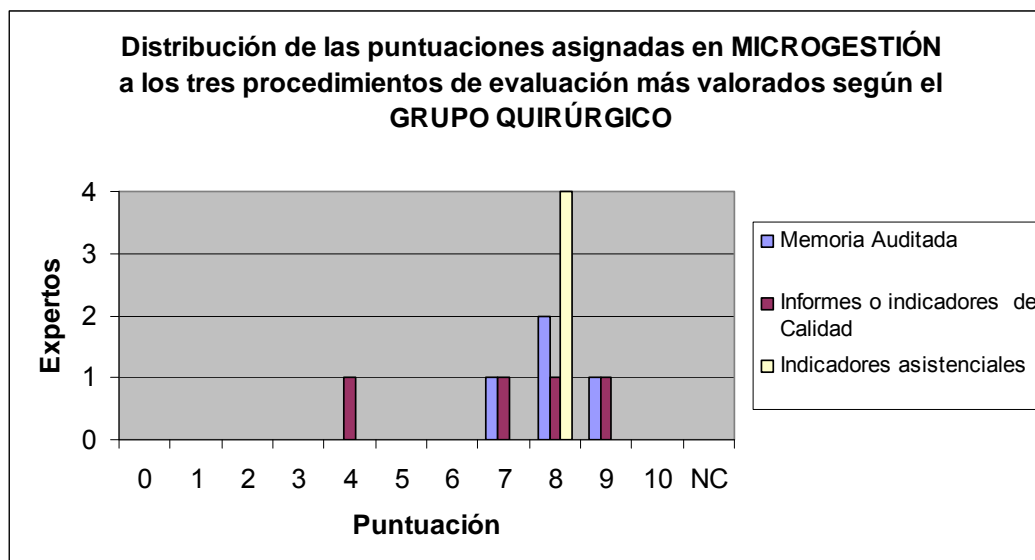
Por cada grupo de especialidades de los expertos

Cada uno de los cuatros bloques de competencias se disgregan en tres, según el grupo de especialidad de los expertos. Posteriormente, se analiza la distribución de los tres instrumentos que han tenido las mejores puntuaciones para cada grupo.

Competencias generales: Microgestión

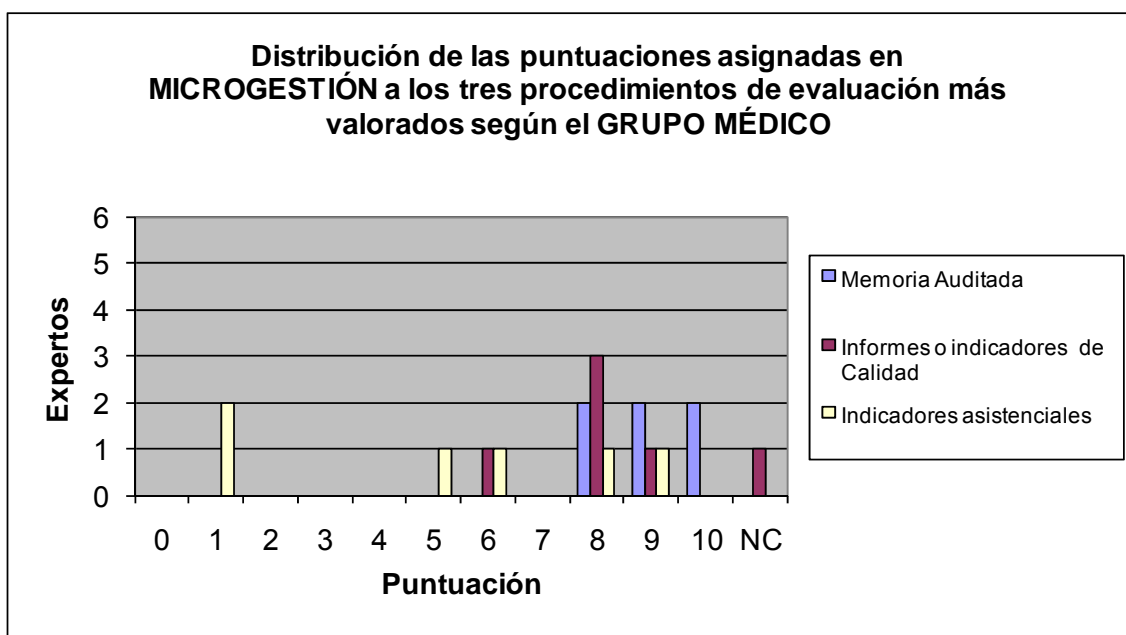
Dentro de la Microgestión, los tres instrumentos que han obtenido las puntuaciones más altas son **Memoria Auditada, Informes o indicadores de calidad e Indicadores asistenciales.**

Estos tres instrumentos se distribuyen del modo siguiente, según hayan sido valorados por el grupo quirúrgico, el grupo médico o el grupo de centrales.



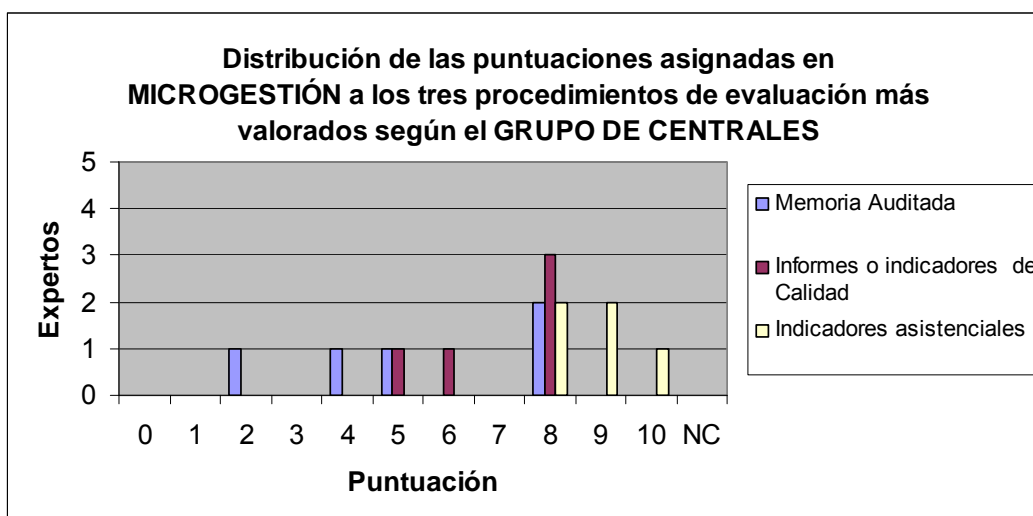
Para el grupo quirúrgico la distribución de las puntuaciones asignadas en Microgestión en la primera ronda es la siguiente:

- La **Memoria Auditada** está puntuada con valores comprendidos entre 7 y 9 por todos los expertos. El 100% tiene una puntuación igual o superior a 7.
- Los **Informes o indicadores de calidad**, salvo por un experto, se distribuyen en valores entre 7 y 9, lo que supone que el 75% tiene una puntuación igual o superior a 7.
- Los **Indicadores asistenciales** han sido valorados con un 8 por el 100% de los expertos de este grupo quirúrgico.



Para el grupo médico, la distribución de las puntuaciones asignadas en Microgestión en la primera ronda queda de la siguiente manera:

- La **Memoria Auditada** está puntuada con valores comprendidos entre 8 y 10 por todos los expertos. El 100% tiene una puntuación igual o superior a 8.
- Los **Informes o indicadores de calidad**, salvo dos expertos, de los cuales uno puntúa con 6 y el otro no contesta, se distribuyen en valores entre 8 y 9. Esta información muestra que el 66,67% tiene una puntuación igual o superior a 8.
- Los **Indicadores asistenciales** tienen una distribución dispersa, y sólo el 33,33% de los expertos los puntúa con valores iguales o superiores a 8.

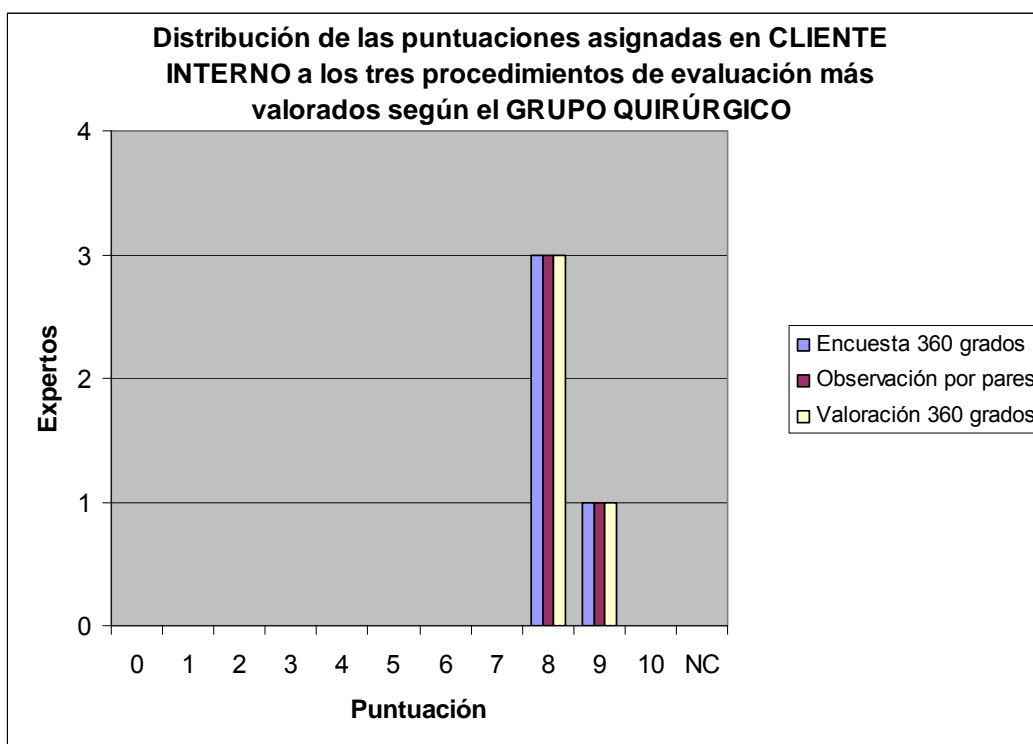


Para el grupo de centrales, la distribución de las puntuaciones asignadas en Microgestión que se ha obtenido en la primera ronda es la siguiente:

- La **Memoria Auditada** tiene una distribución dispersa, y únicamente el 40,00% de los facultativos la puntúa con valores iguales o superiores a 8.
- Los **Informes o indicadores de calidad** se concentran en el 8 para el 60,00 % de los expertos.
- Los **Indicadores asistenciales** son puntuados con valores comprendidos entre 8 y 10 por todos los expertos, por lo que se afirma que el 100% tiene una puntuación igual o superior a 8.

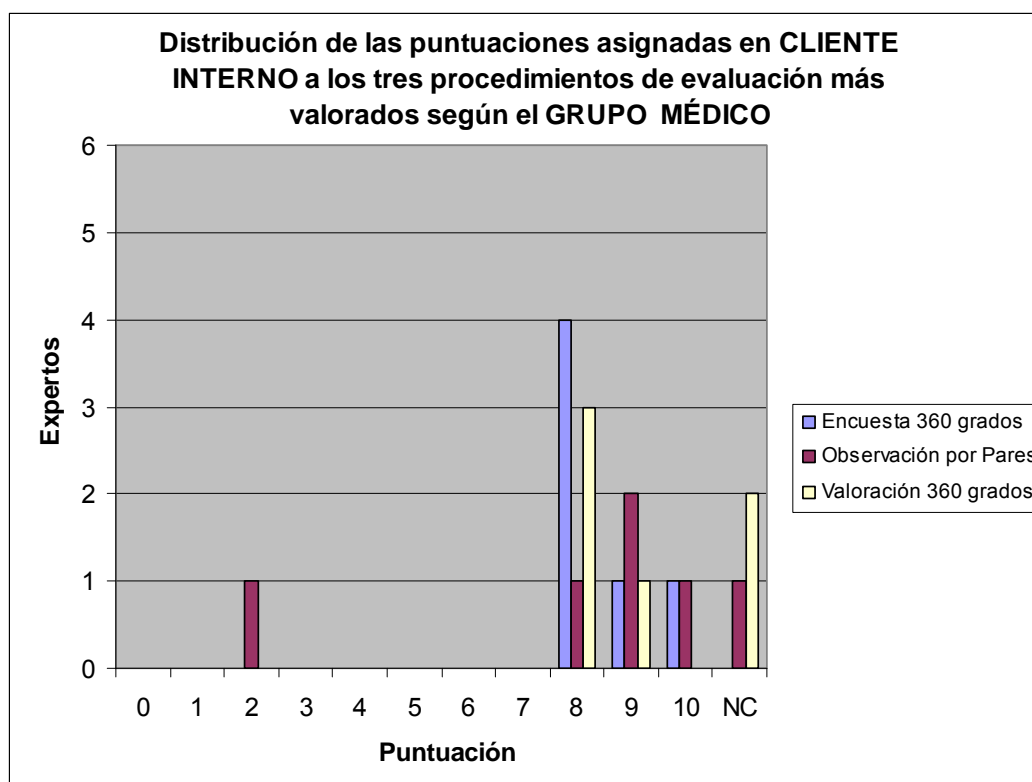
Competencias generales: Cliente Interno

Los tres instrumentos que han obtenido las medias más altas atendiendo al Cliente Interno son **Encuesta 360 grados**, **Observación por pares** y **Valoración 360 grados**. Al igual que en la Microgestión, se distribuyen según el grupo quirúrgico, el grupo médico y el grupo de centrales del modo siguiente:



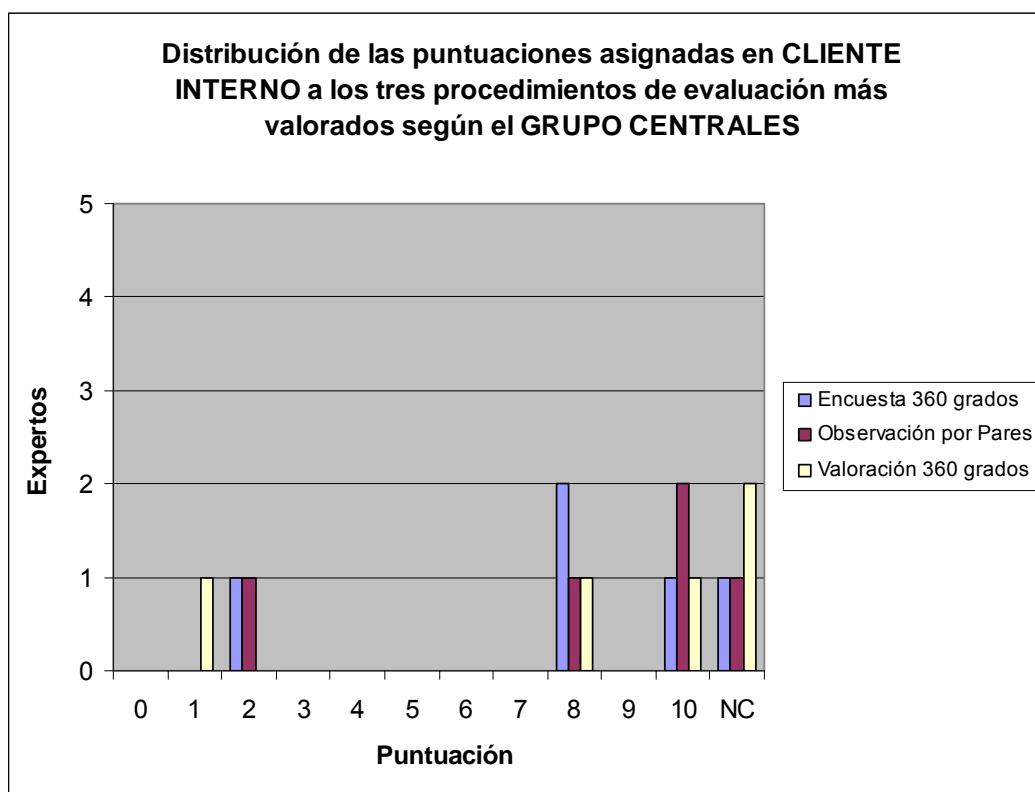
Para el grupo quirúrgico, la distribución de las puntuaciones asignadas en Cliente Interno en la primera ronda queda de la siguiente manera:

- La **Encuesta 360 grados** está puntuada con valores comprendidos entre 8 y 9 por todos los expertos, por lo que el 100% tiene una puntuación igual o superior a 8.
- La **Observación por pares** también está puntuada con valores comprendidos entre 8 y 9 por todos los expertos, de tal manera que el 100% tiene una puntuación igual o superior a 8.
- La **Valoración 360 grados**, al igual que los dos procedimientos anteriores, está puntuada con valores comprendidos entre 8 y 9 por todos los expertos, de ahí que el 100% tenga una puntuación igual o superior a 8.



Para el grupo médico, la distribución de las puntuaciones asignadas en Cliente Interno en la primera ronda es la siguiente:

- La **Encuesta 360 grados** está puntuada con valores comprendidos entre 8 y 10 por todos los expertos, por lo que el 100% tiene una puntuación igual o superior a 8.
- La **Observación por pares**, salvo dos expertos, de los cuales uno la puntúa con 2 y el otro no contesta, se distribuye en valores entre 8 y 10. Esta valoración supone que el 66,67% tiene una puntuación igual o superior a 8.
- La **Valoración 360 grados**, salvo dos expertos que no contestan, es decir, un 33,33% de los expertos, se distribuye en valores entre 8 y 9, lo que supone que el 66,67% tiene una puntuación igual o superior a 8.

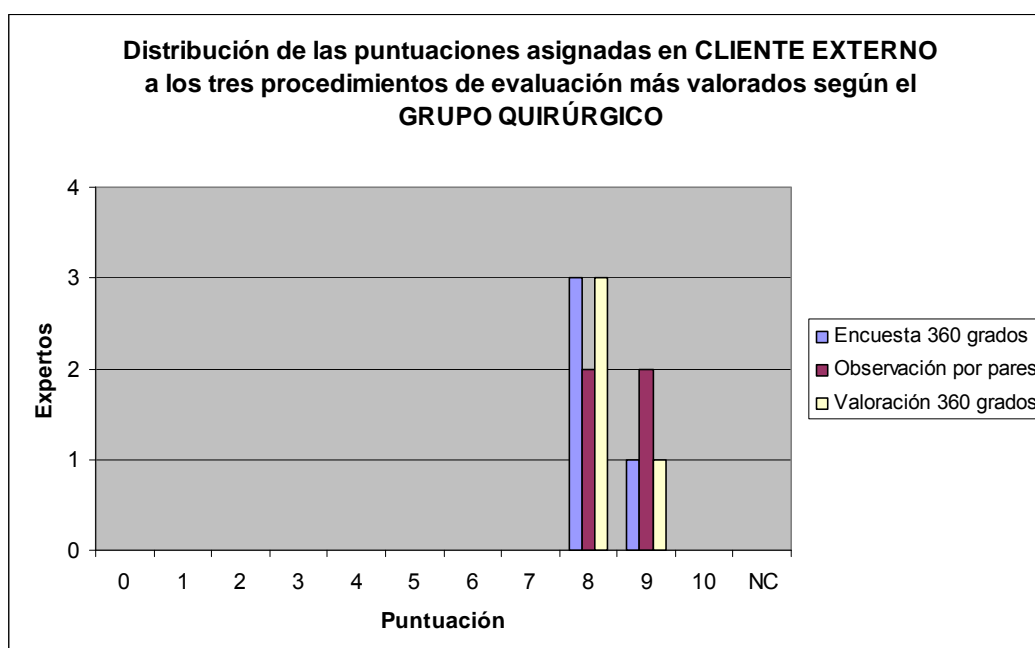


Para el grupo de centrales, la distribución de las puntuaciones asignadas en Cliente Interno que se ha obtenido en la primera ronda es la siguiente:

- La **Encuesta 360 grados** tiene una distribución dispersa. El 60,00% de los expertos la puntúa con valores iguales o superiores a 8, mientras que un 20,00 % de ellos no contesta.
- La **Observación por pares** también muestra una distribución dispersa. El 40,00% la puntúa con valores iguales o superiores a 8, mientras que un 20,00 % de los expertos no contesta.
- La **Valoración 360 grados**, al igual que los dos procedimientos anteriores, refleja una distribución dispersa. El 40,00% de los expertos la puntúa con valores iguales o superiores a 8, mientras que un 40,00% restante no contesta.

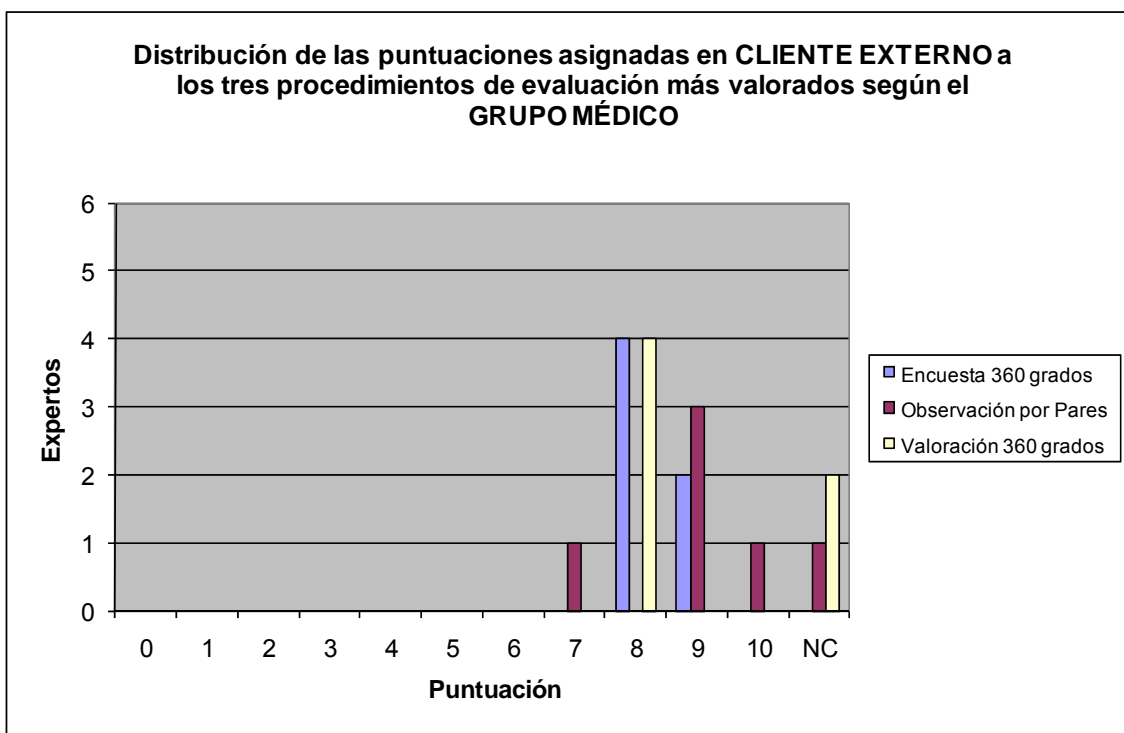
Competencias generales: Cliente externo

Los tres instrumentos que han obtenido las valoraciones más altas atendiendo al Cliente Externo son **Encuesta 360 grados**, **Observación por pares** y **Valoración 360 grados**. De la misma manera que en los dos casos anteriores, se distribuyen del modo siguiente según el grupo quirúrgico, el grupo médico y el grupo de centrales:



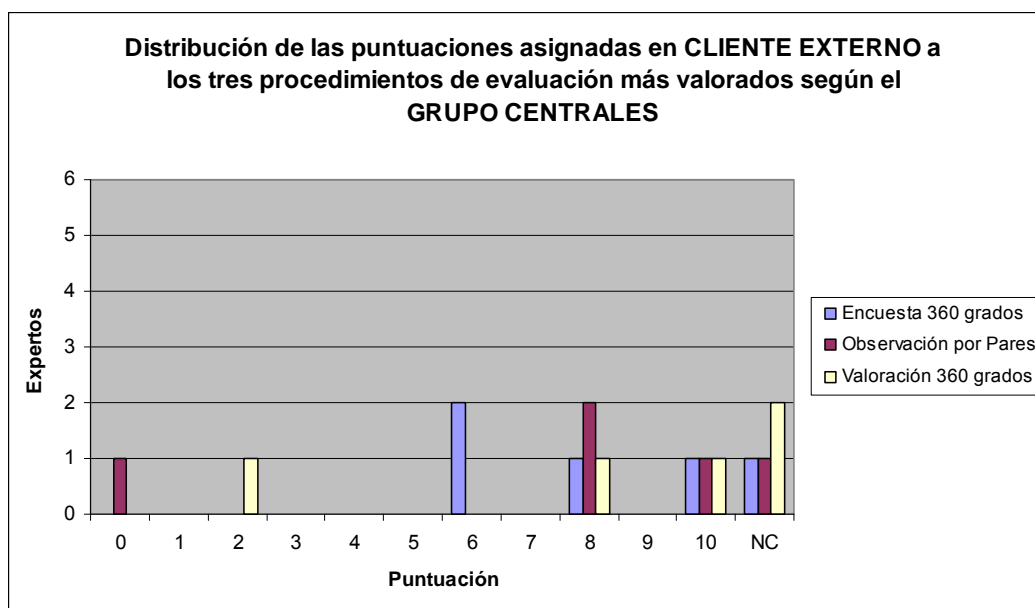
Para el grupo quirúrgico, la distribución de las puntuaciones asignadas en Cliente Externo en la primera ronda queda de la siguiente manera:

- La **Encuesta 360 grados** está puntuada con valores comprendidos entre 8 y 9 por todos los expertos, por lo que el 100% tiene una puntuación igual o superior a 8.
- La **Observación por pares** también está puntuada con valores comprendidos entre 8 y 9 por todos los expertos, así que el 100% tiene una puntuación igual o superior a 8.
- La **Valoración 360 grados**, al igual que los dos procedimientos anteriores, está puntuada con valores comprendidos entre 8 y 9 por todos los expertos, de ahí que el 100% tenga una puntuación igual o superior a 8.



Para el grupo médico, la distribución de las puntuaciones asignadas en Cliente Externo en la primera ronda es la siguiente:

- La **Encuesta 360 grados** está puntuada con valores comprendidos entre 8 y 10 por todos los expertos, por lo que el 100% tiene una puntuación igual o superior a 8.
- La **Observación por Pares**, con excepción de un experto, se distribuye en valores que se sitúan entre 7 y 10, lo que supone que el 83,33% tiene una puntuación igual o superior a 7. El porcentaje de no contestación es de un 16,67%.
- La **Valoración 360 grados**, salvo dos expertos que no contestan, lo que supone un 33,33% de los expertos, tiene una valoración de 8, de tal manera que se afirma que el 66,67% tiene una puntuación igual o superior a 8.

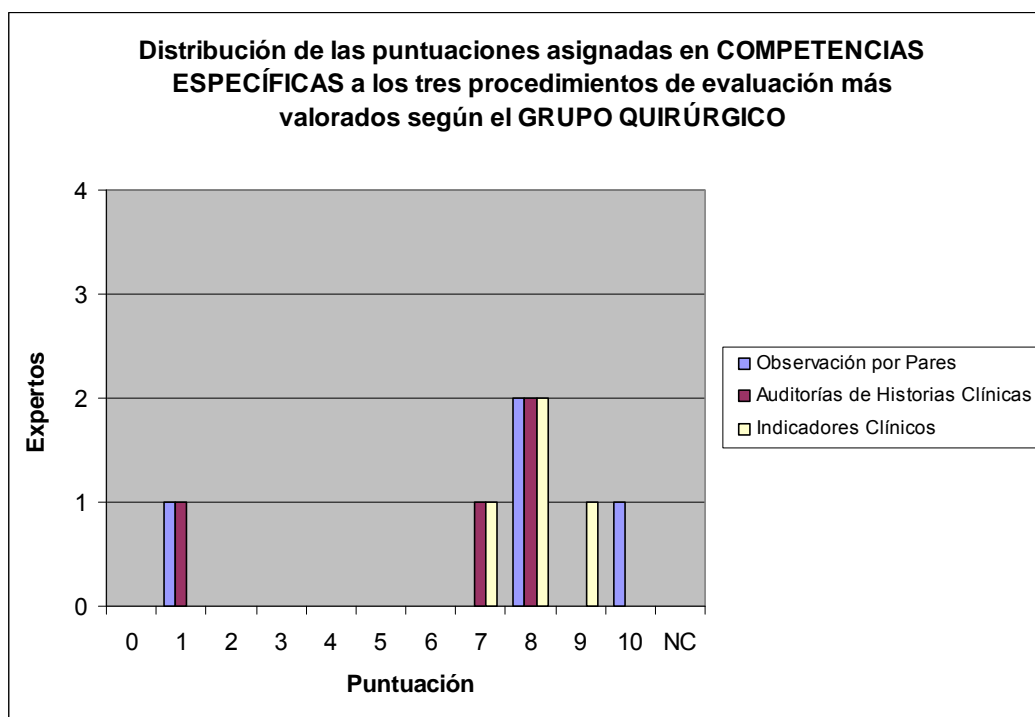


Para el grupo de centrales, la distribución de las puntuaciones que se asignan en Cliente Externo en la primera ronda queda de la siguiente manera:

- La **Encuesta 360 grados** tiene una distribución dispersa. El 40,00% de los expertos la puntúa con valores iguales o superiores a 8, mientras que un 20,00 % de ellos no contesta.
- La **Observación por Pares** también presenta una distribución dispersa. El 60,00% de los facultativos la puntúa con valores iguales o superiores a 8, mientras que un 20,00% no contesta.
- La **Valoración 360 grados**, al igual que los dos procedimientos anteriores, muestra una distribución dispersa. El 40,00% de los expertos la puntúa con valores iguales o superiores a 8, y otro 40,00% de ellos no contesta.

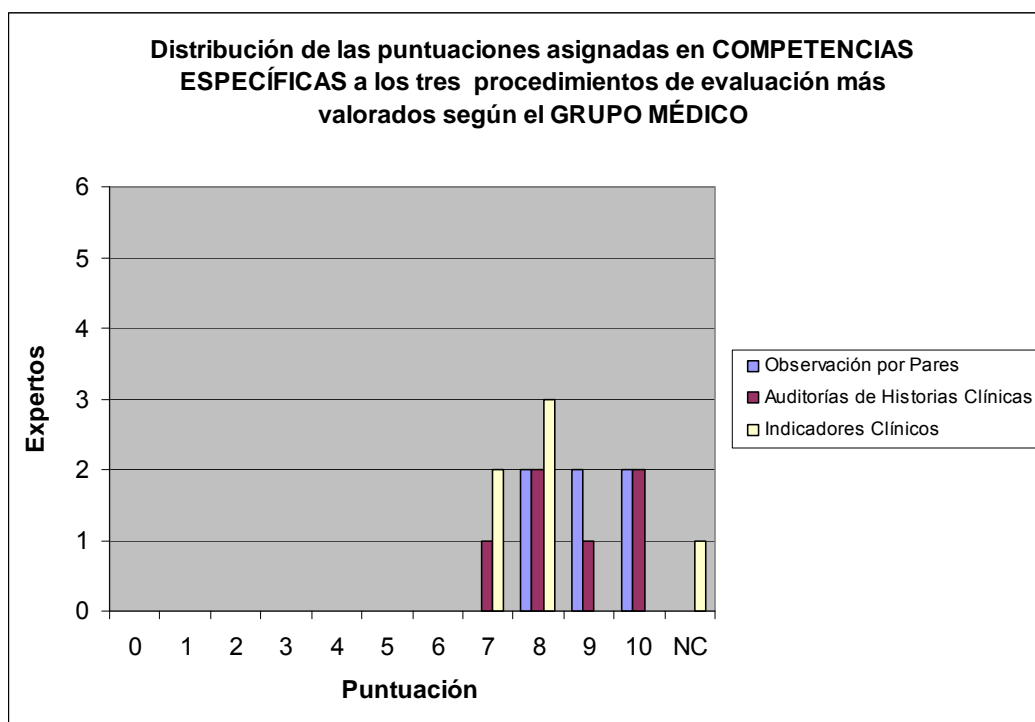
Dentro de las **Competencias Específicas**:

Los tres instrumentos que han obtenido las medias más altas dentro de las Competencias Específicas son **Observación por Pares, Auditorías de Historias Clínicas e Indicadores Clínicos**. Dichos instrumentos, al igual que en las Competencias Generales, se distribuyen del modo siguiente atendiendo al grupo quirúrgico, al grupo médico y al grupo de centrales:



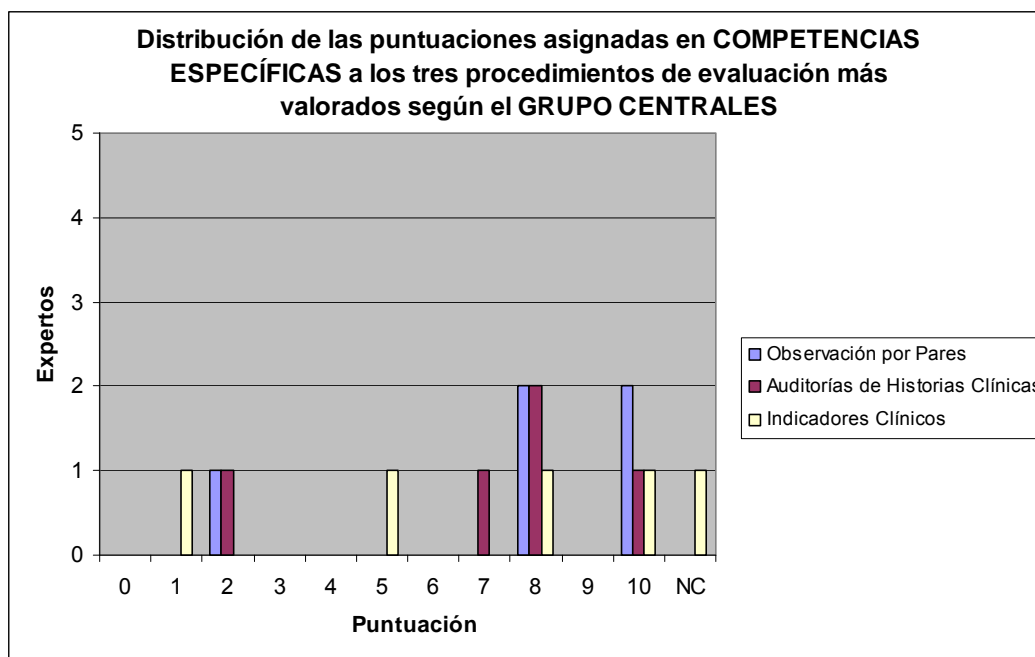
Para el grupo quirúrgico, la distribución de las puntuaciones asignadas en Competencias Específicas que se ha logrado en la primera ronda es la siguiente:

- La **Observación por Pares**, con excepción de un experto, se distribuye en valores comprendidos entre 8 y 10, lo que muestra que el 75,00% tiene una puntuación igual o superior a 8.
- Las **Auditorías de Historias Clínicas**, salvo un experto, se distribuyen en valores entre 7 y 8, por lo que el 75,00% tiene una puntuación igual o superior a 7.
- Los **Indicadores Clínicos** están puntuados con valores comprendidos entre 7 y 9 por todos los expertos, de ahí que el 100% tenga una puntuación igual o superior a 7.



Para el grupo médico, la distribución de las puntuaciones asignadas en Competencias Específicas en la primera ronda es la que se refleja a continuación:

- La **Observación por Pares** está puntuada con valores comprendidos entre 8 y 10 por todos los expertos, por lo que el 100% tiene una puntuación igual o superior a 8.
- Las **Auditorías de Historias Clínicas** están puntuadas con valores comprendidos entre 7 y 10 por todos los expertos, lo que pone de manifiesto que el 100% tiene una puntuación igual o superior a 7.
- Los **Indicadores Clínicos**, salvo un experto que no contesta, lo que supone un 16,67%, se distribuyen en valores entre 7 y 8, de tal manera que el 83,33% tiene una puntuación igual o superior a 7.



Para el grupo de centrales, la distribución de las puntuaciones que han sido asignadas en Competencias Específicas en la primera ronda es la siguiente:

- La **Observación por Pares**, con excepción de un experto, se distribuye en valores entre 8 y 10, lo que supone que el 80,00% tiene una puntuación igual o superior a 8.
- Las **Auditorías de Historias Clínicas**, salvo un experto, se distribuyen en valores comprendidos entre 7 y 10, lo que pone de manifiesto que el 80,00% tiene una puntuación igual o superior a 7.
- Los **Indicadores Clínicos** tienen una distribución dispersa. El 40,00% de los expertos los puntúa con valores iguales o superiores a 8, mientras que un 20,00% de ellos no contesta.

Descripción de los resultados de la segunda ronda

Una vez acabada la primera ronda y tras clasificar y detallar los resultados obtenidos, nuevamente se establece contacto con los expertos y se les vuelve a enviar el cuestionario con el objetivo de que marquen los procedimientos más adecuados entre los diez resultantes de la primera ronda.

Los diez instrumentos, que han obtenido las mejores medias en la segunda ronda para cada una de las competencias, se detallan en la siguiente tabla señalando la media que han alcanzado:

Clasificación	Competencias Generales		Competencias Generales de Cliente Interno		Competencias Generales de Cliente Externo		Competencias Específicas	
	Instrumento	Media	Instrumento	Media	Instrumento	Media	Instrumento	Media
1	Informes o indicadores de Calidad (IC)	7,50	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	8,36	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	8,50	Observación por Pares (P)	8,13
2	Memoria Auditada (MA)	7,33	Valoración 360° (V360)	8,18	Observación por Pares (P)	8,46	Auditoría de Historias Clínicas (AH)	7,67
3	Valoración 360° (V360)	7,25	Observación por Pares (P)	8,15	Valoración 360° (V360)	8,09	Auditoría de informes de alta (AIA)	7,47
4	Observación por Pares (P)	7,14	Auditoría de actas de sesiones + Presencia en Comisiones (AS)+(Co)	7,15	ECO (ECO)	7,08	Auditoría de Hojas de tratamiento (AHTto)	7,46
5	Indicadores asistenciales (I)	7,07	Memoria Auditada (MA)	6,85	Auditorías de documentos de información al paciente (AIPac)	6,77	ECO (ECO)	7,43
6	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	6,23	Asistencia a Comisiones y Sesiones (Co o Ses)	6,77	Memoria Auditada (MA)	6,77	Registro clínico o Indicadores clínicos (I)	7,31
7	Indicadores de citas (INIT)	6,14	Comparación por pares (Co)	5,92	Auditoría de consentimiento Informado (ACI)	6,47	Memoria Auditada (MA)	7,14
8	ECO (ECO)	5,25	ECO (ECO)	5,58	Registro del desempeño (IPAC)	6,36	Informes o indicadores de Calidad (IC)	6,93
9	Acreditación de actividades (AcrAct)	5,15	Encuesta 180° Jefe y compañeros (E180)	5,29	Auditoría de reclamaciones (AR)	6,13	Indicadores asistenciales (I)	6,46
10	Registro clínico o Indicadores clínicos (I)	4,93	Auditoría de informes interconsulta (AI)	4,62	Encuesta de Satisfacción del Usuario (ES)	6,00	Auditoría de Plan de cuidados (APCU)	6,31

Por cada bloque de competencias

El siguiente paso que se lleva a cabo es la comparación de los resultados obtenidos en la segunda ronda en relación con la primera ronda para cada bloque de competencias.

Dentro de las **competencias generales**:

Microgestión: Dentro de las competencias generales de Microgestión destacan las siguientes:

Competencias Generales de Microgestión por rondas	Ronda 1		Ronda 2	
	Instrumento	Media	Instrumento	Media
1	Memoria Auditada (MA)	7,53	Informes o indicadores de Calidad (IC)	7,5
2	Informes o indicadores de Calidad (IC)	7,29	Memoria Auditada (MA)	7,33
3	Indicadores asistenciales (I)	7,07	Valoración 360° (V360)	7,25
4	Observación por Pares (P)	6,93	Observación por Pares (P)	7,14
5	Valoración 360° (V360)	6,92	Indicadores asistenciales (I)	7,07
6	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	6,08	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	6,23
7	Indicadores de citaciones (INIT)	5,86	Indicadores de citaciones (INIT)	6,14
8	Registro clínico o Indicadores clínicos (I)	5,38	ECOE (ECOE)	5,25
9	ECOE (ECOE)	5,33	Acreditación de actividades (AcrAct)	5,15
10	Acreditación de actividades (AcrAct)	5	Registro clínico o Indicadores clínicos (I)	4,93

- La **Memoria Auditada** baja su valoración de un 7,53 a un 7,33. Aunque la mediana se mantiene en 8, el percentil 25 pasa de 7 a 6.
- Los **Informes o indicadores de Calidad**, que en la primera ronda tenían una media de 7,29 pasan a ocupar el primer puesto con una media de 7,5, por lo que la mediana asciende de 8 a 8,50.
- La **Valoración 360 grados** pasa de tener un 6,92 de media a un 7,25, situándose así en el tercer lugar. Aunque mantiene la mediana en un 8, cambia su percentil 75 de un 8 a un 9.
- Los **Indicadores de citaciones** mantienen el puesto de la primera ronda, pero su media pasa de un 5,86 a un 6,14, al igual que la mediana sufre variación pasando de un 6 a un 7.

Competencias Generales de Cliente Interno por rondas	Ronda 1		Ronda 2	
	Instrumento	Media	Instrumento	Media
1	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	8,00	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	8,36
2	Observación por Pares (P)	7,77	Valoración 360° (V360)	8,18
3	Valoración 360° (V360)	7,73	Observación por Pares (P)	8,15
4	Auditoría de actas de sesiones y presencia en Comisiones (AS)+(Co)	6,92	Auditoría de actas de sesiones y presencia en Comisiones (AS)+(Co)	7,15
5	Memoria Auditada (MA)	6,85	Memoria Auditada (MA)	6,85
6	Asistencia a Comisiones y Sesiones (Co o Ses)	6,38	Asistencia a Comisiones y Sesiones (Co o Ses)	6,77
7	Comparación por pares (Co)	5,92	Comparación por pares (Co)	5,92
8	ECOE (ECOE)	5,75	ECOE (ECOE)	5,58
9	Encuesta 180° Jefe y compañeros (E180)	5,21	Encuesta 180° Jefe y compañeros (E180)	5,29
10	Auditoría de informes interconsulta (AI)	4,85	Auditoría de informes interconsulta (AI)	4,62

Cliente Interno: Dentro de las competencias generales de Cliente Interno cabe destacar las siguientes:

- La **Encuesta 360 grados** sigue manteniéndose en primer lugar en esta segunda ronda, pero pasa de tener una media de 8 a una de 8,36. La mediana asciende de un 8 a un 9 y el percentil 25 pasa de un 8 a un 8,75.
- La **Valoración 360 grados** gana una posición con respecto a la primera ronda y pasa de tener una media de 7,73 a 8,18. La mediana asciende de un 8 a un 9. Los percentiles 25 y 75 no sufren modificación alguna de la primera a la segunda ronda.
- La **Auditoría de actas de sesiones y Presencia en Comisiones** mantiene el mismo lugar, aunque pasa de tener un 6,92 a un 7,15 de media. La mediana se mantiene en un 7 y el percentil 25 aumenta de un 6 a un 6,5.
- La **Asistencia a Comisiones y Sesiones** también mantiene su puesto, aunque la media asciende ligeramente de un 6,38 a un 6,77. La mediana mantiene el valor de 7, mientras que aumenta tanto el percentil 25 de 5 a 6, como el percentil 75 de 8 a 8,5.

Competencias Generales de Cliente Externo por rondas	Ronda 1		Ronda 2	
	Instrumento	Media	Instrumento	Media
1	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	8,07	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	8,50
2	Observación por Pares (P)	8,00	Observación por Pares (P)	8,46
3	Valoración 360º (V360)	7,73	Valoración 360 Grados (V360)	8,09
4	ECOE (ECOE)	7,00	ECOE (ECOE)	7,08
5	Memoria Auditada (MA)	6,69	Auditorías de documentos de información al paciente (AIPac)	6,77
6	Auditorías de documentos de información al paciente (AIPac)	6,62	Memoria Auditada (MA)	6,77
7	Registro de desempeño (IPAC)	6,36	Auditoría de consentimiento Informado (ACI)	6,47
8	Auditoría de consentimiento Informado (ACI)	6,27	Registro de desempeño (IPAC)	6,36
9	Auditoría de reclamaciones (AR)	6,13	Auditoría de reclamaciones (AR)	6,13
10	Indicadores asistenciales (I)	6,08	Encuesta de Satisfacción del Usuario (ES)	6,00

Cliente Externo: Dentro de las competencias generales de Cliente Externo hay que destacar:

- La **Encuesta 360 grados** pasa de tener una media de 8,07 a una de 8,50. La mediana, por su parte, también asciende de un 8 a un 9, mientras que los percentiles 25 y 75 se mantienen iguales.
- La **Observación por Pares** pasa de tener un 8,00 a un 8,46 de media. La mediana se mantiene en 9, mientras que los percentiles ascienden, el percentil 25 pasa de 8 a 8,5 y el percentil 75 pasa de 9 a 10.
- La **Valoración 360 grados**, al igual que los dos instrumentos anteriores, se mantiene en la misma posición tanto en la primera como en la segunda ronda, aunque pasa de tener una media de 7,73 a 8,09. La mediana asciende de un 8 a un 9, lo mismo que le ocurre al percentil 75.
- La **ECOE**, por su parte, mantiene prácticamente igual la media, de un 7,00 a un 7,08. La mediana se mantiene en 8, mientras que el percentil 25 pasa de 7 a 8.

Competencias Específicas por rondas	Ronda 1		Ronda 2	
	Instrumento	Media	Instrumento	Media
1	Observación por Pares (P)	7,93	Observación por Pares (P)	8,13
2	Auditoría de Historias Clínicas (AH)	7,40	Auditoría de Historias Clínicas (AH)	7,67
3	Registro clínico o Indicadores clínicos (I)	7,31	Auditoría de informes de alta (AIA)	7,47
4	Auditoría de informes de alta (AIA)	7,13	Auditoría de Hojas de tratamiento (AHTto)	7,46
5	Auditoría de Hojas de tratamiento (AHTto)	7,08	ECOE (ECOE)	7,43
6	ECOE (ECOE)	7,07	Registro clínico o Indicadores clínicos (I)	7,31
7	Memoria Auditada (MA)	7,07	Memoria Auditada (MA)	7,14
8	Informes o indicadores de Calidad (IC)	6,79	Informes o indicadores de Calidad (IC)	6,93
9	Indicadores asistenciales (I)	6,31	Indicadores asistenciales (I)	6,46
10	Auditoría de Plan de cuidados (APCUI)	6,08	Auditoría de Plan de cuidados (APCUI)	6,31

Dentro de las **competencias específicas**:

- La **Observación por Pares**, que conserva la primera posición en esta segunda ronda, pasa de un 7,93 a un 8,13 de media. Por su parte, la mediana asciende de un 8 a un 9, mientras que los percentiles se mantienen.
- La **Auditoría de Historias Clínicas** sufre un aumento en la media pasando de un 7,40 a un 7,67. La mediana pasa de un 8 a un 9 y el percentil 25 desciende de un 7 a un 6,5.

	Competencias Generales Microgestión		Competencias Generales de Cliente Interno		Competencias Generales de Cliente Externo		Competencias Específicas	
Clasificación	Instrumento	Media	Instrumento	Media	Instrumento	Media	Instrumento	Media
1	Informes o indicadores de Calidad (IC)	7,64	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	8,57	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	8,79	Observación por Pares (P)	7,93
2	Valoración 360° (V360)	7,42	Valoración 360° (V360)	8,27	Observación por Pares (P)	8,38	Auditoría de Historias Clínicas (AH)	7,73
3	Indicadores asistenciales (I)	7,40	Observación por Pares (P)	8,08	Valoración 360° (V360)	8,18	Auditoría de informes de alta (AIA)	7,40
4	Memoria Auditada (MA)	7,40	Auditoría de actas de sesiones y Presencia en Comisiones (AS)+(Co)	7,23	ECOE (ECOE)	7,33	Auditoría de Hojas de tratamiento (AHTto)	7,31
5	Observación por Pares (P)	6,79	Memoria Auditada (MA)	6,85	Registro del desempeño (IPAC)	6,86	Registro clínico o Indicadores clínicos (I)	7,31
6	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	6,15	Asistencia a Comisiones y Sesiones (Co o Ses)	6,77	Memoria Auditada (MA)	6,85	ECOE (ECOE)	7,21
7	Indicadores de citaciones (INIT)	6,07	Comparación por pares (Co)	6,33	Auditorías de documentos de información al paciente (AIPac)	6,54	Memoria Auditada (MA)	7,21
8	ECOE (ECOE)	5,25	ECOE (ECOE)	5,33	Auditoría de consentimiento Informado (ACI)	6,33	Informes o indicadores de Calidad (IC)	7,07
9	Acreditación de actividades (AcrAct)	5,00	Encuesta 180° Jefe y compañeros (E180)	5,21	Encuesta de Satisfacción del Usuario (ES)	6,29	Indicadores asistenciales (I)	6,69
10	Registros Clínicos o Indicadores clínicos (I)	4,93	Auditoría de informes interconsulta (AI)	4,57	Auditoría de reclamaciones (AR)	6,00	Auditoría de plan de cuidados (APCU)	6,25

Descripción de los resultados de la tercera ronda

Una vez analizados los resultados de la segunda ronda y con el objetivo de llegar a un grado de consenso mayor entre los expertos, se les pasó un nuevo cuestionario con los procedimientos ordenados de mayor a menor obtenidos en la segunda ronda.

Los diez instrumentos que alcanzaron las mejores medias en la Tercera Ronda para cada una de las competencias se detallan en la siguiente tabla señalando la media obtenida:

Por cada bloque de competencias

Una vez obtenidos los resultados de la tercera ronda, se lleva a cabo una comparación de estos datos en relación con la segunda y la primera ronda para cada bloque de competencias.

Competencias Generales de Microgestión por rondas	Ronda 1		Ronda 2		Ronda 3	
	Instrumento	Media	Instrumento	Media	Instrumento	Media
1	Memoria Auditada (MA)	7,53	Informes o indicadores de Calidad (IC)	7,50	Informes o indicadores de Calidad (IC)	7,64
2	Informes o indicadores de Calidad (IC)	7,29	Memoria Auditada (MA)	7,33	Valoración 360 Grados (V360)	7,42
3	Indicadores asistenciales (I)	7,07	Valoración 360 Grados (V360)	7,25	Indicadores asistenciales (I)	7,40
4	Observación por Pares (P)	6,93	Observación por Pares (P)	7,14	Memoria Auditada (MA)	7,40
5	Valoración 360 Grados (V360)	6,92	Indicadores asistenciales (I)	7,07	Observación por Pares (P)	6,79
6	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	6,08	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	6,23	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	6,15
7	Indicadores de citaciones (INIT)	5,86	Indicadores de citaciones (INIT)	6,14	Indicadores de citaciones (INIT)	6,07
8	Registro clínico o Indicadores clínicos (I)	5,38	ECOE (ECOE)	5,25	ECOE (ECOE)	5,25
9	ECOE (ECOE)	5,33	Acreditación de actividades (AcrAct)	5,15	Acreditación de actividades (AcrAct)	5,00
10	Acreditación de actividades (AcrAct)	5,00	Registro clínico o Indicadores clínicos (I)	4,93	Registro clínico o Indicadores clínicos (I)	4,93

Dentro de las **competencias generales**:

Microgestión: Dentro de las competencias generales de Microgestión hay que destacar los siguientes instrumentos:

- La **Memoria Auditada**, a pesar de su discreto aumento de la media de un 7,33 a un 7,40, en la tercera ronda desciende de puesto pasando a ocupar la cuarta posición.
- Los **Informes o indicadores de Calidad** se mantienen en el primer puesto con un media de 7,64, la cual supera a las conseguidas en las otras dos rondas anteriores. Se mantiene la mediana en un 8,5.
- La **Valoración 360º** asciende con respecto a las rondas anteriores y pasa a ocupar el segundo puesto con una media de 7,42, la cual es superior a los resultados obtenidos tanto en la primera como en la segunda ronda. La mediana pasa de ser un 8 en la primera y en la segunda ronda a un 8,5 en la tercera.
- Los **Indicadores de citaciones** no mantienen el ascenso que se inicia en la segunda ronda, y aunque mantienen el mismo puesto, desciende ligeramente su media de un 6,14 a un 6,07.

Competencias Generales de Cliente Interno por rondas	Ronda 1		Ronda 2		Ronda 3	
	Instrumento	Media	Instrumento	Media	Instrumento	Media
1	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	8,00	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	8,36	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	8,57
2	Observación por Pares (P)	7,77	Valoración 360 Grados (V360)	8,18	Valoración 360 Grados (V360)	8,27
3	Valoración 360 Grados (V360)	7,73	Observación por Pares (P)	8,15	Observación por Pares (P)	8,08
4	Auditoría de actas de sesiones y Presencia en Comisiones (AS)+(Co)	6,92	Auditoría de actas de sesiones y Presencia en Comisiones (AS)+(Co)	7,15	Auditoría de actas de sesiones y Presencia en Comisiones (AS)+(Co)	7,23
5	Memoria Auditada (MA)	6,85	Memoria Auditada (MA)	6,85	Memoria Auditada (MA)	6,85
6	Asistencia a Comisiones y Sesiones (Co o Ses)	6,38	Asistencia a Comisiones y Sesiones (Co o Ses)	6,77	Asistencia a Comisiones y Sesiones (Co o Ses)	6,77
7	Comparación por pares (Co)	5,92	Comparación por pares (Co)	5,92	Comparación por pares (Co)	6,33
8	ECOE (ECOE)	5,75	ECOE (ECOE)	5,58	ECOE (ECOE)	5,33
9	Encuesta 180 Grados Jefe y compañeros (E180)	5,21	Encuesta 180 Grados Jefe y compañeros (E180)	5,29	Encuesta 180 Grados Jefe y compañeros (E180)	5,21
10	Auditoría de informes interconsulta (AI)	4,85	Auditoría de informes interconsulta (AI)	4,62	Informe Jefe de Servicio (IJS)	4,57

Cliente Interno: Dentro de las competencias generales de Cliente Interno cabe destacar los siguientes instrumentos:

- La **Encuesta 360 grados** mantiene el primer puesto con una media de 8,57, la cual supera a las conseguidas en las otras dos rondas anteriores. Por su parte, mantiene la mediana en un 9, mientras que el percentil 75 en la tercera ronda pasa de un 9 a un 9,25.
- La **Valoración 360 grados** conserva el segundo puesto con una media de 8,27. Mientras que la mediana tiene el mismo valor de 9 que en la ronda anterior, el percentil 75 asciende de 9 a 10.
- La **Auditoría de actas de sesiones y Presencia en Comisiones** también mantiene el cuarto puesto en la tercera ronda, ascendiendo la mediana de 7 a 8.
- La **Asistencia a Comisiones y Sesiones** mantiene su sexto puesto en las tres rondas, conservando la media con un valor de 6,77. La mediana se mantiene en un valor de 7, a pesar del descenso que sufre el percentil 25 de 6 a 5, igualándose así con el obtenido en la primera ronda.

Competencias Generales de Cliente Externo por rondas	Ronda 1		Ronda 2		Ronda 3	
	Instrumento	Media	Instrumento	Media	Instrumento	Media
1	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	8,07	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	8,50	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	8,79
2	Observación por Pares (P)	8,00	Observación por Pares (P)	8,46	Observación por Pares (P)	8,38
3	Valoración 360 Grados (V360)	7,73	Valoración 360 Grados (V360)	8,09	Valoración 360 Grados (V360)	8,18
4	ECOE (ECOE)	7,00	ECOE (ECOE)	7,08	ECOE (ECOE)	7,33
5	Memoria Auditada (MA)	6,69	Auditorías de documentos de información al paciente (AIPac)	6,77	Registro de desempeño (IPAC)	6,86
6	Auditorías de documentos de información al paciente (AIPac)	6,62	Memoria Auditada (MA)	6,77	Memoria Auditada (MA)	6,85
7	Registro de desempeño (IPAC)	6,36	Auditoría de consentimiento Informado (ACI)	6,47	Auditorías de documentos de información al paciente (AIPac)	6,54
8	Auditoría de consentimiento Informado (ACI)	6,27	Registro de desempeño (IPAC)	6,36	Auditoría de consentimiento Informado (ACI)	6,33
9	Auditoría de reclamaciones (AR)	6,13	Auditoría de reclamaciones (AR)	6,13	Encuesta de Satisfacción del Usuario (ES)	6,29
10	Indicadores asistenciales (I)	6,08	Encuesta de Satisfacción del Usuario (ES)	6,00	Indicadores asistenciales (I)	6,00

Cliente Externo: Dentro de las competencias generales de Cliente Externo destacan:

- La **Encuesta 360 grados** ocupa el primer puesto en las tres rondas y pasa de tener una media de 8,50 a una de 8,79. La mediana se mantiene en 9, mientras que el percentil 75 asciende a 9,25.
- La **Observación por Pares** también mantiene su posición con respecto a las dos rondas anteriores, pero desciende su media de un 8,46 a un 8,38.
- La **Valoración 360 grados** pasa de tener una media de 8,09 a una de 8,18. Aunque la mediana se mantiene en un 9, el percentil 75 asciende de un 9 a un 10.
- La **ECOE**, por su parte, presenta un ascenso en su media de un 7,08 a un 7,33. La mediana aumenta de un 8 a un 8,5. El percentil 25 desciende de un 8 a un 7,25, mientras que el percentil 75 se mantiene en un 9.

Dentro de las **competencias específicas**:

Competencias Específicas por rondas	Ronda 1		Ronda 2		Ronda 3	
	Instrumento	Media	Instrumento	Media	Instrumento	Media
1	Observación por Pares (P)	7,93	Observación por Pares (P)	8,13	Observación por Pares (P)	7,93
2	Auditoría de Historias Clínicas (AH)	7,40	Auditoría de Historias Clínicas (AH)	7,67	Auditoría de Historias Clínicas (AH)	7,73
3	Registro clínico o Indicadores clínicos (I)	7,31	Auditoría de informes de alta (AIA)	7,47	Auditoría de informes de alta (AIA)	7,40
4	Auditoría de informes de alta (AIA)	7,13	Auditoría de Hojas de tratamiento (AHTto)	7,46	Auditoría de Hojas de tratamiento (AHTto)	7,31
5	Auditoría de Hojas de tratamiento (AHTto)	7,08	ECOE (ECOE)	7,43	Registro clínico o Indicadores clínicos (I)	7,31
6	ECOE (ECOE)	7,07	Registro clínico o Indicadores clínicos (I)	7,31	ECOE (ECOE)	7,21
7	Memoria Auditada (MA)	7,07	Memoria Auditada (MA)	7,14	Memoria Auditada (MA)	7,21
8	Informes o indicadores de Calidad (IC)	6,79	Informes o indicadores de Calidad (IC)	6,93	Informes o indicadores de Calidad (IC)	7,07
9	Indicadores asistenciales (I)	6,31	Indicadores asistenciales (I)	6,46	Indicadores asistenciales (I)	6,69
10	Auditoría de Plan de cuidados (APCUI)	6,08	Auditoría de Plan de cuidados (APCUI)	6,31	Auditoría de procesos diagnósticos (Adgco)	6,25

- La **Observación por Pares** conserva el primer puesto en las tres rondas, pero desciende su media de un 8,13 a un 7,93.
- La **Auditoría de Historias Clínicas**, por el contrario, experimenta una ligera subida de la media de un 7,67 a un 7,73. La mediana se mantiene en un 9, mientras que los percentiles aumentan, el percentil 25 asciende de un 6,5 a un 8 y el percentil 75 de un 9 a un 10.

Instrumentos consensuados de las tres rondas

Los instrumentos que han ido aumentando progresivamente sus medias a lo largo de las tres rondas son los que se muestran a continuación:

Competencia	Instrumentos consensuados
Microgestión	Informes o indicadores de Calidad (IC)
	Valoración 360 Grados (V360)
Cliente Interno	Encuesta 360 Grados (E360 o V360)
	Valoración 360 Grados (V360)
	Auditoría de actas de sesiones y Presencia en Comisiones (AS)+ (Co)
	Asistencia a Comisiones y Sesiones (Co o Ses)
Cliente Externo	Encuesta 360 Grados (E360 o V360)
	Valoración 360 Grados (V360)
Competencias Específicas	Auditoría de Historias Clínicas (AH)

Tabla 25: Instrumentos consensuados de las tres rondas

Estudio de las tres rondas

Tras haber estudiado los resultados de las tres rondas, se analizan los Recorridos Intercuartílicos Relativos (RIR) de cada una de ellas para los instrumentos que tienen las medias más altas en cada competencia. La fórmula matemática de estos RIR es la siguiente:

$$\text{RIR} = ((Q3 - Q1) / Me) \times 100$$

A partir de este valor se calcula la variación de recorrido intercuartílico relativo, el cual mide la estabilidad de cada respuesta. Dicho valor se obtiene calculando la diferencia entre el recorrido intercuartílico relativo de dos rondas sucesivas. La fórmula matemática que permite calcular esta variación es:

$$\text{Variación RIR}_k / {}_{k-1} \text{RIR}_k - \text{RIR}_{k-1}$$

Cuando la diferencia en valor absoluto es inferior al 5%, se considera que hay consenso entre los expertos.

En este estudio se ha aplicado un porcentaje del 5%, basándose en otros métodos de inferencia estadística que miden dos o más variables, como pueden ser los casos del coeficiente de correlación de Pearson o la prueba de T de Student, en la que se busca un nivel de significación menor al 0,05.

Por cada bloque de competencias

Se realiza el análisis de las variaciones de los recorridos intercuartílicos relativos de cada uno de los instrumentos consensuados para cada competencia. En un primer momento, se compara la ronda primera con la segunda y ésta con la tercera, y posteriormente, se seleccionan los instrumentos que tienen un valor comprendido entre -5 y +5 para la variación existente entre la segunda y la tercera ronda. Los resultados que se han obtenido se muestran en la tabla siguiente:

Competencia	Instrumentos consensuados	Variación RIR	
		Ronda 1 vs Ronda 2	Ronda 2 vs Ronda 3
Microgestión	Informes o indicadores de Calidad (IC)	-4,41%	0,00%
	Valoración 360° (V360)	-12,50%	-16,18%
	Indicadores asistenciales (I)		
Cliente Interno	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	9,72%	-2,78%
	Valoración 360° (V360)	1,39%	-11,11%
	Observación por Pares (P)		
	Auditoría de actas de sesiones + Presencia en Comisiones (AS)+(Co)	7,14%	-2,68%
Cliente Externo	Encuesta 360 grados (E360 o V360)	1,39%	-2,78%
	Valoración 360° (V360)	-11,11%	-11,11%
	ECOE (ECOE)		
Competencias Específicas	Observación por Pares (P)		
	Auditoría de Historias Clínicas (AH)	-8,33%	11,11%

Los instrumentos que se van a estudiar por grupos de especialidades, es decir, aquéllos que presentan una variación RIR con valores comprendidos entre -5 y +5, son para cada competencia los siguientes:

Competencia	Instrumento
Microgestión	Informes o indicadores de Calidad (IC)
Cliente Interno	Encuesta 360 grados (E360 o V360)
	Auditoría de actas de sesiones + Presencia en Comisiones (AS)+(Co)
Cliente Externo	Encuesta 360 grados (E360 o V360)

Cabe destacar que para la Competencia Específica no se ha podido obtener ningún instrumento consensuado que responda al criterio de variación fijado.

Aunque se considera que las Auditorías de Historias Clínicas pueden ser el procedimiento más adecuado para evaluar las competencias de una manera global del facultativo especialista, hay que darse cuenta de la heterogeneidad de las especialidades de los profesionales sanitarios.

Por cada grupo de especialidades de expertos

En cada uno de los instrumentos señalados previamente se estudian las medias, las medianas y los percentiles 25 y 75 a lo largo de las tres rondas realizadas.

Competencias Generales: Microgestión

	Instrumento	Grupo	Rondas	Válidos	Perdidos	Media	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	25	75	Consenso si P25>o = 7 en las tres rondas
Competencias Generales de Microgestión	Informes o indicadores de Calidad	Grupo Quirúrgico	Ronda 1	4	0	7	7,5	2,16	4	9	4,75	8,75	P25<7
			Ronda 2	4	0	7,25	8	2,363	4	9	4,75	9	P25<7
			Ronda 3	4	0	5,25	5	4,924	1	10	1	9,75	P25<7
		Grupo Médico	Ronda 1	5	1	7,8	8	1,095	6	9	7	8,5	P25>7
			Ronda 2	5	1	8,4	9	0,894	7	9	7,5	9	P25>7
			Ronda 3	5	1	8,6	9	0,894	7	9	8	9	P25>7
		Grupo Centrales	Ronda 1	5	0	7	8	1,414	5	8	5,5	8	P25<7
			Ronda 2	5	0	6,8	8	2,683	3	9	4	9	P25<7
			Ronda 3	5	0	6,6	8	2,51	3	9	4	8,5	P25<7

Se considera que existe “consenso” cuando el percentil 25 es igual o superior a 7 en las tres rondas realizadas. Por este motivo, el instrumento más valorado para la competencia general de la **Microgestión**, que responde al grado de consenso fijado (+/-5 de Variación RIR entre la segunda y la tercera ronda) y que presenta una distribución en valores iguales o superiores a 7 en las tres rondas para el **grupo médico son los Informes o indicadores de calidad**.

Competencias Generales: Cliente interno

	Instrumento	Grupo	Rondas	Válidos	Perdidos	Media	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	25	75	Consenso si P25>0 = 7 en las tres rondas
Competencias Generales de Cliente Interno	Encuesta 360 grados	Grupo Quirúrgico	Ronda 1	4	0	8,25	8	0,5	8	9	8	8,75	P25>7
			Ronda 2	4	0	9	9	0	9	9	9	9	P25>7
			Ronda 3	4	0	9,75	10	0,5	9	10	9,25	10	P25>7
		Grupo Médico	Ronda 1	6	0	8,5	8	0,837	8	10	8	9,25	P25>7
			Ronda 2	6	0	8,83	9	0,408	8	9	8,75	9	P25>7
			Ronda 3	6	0	8,83	9	0,408	8	9	8,75	9	P25>7
		Grupo Centrales	Ronda 1	4	1	7	8	3,464	2	10	3,5	9,5	P25<7
			Ronda 2	4	1	7	8,5	3,367	2	9	3,5	9	P25<7
			Ronda 3	4	1	7	8,5	3,367	2	9	3,5	9	P25<7
	Auditoría de actas de sesiones + Presencia en Comisiones (AS)+(Co)	Grupo Quirúrgico	Ronda 1	4	0	4,5	5,5	2,38	1	6	2	6	P25<7
			Ronda 2	4	0	5	6	2,708	1	7	2,25	6,75	P25<7
			Ronda 3	4	0	5,25	6	2,986	1	8	2,25	7,5	P25<7
		Grupo Médico	Ronda 1	5	1	8	8	1,581	6	10	6,5	9,5	P25<7
			Ronda 2	5	1	7,8	7	1,304	7	10	7	9	P25=7
			Ronda 3	5	1	7,8	8	1,483	6	10	6,5	9	P25<7
		Grupo Centrales	Ronda 1	4	1	8	8	1,633	6	10	6,5	9,5	P25<7
			Ronda 2	4	1	8,5	8,5	1,291	7	10	7,25	9,75	P25>7
			Ronda 3	4	1	8,5	8,5	1,291	7	10	7,25	9,75	P25>7

Como se puede observar, el instrumento más valorado para la competencia general de **Cliente Interno**, que responde al grado de consenso fijado (+/-5 de Variación RIR entre la segunda y la tercera ronda) y que tiene una distribución en valores iguales o superiores a 7 en las tres rondas para el **grupo quirúrgico es la Encuesta 360 grados**.

Por su parte, el instrumento más valorado para la competencia general de **Cliente Interno**, que responde al grado de consenso fijado (+/-5 de Variación RIR entre la segunda y la tercera ronda) y que muestra una distribución en valores iguales o superiores a 7 en las tres rondas para el **grupo médico también es la Encuesta 360 grados**.

El resto de instrumentos para la competencia general de Cliente Interno no mantiene la distribución del percentil 25 igual o superior a 7 a lo largo de las tres rondas realizadas.

Competencias Generales: Cliente externo

	Instrumento	Grupo	Rondas	Válidos	Perdidos	Media	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	25	75	Consenso si P25>o = 7 en las tres rondas
Competencias Generales de Cliente Externo	Encuesta 360 grados	Grupo Quirúrgico	Ronda 1	4	0	8,25	8	0,5	8	9	8	8,75	P25>7
			Ronda 2	4	0	9	9	0	9	9	9	9	P25>7
			Ronda 3	4	0	9,75	10	0,5	9	10	9,25	10	P25>7
		Grupo Médico	Ronda 1	6	0	8,33	8	0,516	8	9	8	9	P25>7
			Ronda 2	6	0	8,67	9	0,516	8	9	8	9	P25>7
			Ronda 3	6	0	8,67	9	0,516	8	9	8	9	P25>7
		Grupo Centrales	Ronda 1	4	1	7,5	7	1,915	6	10	6	9,5	P25<7
			Ronda 2	4	1	7,75	8	1,258	6	9	6,5	8,75	P25<7
			Ronda 3	4	1	8	8,5	1,414	6	9	6,5	9	P25<7

Al igual que en la competencia general de Cliente Interno, el instrumento más valorado para la competencia general de **Cliente Externo**, que responde al grado de consenso fijado (+/-5 de Variación RIR entre la segunda y la tercera ronda) y que presenta una distribución en valores iguales o superiores a 7 en las tres rondas para el **grupo quirúrgico es la Encuesta 360 grados**.

De la misma manera, el instrumento más valorado para la competencia general de **Cliente Externo**, que responde al grado de consenso fijado (+/-5 de Variación RIR entre la segunda y la tercera ronda) y que tiene una distribución en valores iguales o superiores a 7 en las tres rondas para el **grupo médico es también la Encuesta 360 grados**.

Pruebas no paramétricas

Prueba de Friedman

El panel de expertos no se ha modificado a lo largo de todas las rondas que se han llevado a cabo. Es posible hacer un estudio global de todas las rondas, en el que se busquen diferencias en la mediana de la respuesta obtenida para cada instrumento en cada una de las correspondientes competencias. La prueba que se ha realizado se denomina **prueba de Friedman**. Este tipo de pruebas se utiliza cuando las variables no siguen una distribución normal, cuando se tienen pocos datos y cuando las variables son ordinales.

Este método consiste en ordenar los datos por filas o bloques, reemplazándolos por su respectivo orden. Al ordenarlos, se debe considerar la existencia de datos idénticos.

Con la prueba de Friedman se manifiesta que la **Encuesta 360 grados** ha demostrado diferencias estadísticamente significativas para las **competencias de Cliente Interno y Externo**.

La calidad de este estudio se define a través de la fiabilidad y la consistencia del mismo.

Coefficiente de confiabilidad de Cronbach

La metodología que se utilizó para llevar a cabo el análisis de la información consistió en determinar el coeficiente de confiabilidad de **Cronbach**, con el objetivo de delimitar tanto el grado de confiabilidad como la consistencia interna del cuestionario. Según el estudioso Ledesma (2002)¹⁸⁸ es el mejor método que se puede emplear cuando se utiliza un conjunto de ítems. Este coeficiente puede interpretarse como un coeficiente de correlación y

¹⁸⁸ Ledesma R., Molina I.G., Valero M.P. (2002), "Análisis de consistencia interna mediante Alpha de Cronbach: un programa basado en gráficas dinámicas", Psico-USF.

permite valorar el comportamiento individual de todos los elementos que componen una escala¹⁸⁹, tomando valores entre 0 y 1, expresando un grado mayor de confiabilidad a medida que se aproxima a la unidad.

Los valores que se sitúan por encima de 0,8 suelen considerarse meritorios y aquéllos que están por encima de 0,9, excelentes. Aunque no existe una sola posición indicativa sobre dicho coeficiente, sí existe coincidencia en cuanto a que el coeficiente alfa de Cronbach se usa con el fin de conocer la consistencia interna de una escala, es decir, la correlación entre los ítems.

La consistencia interna es considerada alta si se encuentra comprendida entre valores de 0,70 y 0,90.

Las estadísticas de fiabilidad en cada una de las rondas realizadas son las siguientes:

- Primera ronda: 0,929
- Segunda ronda: 0,919
- Tercera ronda: 0,905

Ante tales resultados y comprobando que los valores obtenidos están próximos a la unidad, se puede afirmar que **la fiabilidad es excelente**.

Asimismo, hay que añadir que el tamaño muestral no es lo suficientemente grande como para poder realizar un análisis factorial.

¹⁸⁹ Pardo, M. A., y Ruiz, D. (2002), "Guía para el análisis de datos", Madrid, McGraw-Hill/interamericana, España.

Estudio intercuartílico

El grado de dispersión de las respuestas obtenidas se puede medir a través del recorrido intercuartílico. Para esto, se calcula la variación del recorrido intercuartílico relativo, el cual mide la estabilidad grupal. Se ha llevado a cabo esta medición para el conjunto de los instrumentos que se evalúan en cada una de las competencias determinadas:

	Ronda 2 – Ronda 1	Ronda 3 – Ronda 2
Cliente Interno	-0,81%	-0,81%
Cliente Externo	0,00%	-0,95%
Específicas	0,38%	-1,54%
Microgestión	1,79%	0,00%

Como se puede observar en la tabla anterior, en conjunto se mantiene la dispersión a lo largo de las tres rondas efectuadas. Las variaciones del recorrido intercuartílico para el conjunto de los instrumentos no superan, en ninguno de los casos, el valor +/- 5% fijado previamente, lo que significa que se mantienen las respuestas con una distribución muy similar desde la primera ronda a la tercera.

Estabilidad de los resultados

Con el fin de mostrar la estabilidad de los resultados, se analiza el porcentaje de expertos que modifica su respuesta individual en cada ronda. Posteriormente, se calcula dicho porcentaje dividiendo el número de expertos que modifica su respuesta entre el número de expertos totales multiplicado por 100.

Los resultados muestran que un 2 % de los expertos modifica su respuesta entre la primera y la segunda ronda, mientras que un 3 % de ellos modifica su respuesta entre las rondas segunda y tercera.

Las respuestas sufren discretas modificaciones a lo largo de las tres rondas, lo que se puede considerar como estabilidad adecuada de los resultados.

Conclusiones

Atendiendo a los resultados obtenidos y a los métodos empleados para su consecución, se engloban en once puntos las conclusiones más destacadas:

1. Los expertos han agrupado las competencias de los facultativos especialistas en dos tipos:
 - Competencias Generales
 - Competencia Específica
2. Dentro de las competencias Generales se distinguen tres apartados:
 - Microgestión
 - Cliente Interno
 - Cliente Externo
3. El instrumento que ha tenido más puntuación de media a lo largo de las tres rondas ha sido la Encuesta 360 Grados.
4. En la primera ronda, las partes de la competencia General que han tenido más acuerdo han sido Cliente Interno y Cliente Externo, mostrándose así menos coincidencia en Microgestión.
5. Igualmente en la primera ronda, la competencia que ha presentado menos acuerdo ha sido la competencia Específica.
6. El grupo de especialistas que ha manifestado más acuerdo en la primera ronda ha sido el Quirúrgico.
7. Por otra parte, el grupo de expertos que menos acuerdo ha expresado en la primera ronda ha sido el grupo de Centrales.
8. Los instrumentos que han obtenido una media más alta en las diferentes competencias y que paulatinamente han ido aumentando su valor a lo largo de las tres rondas son:
 - En Microgestión: Informes o Indicadores de Calidad y Valoración 360 Grados.
 - En Cliente Interno: Encuesta 360 Grados, Valoración 360 Grados, Auditoría de Actas de Sesiones y presencia en Comisiones, y Asistencia a Comisiones y Sesiones.

- En Cliente Externo: Encuesta 360 Grados y Valoración 360 Grados.
 - En Competencia Específica: Auditoría de Historias Clínicas.
9. De entre todos los instrumentos, los que tienen una distribución más estable a lo largo de las tres rondas son los siguientes:
- En Microgestión: Informes o Indicadores de Calidad.
 - En Cliente Interno: Encuesta 360 Grados, Auditoría de Actas de Sesiones y presencia en Comisiones.
 - En Cliente Externo: Encuesta 360 Grados.
10. Dentro de los procedimientos más estables, aquéllos que tienen una distribución con un 75% de puntuación igual o superior a 7 en cada ronda y para cada grupo de especialistas son:
- En Grupo Quirúrgico: Encuesta 360 Grados para las competencias Generales de Cliente Interno y Cliente Externo.
 - En Grupo Médico: Informes o Indicadores de Calidad para la competencia General de Microgestión, y Encuesta 360 Grados para las competencias Generales de Cliente Interno y Cliente Externo.
11. Las competencias Generales de Cliente Interno y Externo tienen, en todo momento, procedimientos de medición muy similares.



Modelo propuesto

PROPUESTA DE UN MODELO DE EVALUACIÓN DEL FACULTATIVO ESPECIALISTA

A tenor de los resultados obtenidos en el estudio, cabe destacar, en primer lugar, el consenso de las áreas objeto de evaluación del especialista, basado en un modelo de competencias que están divididas a su vez en competencias generales y específicas, siendo las primeras distribuidas en tres secciones: Microgestión, Cliente Externo y Cliente Interno.

En cuanto a los procedimientos de evaluación más valorados por los expertos para estas áreas, hay que decir que existen diferencias según las áreas de evolución siendo los más puntuados en Microgestión la Memoria Auditada, los Indicadores de Calidad y los Indicadores Asistenciales, con una tendencia de consenso mayor hacia el primero de ellos, es decir, hacia la Memoria Auditada; tanto para las áreas de Cliente Externo como Interno los instrumentos más valorados son la Encuesta 360 grados, la Observación por Pares y la Valoración 360 grados, destacando con un mayor consenso la Encuesta y la Valoración 360 grados; finalmente en la evaluación de las Competencias Específicas los procedimientos más destacados son la Auditoría de Historias Clínicas y los Indicadores Clínicos.

En consecuencia, como procedimientos de evaluación de las competencias del facultativo especialista podrían citarse los siguientes: **Memoria Auditada, Encuesta 360 grados, Valoración 360 grados, Auditorías de Historias Clínicas e Indicadores Clínicos.**

Por otra parte, los procedimientos de evaluación más valorados en cada grupo de especialidad coinciden con los destacados anteriormente en el grupo quirúrgico y en el grupo médico, mientras que en el grupo de centrales no es posible establecer tendencias o conclusiones a causa de las disparidades observadas entre las especialidades que representan este grupo. Podría decirse que en cada uno de los diferentes ámbitos de evaluación se demandan ciertos procedimientos de carácter específico.

Para finalizar y tratando de ejemplificar algunas de las conclusiones de esta investigación, se podría afirmar que los procedimientos de evaluación de las competencias del facultativo especialista serían:

“Elaborar una Memoria Auditada con el fin de evaluar las competencias en Microgestión, cumplimentar una encuesta de 360 grados, junto con una recogida de Información de sus Pares y una Valoración de 360 grados de su trabajo, para evaluar las competencias respecto al Cliente Externo e Interno, y por último llevar a cabo Auditorías de las Historias Clínicas elaboradas por el interesado, completándolas con una evaluación de Indicadores Clínicos de su competencia específica.”

COMPETENCIA	PROCEDIMIENTOS CON LAS VALORACIONES MÁS ALTAS	PROCEDIMIENTOS MÁS ESTABLES	GRUPO DE ESPECIALIDADES CON P25 >6 = 7
MICROGESTIÓN	Informes o Indicadores de Calidad	Informes o Indicadores de Calidad	GRUPO MÉDICO
	Valoración 360 Grados		
	Indicadores asistenciales		
CLIENTE INTERNO	Encuesta de 360 Grados	Encuesta de 360 Grados	GRUPO QUIRÚRGICO Y MÉDICO
	Valoración 360 Grados		
	Observación por Pares		
	Auditoría de Actas de Sesiones más presencia en Comisiones	Auditoría de Actas de Sesiones mas presencia en Comisiones	
	Asistencia a Comisiones y Sesiones		
CLIENTE EXTERNO	Encuesta de 360 Grados	Encuesta de 360 Grados	GRUPO QUIRÚRGICO Y MÉDICO
	Valoración 360 Grados		
	ECO E		
COMPETENCIA ESPECÍFICA	Observación por Pares		
	Auditoría de Historias Clínicas		

Tabla 26: Propuesta del modelo de Evaluación del facultativo especialista



Anexos

ANEXO Nº 1: CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA EN CASTILLA Y LEÓN



ATENCIÓN PRIMARIA

- 1 Gerencia de Atención Primaria de Ávila
- 2 Gerencia de Atención Primaria de Burgos
- 3 Gerencia de Atención Primaria de León
- 4 Gerencia de Atención Primaria de Palencia
- 5 Gerencia de Atención Primaria de Ponferrada
- 6 Gerencia de Atención Primaria de Salamanca
- 7 Gerencia de Atención Primaria de Segovia
- 8 Gerencia de Atención Primaria de Soria
- 9 Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este
- 10 Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Oeste
- 11 Gerencia de Atención Primaria de Zamora

EMERGENCIAS

- ★ Emergencias Valladolid

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- 1 Complejo Asistencial de Ávila
- 2 Complejo Asistencial de Burgos
- 3 Hospital Santos Reyes (Aranda de Duero)
- 4 Hospital Santiago Apóstol (Miranda de Ebro)
- 5 Complejo Asistencial de León
- 6 Hospital El Bierzo (Ponferrada)
- 7 Complejo Asistencial de Palencia
- 8 Complejo Asistencial de Salamanca
- 9 Complejo Asistencial de Segovia
- 10 Complejo Asistencial de Soria
- 11 Hospital Clínico Valladolid
- 12 Hospital Río Hortega Valladolid
- 13 Hospital de Medina del Campo
- 14 Complejo Asistencial Zamora

ANEXO Nº 2: DENSIDAD DE POBLACIÓN EN CASTILLA Y LEÓN

La población de Castilla y León se sitúa en torno a los 2,5 millones de habitantes, lo que se traduce en una densidad media de 27 habitantes por kilómetro cuadrado. La explosión demográfica en esta Comunidad tuvo su máximo apogeo a comienzos del siglo XX, cuando sus recursos humanos representaban más del 12% del total de España, de manera que en 1950 la cifra alcanzó los 2,86 millones de personas.

Desde el año 1960 se pone de manifiesto una fortísima redistribución de la población en el territorio regional desde el medio rural a las capitales de provincia. A partir de 1991, el destino de la población que se mueve en el interior de la región no es ya principalmente las capitales de provincia, sino las localidades que se encuentran en la periferia de éstas. El crecimiento de estos núcleos se explica precisamente por esa cercanía a las principales ciudades, en un contexto de cambios en las preferencias residenciales de una parte de los ciudadanos.

Se halla, por tanto, una población repartida de forma desigual entre las nueve provincias que componen la Comunidad de Castilla y León. Esta distribución es pareja a la evolución particular de cada una de ellas, aunque se concentra especialmente en los núcleos urbanos. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística, la provincia de Valladolid es la de mayor número de habitantes, con 510.863, de los cuales 321.713 residen en la capital. Le siguen León, con 492.720, de los que 135.789 se concentran en la capital; Burgos, con un total de 356.437, censados 169.682 en la capital; Salamanca, con 350.984 en toda la provincia y 160.415 en la capital; Zamora, con 198.524 en la provincia y 65.646 en la capital; Palencia, con 173.990 y 81.207 respectivamente; Ávila, con 166.108 en toda la provincia y 52.417 en la capital; Segovia, con un total de 152.640, de los cuales 55.586 pertenecen a la capital; y finalmente Soria, con 91.652, de los que 35.769 viven en la capital.

Dentro de las provincias castellanas destacan las ciudades industriales

de Ponferrada (65.111), Miranda de Ebro (37.020) y Aranda de Duero (30.875), con gran concentración demográfica, como baluarte de la efervescencia económica de Castilla y León.

CIFRAS DE POBLACIÓN (habitantes)		
	Capital	Provincia
Valladolid	321.713	510.863
León	135.789	492.720
Burgos	169.682	356.437
Salamanca	160.415	350.984
Zamora	65.646	198.524
Palencia	81.207	173.990
Ávila	52.417	166.108
Segovia	55.586	152.640
Soria	35.769	91.652
Castilla y León		2.493.918

Tabla 27: Cifras de población en Castilla y León

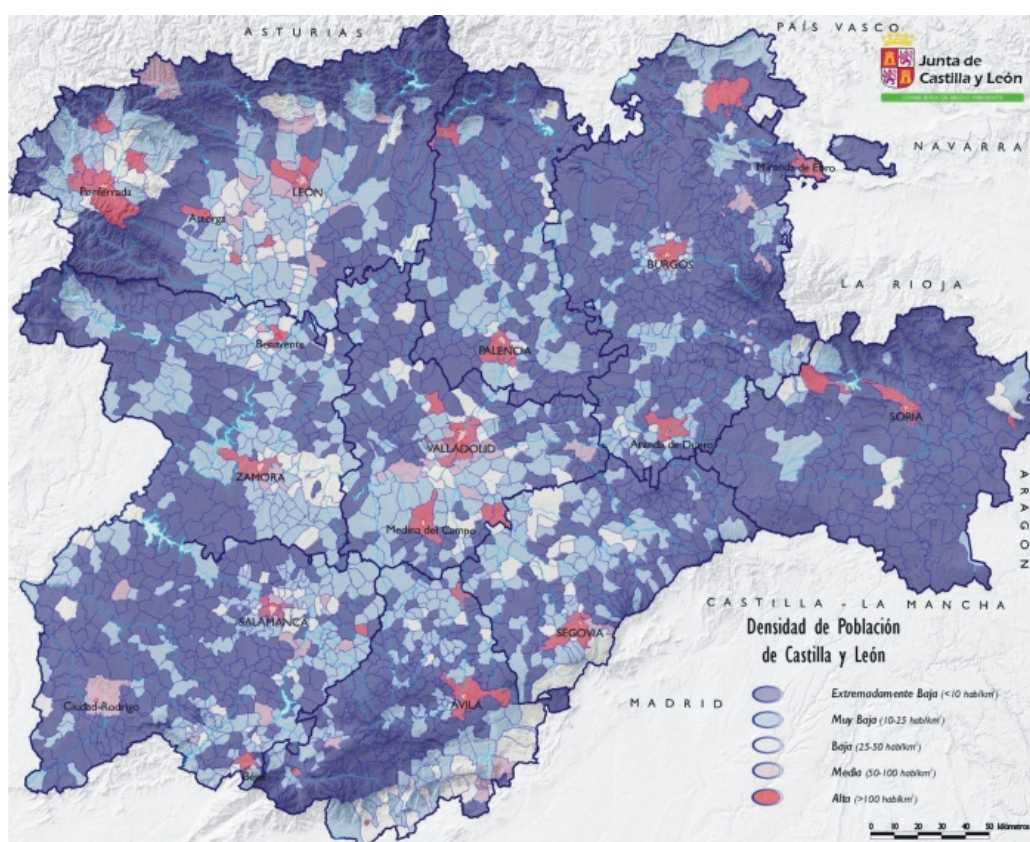


Ilustración 22: Mapa de la densidad de población en Castilla y León

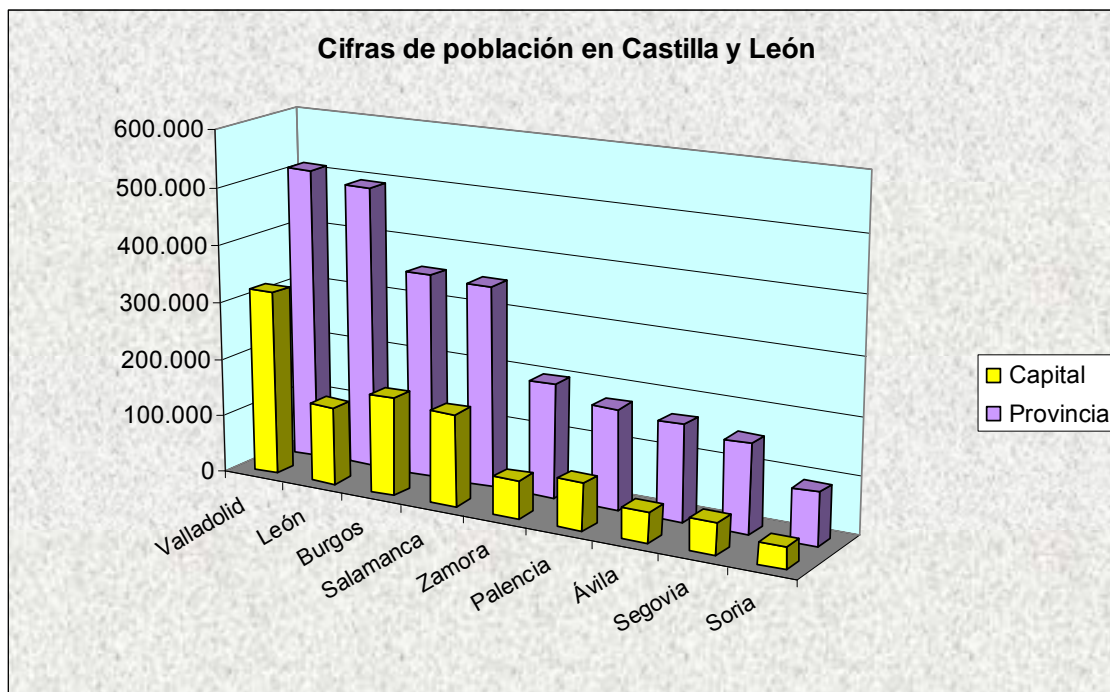


Ilustración 23: Cifras de población en Castilla y León

ANEXO Nº 3: CUESTIONARIO ESCALA LIKERT

Los datos que usted responda serán tratados de manera confidencial y anónima.

Responda a este cuestionario en el que han participado previamente grupos de facultativos de distintas especialidades.

Por favor, indíquenos su posicionamiento con respecto a las siguientes afirmaciones, señalando: **la puntuación de 1 indica muy desacuerdo para la evaluación de la competencia y el 10 indica muy de acuerdo para la evolución de la competencia. Siendo NC no sabe o no contesta.**

Están estructurados los grupos de competencias siguientes:

- **Competencias Generales:**
 - **Microgestión:** hace referencia a los recursos utilizados en la práctica clínica con un único fin, la calidad.
 - **Cliente externo:** es un usuario que contacta con el sistema de salud.
 - **Cliente interno:** es un profesional que forma parte del sistema de salud.
- **Competencias Específicas** de aspectos técnicos del entorno sanitario.

ESPECIALIDAD:

1. Evalúe el procedimiento que mide más adecuadamente la Microgestión.

Procedimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acreditación de actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acreditación de sesiones con pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acreditación de técnicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Análisis de documentos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Asistencia a comisiones y sesiones clínicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de consentimiento informado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de Historias Clínicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de informes de interconsulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de actas de sesiones y presencia en comisiones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de informes de alta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de protocolos quirúrgicos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de documentos de información al paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de definición de procesos diagnósticos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de bases de datos de pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de reclamaciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de hojas de tratamiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de planes de cuidados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de procesos diagnósticos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de protocolos de actuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Autoevaluación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Comparación por pares	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Diarios de aprendizaje	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ECO E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Encuesta 180 grados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Encuesta 360 grados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Encuesta de satisfacción del usuario	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Escala de evaluación global	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Examen de conocimientos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Incidentes críticos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Indicadores asistenciales individuales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Indicadores de citaciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Informe del jefe de servicio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Informe del responsable de citaciones y lista de espera	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Informes o indicadores de calidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Memoria anual del servicio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Memoria auditada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Método de evaluación por resultados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Método de frases descriptivas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Observación de la práctica en forma directa o a través de grabación de vídeos y datos administrativos relevantes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Observación estructurada de la práctica clínica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Observación por pares	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Opinión de otros miembros del equipo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pares auditores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Plan de trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Portafolio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Registro clínico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Registro de desempeño	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Revisión de decisiones clínicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sistemas de apoyo a decisiones clínicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Valoración 360 grados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Evalúe el procedimiento que mide más adecuadamente al Cliente Externo.

Procedimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acreditación de actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acreditación de sesiones con pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acreditación de técnicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Análisis de documentos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Asistencia a comisiones y sesiones clínicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de consentimiento informado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de Historias Clínicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de informes de interconsulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de actas de sesiones y presencia en comisiones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de informes de alta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de protocolos quirúrgicos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de documentos de información al paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de definición de procesos diagnósticos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de bases de datos de pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de reclamaciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de hojas de tratamiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de planes de cuidados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de procesos diagnósticos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de protocolos de actuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Autoevaluación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Comparación por pares	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Diarios de aprendizaje	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ECOE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Encuesta 180 grados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Encuesta 360 grados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Encuesta de satisfacción del usuario	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Escala de evaluación global	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Examen de conocimientos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Incidentes críticos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Indicadores asistenciales individuales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Indicadores de citaciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Informe del jefe de servicio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Informe del responsable de citaciones y lista de espera	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Informes o indicadores de calidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Memoria anual del servicio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Memoria auditada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Método de evaluación por resultados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Método de frases descriptivas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Observación de la práctica en forma directa o a través de grabación de vídeos y datos administrativos relevantes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Observación estructurada de la práctica clínica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Observación por pares	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Opinión de otros miembros del equipo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pares auditores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Plan de trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Portafolio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Registro clínico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Registro de desempeño	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Revisión de decisiones clínicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sistemas de apoyo a decisiones clínicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Valoración 360 grados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Evalúe el procedimiento que mide más adecuadamente al Cliente Interno.

Procedimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acreditación de actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acreditación de sesiones con pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acreditación de técnicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Análisis de documentos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Asistencia a comisiones y sesiones clínicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de consentimiento informado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de Historias Clínicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de informes de interconsulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de actas de sesiones y presencia en comisiones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de informes de alta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de protocolos quirúrgicos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de documentos de información al paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de definición de procesos diagnósticos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de bases de datos de pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de reclamaciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de hojas de tratamiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de planes de cuidados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de procesos diagnósticos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de protocolos de actuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Autoevaluación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Comparación por pares	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Diarios de aprendizaje	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ECOE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Encuesta 180 grados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Encuesta 360 grados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Encuesta de satisfacción del usuario	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Escala de evaluación global	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Examen de conocimientos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Incidentes críticos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Indicadores asistenciales individuales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Indicadores de citaciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Informe del jefe de servicio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Informe del responsable de citaciones y lista de espera	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Informes o indicadores de calidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Memoria anual del servicio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Memoria auditada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Método de evaluación por resultados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Método de frases descriptivas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Observación de la práctica en forma directa o a través de grabación de vídeos y datos administrativos relevantes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Observación estructurada de la práctica clínica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Observación por pares	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Opinión de otros miembros del equipo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pares auditores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Plan de trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Portafolio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Registro clínico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Registro de desempeño	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Revisión de decisiones clínicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sistemas de apoyo a decisiones clínicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Valoración 360 grados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Evalúe el procedimiento que mide más adecuadamente las competencias Específicas.

Procedimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acreditación de actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acreditación de sesiones con pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acreditación de técnicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Análisis de documentos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Asistencia a comisiones y sesiones clínicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de consentimiento informado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de Historias Clínicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de informes de interconsulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de actas de sesiones y presencia en comisiones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de informes de alta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de protocolos quirúrgicos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de documentos de información al paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de definición de procesos diagnósticos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de bases de datos de pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de reclamaciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de hojas de tratamiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de planes de cuidados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de procesos diagnósticos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Auditoría de protocolos de actuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Autoevaluación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Comparación por pares	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Diarios de aprendizaje	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ECOPE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Encuesta 180 grados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Encuesta 360 grados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Encuesta de satisfacción del usuario	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Escala de evaluación global	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Examen de conocimientos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Incidentes críticos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Indicadores asistenciales individuales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Indicadores de citaciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Informe del jefe de servicio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Informe del responsable de citaciones y lista de espera	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Informes o indicadores de calidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Memoria anual del servicio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Memoria auditada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Método de evaluación por resultados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Método de frases descriptivas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Observación de la práctica en forma directa o a través de grabación de vídeos y datos administrativos relevantes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Observación estructurada de la práctica clínica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Observación por pares	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Opinión de otros miembros del equipo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pares auditores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Plan de trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Portafolio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Registro clínico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Registro de desempeño	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Revisión de decisiones clínicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sistemas de apoyo a decisiones clínicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Valoración 360 grados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

1. **ACGME Outcome project.**

<http://www.acgme.org/outcome/project/glossary2.asp>, 21/07/03, pp.1-3.

2. **Adams, J. Stacey** (1963): "Toward an understanding of inequity", *Journal of Abnormal and Social Psychology*. Vol.67, pp 422-436.

3. **Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía** (2005): "Manual de competencias del médico/a de familia de Atención Primaria: Programa de acreditación de competencias profesionales del Sistema Sanitario de Andalucía", Sevilla.

4. **Agudelo, S.** (1993), "Certificación ocupacional. Manual didáctico", Montevideo: Cinterfor/ OIT.

5. **Alderfer, C** (1976): "Change processes in organizations, en *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, M. D. Dunnette, ed

6. **American Medical Association** (1982): "Future Directions for Medical Education. A Report of the Council on Medical Education", American Medical Association, Chicago.

7. **Ansorena Cao, Álvaro** (1996): "15 casos para la Selección de Personal con Éxito", Barcelona, Paidós Empresa.

8. **Arámbula M. Tesis** (2007), "Diseño de un instrumento de medición de competencias para evaluar la capacitación, la certificación y el desempeño en la administración pública". Universidad de Méjico.

9. **Arias Menéndez, E.** (2008): "La coordinación de los recursos humanos: un fantasma atraviesa España", Equipo Editorial de la Revista de Administración Sanitaria, Volumen 6, Número 1, Enero- Marzo 2008.

10. **Association of American Medical Colleges (AAMC)** (1984): "Physicians for the Twenty-First Century", Association of American Medical Colleges, Washington.

11. **Bando Casado, H.-C.** (2009): "Un compromiso con la sanidad: la promoción integral de la salud", Editorial Astellas Pharma, Madrid.

12. **Bañón y Martínez, R.** (2003), "La evaluación de la acción y de las políticas públicas", Ediciones Díaz de Santos, Madrid.

13. **Bertrand, O.,** (2000), "Evaluación y certificación de competencias y cualificaciones profesionales", OEI, Madrid.

14. **Bill Roberson, Ph.** (2006) "Observación de pares y evaluación de la enseñanza". The Center for Effective Teaching and Learning), Universidad de Texas en El Paso, 2006

15. **Bloch R, Bürgi H.** (2002): "A Swiss Catalogue of Learning Objectives. Medical Teacher", 24(2): 144-150.
16. **Boelen C., Bandaranayake R., Bouhuijs P.A.J., Page G.G. & Rothman AI.** (1992): "Towards the Assessment of Quality in Medical Education", WHO/HRH/92.7, Geneva.
17. **Boyatzis, R.** (1982): "The Competent Manager", N.Y. Wiley and Sons.
18. **Bueno, C.** (2006), "La certificación Profesional: Algunas reflexiones y cuestiones al debate", Programa Nacional de Formación Profesional de España, Universidad Autónoma de Barcelona.
19. **Bunk ,G.P.** (1994): "La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales de la RFA", Revista Europea de Formación Profesional, 1, 8-14.
20. **Calman, K.** (1995), "Review of guidance on doctors performance", London, Chief Medical Officer.
21. **Calva, J** (2006): "Elementos de la dirección de personal en bibliotecas: aspectos generales". Centro Universitario de investigación Bibliotecológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México.
22. **Callahan D.** (1998): "Medical education and the goals of medicine. Medical Teacher", 20 (2): 85-86.
23. **Campbell, D. & Pritchard, R.** (1976): "Motivation theory in industrial and organizational psychology". In M. D. Dunnette (Ed.), Handbook of industrial and organizational psychology. Chicago: Rand McNally.
24. **Campbell L.M., Murray T.S.** (1993): "Summative assessment of vocational trainees: results of a 3-year study", Br J Gen Pract, 46: 411-414.
25. **Campbell L.M., Sullivan, F. and Murray T.S.** (1995): "Videotaping of general practice consultations: effect on patient satisfaction", BMJ, 311-326.
26. **Carraccio C., Wolfsthal S., Englander R., Ferentz K., and Martin C.** (2002): "Shifting Paradigms: From Flexner to Competencies", Academic Medicine, 77: 361-367.
27. **Carrasco Prieto, A.L** (2007): "La evaluación de las competencias profesionales en medicina clínica." Fundación empresa Universidad de Granada Octubre de 2007.
28. **Carretero, Martínez, J.M:** (2005) "Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetiva estructurada (ECO E)". Educ. méd. v.8 supl.2, Barcelona, sep.
29. **Castejón Casado, M.** (1993), "La formación continuada del médico de atención primaria. Estudio en la Comunidad de Madrid", Tesis Doctoral, Madrid, Facultad de Medicina de la UAM.

30. **Castilla y León. Consejería de Presidencia y Administración Territorial**, (2004), "La evaluación de la Calidad. Adaptación del Modelo EFQM a la Administración de la Comunidad de Castilla y León".
31. **Castillo J.R.**, (1998): "Análisis del origen, situación y perspectivas de futuro del proceso de descentralización sanitario español". Rev. Española Salud Pública.
32. **Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales**. Base de datos de Cualificaciones. Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales. Base de datos de Cualificaciones. LEY ORGÁNICA 5/2002, de 19 de junio de las Cualificaciones y de la Formación Profesional (BOE del 20 de junio de 2002).
33. **Cinterfor/OIT** (2006). "La nueva Recomendación 195 de OIT. Desarrollo de los recursos humanos: educación, formación y aprendizaje permanente". Montevideo: CINTERFOR/OIT. Centro Interamericano para el desarrollo del conocimiento de F.P.
34. **Corominas Enric** (2001): "Competencias genéricas en la formación universitaria", N° 325, Madrid, pp. 299-321.
35. **Corominas, J.** (1987). "Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana". Madrid, Gredos.
36. **Cox K.** (1990): "No Oscar for OSCA", Med Educ, 24: 540-545.
37. **Csikszentmihalyi, M.** (1990): "*Flow: The Psychology of Optimal Experience*" (Flujo: La psicología de la experiencia óptima), New York, Harper & Row
38. **Cusimano M.D.** (1996): "Standard setting in Medical Education", Academic Medicine, 71(10 supplement):S112-S120.
39. **Deci, E., & Ryan, R.** (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. In R. Dienstbier (Ed.), *Perspectives on motivation*. Nebraska Symposium on Motivation. Lincoln: University of Nebraska Press
40. **Del cor,J & Borrell, F** (2003): Motivación. Gestión de atención primaria. Ocenet Administración de Empresas.
41. **De Miguel Díaz, M.** (2005), "Modalidades de enseñanza centradas en el desarrollo de las competencias", Universidad de Oviedo, Ministerio de Educación y Ciencia.
42. **Diccionario de Administración y Finanzas** (2006). Ocenet Administración de Empresas.
43. **Diccionario ilustrado Océano de la lengua española**. Barcelona. Océano. 2005

44. **Directiva europea 2021** [1]. 12 2004, 13781/2/04 REV 2, de 21 de Diciembre de 2004. art. 24.3.
45. **Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades** (BOE núm.307, de 24/12/2001)
46. **Dowaliby F.J., Andrew B.J.** (1976): "Relationships between clinical competence ratings and examination performance", *J Med Educ*, 51:181-188.
47. **Dubois,C., Mc Kee, M., and Nolte, E.** (2006): "Human Resources for Health in Europe", Open University Press, Inglaterra.
48. **Durante, E.** (2007): "La evaluación de la competencia profesional (certificación): de lo abstracto a lo contextual", *Editorial Evidencia en la práctica ambulatoria*, vol 8:2, 34-36.
49. **Edelstein D.R., Ruder H.J.** (1990): "Assessment of clinical skills using videotapes of the complete medical interview and physical examination", *Med Teacher*, 12: 155-162.
50. **Emily Reber, Arthur S. Reber** (1956): "A Dictionary of Psychology", Penguin Books.
51. **Examen profesional con el examen clínico objetivo estructurado.** *Revista de la Educación Superior* Vol. XXXIV (4), No. 136, Octubre-Diciembre de 2005, pp. 7-17, ISSN: 0185-2760, México, Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior.
52. **Feliú Salazar, Pedro y Rodríguez Trujillo, Nelson** (1994): "Manual del Curso Técnicas de Entrevista y Decisión de Selección", Caracas, Psico Consult.
53. **Ferrell B.G.** (1995): "Clinical performance assessment using standardised patients", *Fam Med*, 27: 14-19.
54. **Flanagan J.** (1954): "The critical incident technique", *Psychological Bulletin*, 51:327-58.
55. **Fletcher, Shirley** (1997): "Nuevas formas de evaluación y certificación", en *Competencia Laboral: antología de lecturas*. México: CONOCER.
56. **Fornells Vallés, J. M.** (2009): "La Evaluación en Educación Médica", Área de Formación Médica Postgraduada, Institut d'Estudis de la Salut, Generalitat de Catalunya. *Medwave*. Año IX, No. 1, Enero 2009.
57. **Friedman Ben-David, M.** (1999): "Assessment in outcome-based education", *Medical Teacher*, 21(1):23-25.
58. **Friedman Ben-David,M.** (2000): "Standard setting in student assessment", *Guide No 18, Medical Teacher*, 22(2):120-130.

59. **Fuertes, F y Fortea, M. A.** (2003): "La Motivación, la Identificación y el Compromiso con la Organización", En S. D. Quijano (Dir): Dirección de Recursos Humanos, Curso de Postgrado a distancia. Barcelona: Fundacio Les Heures. 2000b.
60. **García Roldán, J. L.**, (1999), "Calidad y su conocimiento en el Sistema Sanitario de Castilla y León", Revista de Investigación Económica y Social de Castilla y León, página 52.
61. **General Medical Council** (1993): "Tomorrow's Doctors. Recommendations on Undergraduate Medical Education", The Education Committee of the General Medical Council, London.
62. **Gil Flores, J.** (2007). "La evaluación de competencias Laborales". Facultad de Educación UNED. Educación XXI.
63. **Godlee F.** (1991): "RCGP-examining the exam", BMJ, 303: 325-328.
64. **González Maura, V.** (2004): "La Orientación profesional y Currículum Universitario: Una estrategia educativa para el desarrollo profesional y responsable", Laertes S.A.
65. **Gordon, T. J. and Helmer, O.** (1994), "Cross-Impact Method", AC/UNU Millennium Project, Futures Research Methodology.
66. **Grados, J. A.; Beutelspacher, O. y Castro, M. A.** (2006), "Calificación de méritos. Evaluación de competencias laborales", Sevilla: Trillas-Eduforma.
67. **Gronlund, N.E.** (1998): "Assessment of student achievement", Boston, Allyn and Bacon.
68. **Gupta, U. G. and Clarke, R. E.** (1996) Theory and applications of the Delphi technique: A bibliography (1975-1994). *Technological Forecasting and Social Change*, 53(2), 185-211.
69. **Gutiérrez Agudelo, M^a del Carmen** (2001): "La autoevaluación dentro del proceso de acreditación del programa de enfermería de la Universidad de la Sabana", Revista Aquichan ISSN 1657-5997, Año 1, n°1, Bogotá, Colombia, Octubre 2001.
70. **Hamilton J.D.** (1999): "Outcomes in medical education must be wide, long and deep", Medical Teacher, 21(2): 125-126.
71. **Harden R.M., Crosby J.R., and Davis M.H.** (1999): "An introduction to outcome-based education", Medical Teacher, 21(2):125-126.
72. **Harden R.M., Crosby J.R., Davis M.H., and Friedman, M.** (1999): "From competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes", AMEE Education Guide, N° 14: 37-45.
73. **Harden R.M., Gleeson F.A.** (1979): "Assessment of medical competence using an objective structured clinical examination", Med Educ,13: 39-54.

74. **Hays R.B., Jones B.F., Adkins P.B., and McKain P.J.** (1990): "Analysis of videotaped consultations to certify competence", *Med J Australia*, 152: 609- 611.
75. **Herzberg, F** (1967): "The motivation to work", John Wiley, Nueva York.
76. **Hojat M. et al.** (1968): "Is the glass half full or half empty? A re-examination of the associations between assessment measures during medical school and clinical competence after graduation", *Acad Med*, 68 (suppl. 2): S69-S76.
77. **Hooghiemstra, T.** (1992), "Gestión integrada de recursos humanos". En. A. Mitrani y otros (Coords.), "Las competencias: clave para una gestión integrada de los recursos humanos". Bilbao: Ediciones Deusto, 13-42.
78. **INEM** (1995): "Metodología para la ordenación de la Formación profesional ocupacional", Subdirección general de gestión de formación ocupacional. Madrid.
79. **Instituto Vasco de Cualificaciones y Formación profesional**,(2000), "Aprendizaje permanente: la clave del futuro", Comunidad Autónoma del País Vasco.
80. **Irigoin, M. y Vargas F.** (2002), "Competencia laboral: Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. Modulo 1", Cinterfor OPS. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Montevideo, Cinterfor/OIT
81. **Isanta, C. Piriz, R. Lamanca, X & Teba. R** (2003): "La comunicación y el proceso de motivación". Comunicación en las organizaciones. Ocenel Administración de Empresas.
82. **Jones R., Higgs R., Angelis C., and Prideaux D.** (2001): "Changing face of medical curricula", *The Lancet*, 357:699-703.
83. **Jones, T.V., Gerrity, M.S., and Earp, J.** (1990), "Written case simulations: Do they predict physicians behaviour?", *Journal of Clinical Epidemiology*, pp. 805-815.
84. **Keeney, S., Hasson, E. and McKenna, H.** (2001), "A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing", *International Journal of Nursing Studies*, 38,195-200.
85. **Koontz, H y Weihrich, H** (1996): "Elementos de Administración". Quinta edición. México D.F.: Editorial Mc Graw-Hill.
86. **Ladyshevsky R.** (1999): "Simulated patients and assessment. The literature on simulated patients suggests that they are a valid and reliable tool that can be used with confidence for the evaluation of clinical competence", *Medical Teacher*, 21(3):266-269.

87. **Landeta, J.** (2006), "Current validity of the Delphi method in social sciences", *Technological Fore-casting & Social Change*, 73, 467-482.
88. **Lawshe, C. H. and Balma, Michael J.** (1966): "Principles of personal testing", New York, Mc Graw-Hill.
89. **Ledesma R., Molina I.G., y Valero M.P.** (2002): "Análisis de consistencia interna mediante Alpha de Cronbach: un programa basado en gráficas dinámicas", *Psico-USF*.
90. **Ley 7/2000**, de 11 de julio de 2000, "Estadística de Castilla y León"
91. **Ley 15/1999**, de 13 de diciembre "Ley de Protección de Datos".
92. **Linstone, H. and Turoff M.** (1975): "The Delphi Method. Techniques and Applications", Addison Wesley publishing.
93. **Locke, E.** (1976): "De nature and causes of job satisfaction", in Dunnette, M. *Handbook of industrial and organizational psychology*, Rand-Mc Nally College, p. 1297-1349, Chicago, EE.UU.
94. **López, G.M., Sanz, P. y Berrocal, F.** (2005), "Perfiles de Competencias y necesidades de formación de los Agentes de Integración. IX Congreso Nacional de Psicología Social, A Coruña, 20-23 de Septiembre.
95. **Lynch D.C., Surdyck P.M., and Eiser A.R.** (2004): "Assesing professionalism: a review of the literature", *Medical Teacher*, 26(4): 366-374.
96. **Maceiras. L.** (2002), "Encuesta de Satisfacción de Usuarios", *Salud Pública Educ Salud*. Vol. 2, n. 1, pp. 28-33.
97. **Maderuelo Fernández, J.A.** (2002), "Gestión de calidad, Gestión de la calidad total. El modelo EFQM de excelencia", *Medifam 2002*, Vol 12, nº 10.
98. **Marcelo García, C.,** (2009): "Evaluación y modelos para la formación continua de los formadores", Marzo, 2009.
99. **Marina J. A.** (2000): "El vuelo de la inteligencia", Nuevas Ediciones de Bolsillo S.A.
100. **Martínez, C.** (1982): "Descripción del Método Delphi", Tesis de Ingeniero Comercial, Universidad de Chile.
101. **Martínez Carretero, J.M.** (2005): "Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetiva estructurada (ECOÉ)", *Educ. méd.*, v.8, supl.2, Barcelona.
102. **Martínez del Olmo, T.** (2003), "La evaluación de la calidad. Una perspectiva de los usuarios" en Bañón y Martínez, *La evaluación de la Acción y de las políticas públicas*, Madrid.

103. **Martínez Landeras, V.** (2007), “Los nefrólogos exigen una evaluación de las competencias profesionales del médico desde la finalización de su carrera”, en el XXXVII Congreso Nacional de la SEN, desde el 30 de septiembre al 2 de octubre, en Cádiz.
104. **Maslow, A** (1975): “Una teoría de la motivación humana”. Motivación y Personalidad. Barcelona Sagitario.
105. **Mateo, J.** (2000), “La evaluación educativa, su práctica y otras metáforas”, Barcelona: ICE Universidad de Barcelona
106. **McClelland, D.C.** (1973): “Testing for Competencies rather than intelligence”, *American Psychologist*, 28, 1-14.
107. **McClelland, D.C.** (1989): “*Estudio de la motivación humana*”. Narcea, D.L., Madrid.
108. **McGregor, D.** (2001). El factor humano en la empresa, Colección Gerencia Empresarial. Caracas: Ediciones Deusto
109. **Merle, V.** (1998), “Evolución de los sistemas de validación y certificación ¿Qué modelos son posibles y qué desafíos afronta el país francés?”, *Revista europea de formación profesional. CEDEFOP*, nº 12, pp 39-52.
110. **Meyrick, J.** (2003). The delphi method and health research. *Health Education*, 103 (1), 7-16
111. **Mintzberg, Henry** (1984): “La estructuración de las organizaciones”, Ariel, Barcelona.
112. **Miller, G.E.** (1990): “The assessment of clinical skills/competence/performance”, *Acad Med*, 65, Suppl 63-7.
113. **Ministerio de Sanidad y Consumo.** (2008): “Comparativa de instrumentos de evaluación de la competencia. Informes, estudios e investigación” Madrid, 2008, página 17.
114. **Moliner, María** (2000): "Diccionario del uso del español", Editorial Gredos, S.A.
115. **Muller S. Physicians for the Twenty first Century** (1984): “ The GAP Report. Report of the Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine”. *J Med Educ*, 1984 Nov, 59 (11 Pt. 2).
116. **Muñoz Echeverry, C. A.** (2004): “Análisis del desempeño: Nuevas tendencias en la llamada evaluación de personal”, *Pensamiento & Gestión*, 16, Universidad del Norte, 43-51.
117. **Murphy MK, Black NA, Lamping DL, McKee CM, Sanderson CF, Askham J, Marteau T** (1998): “Consensus development methods, and their use in clinical guideline development”^t. *Health Technol Assess*, 2:i-88.

118. **Norcini J.J. et al.** (1985): "Reliability, validity and efficiency of multiple choice question and patient management problem item formats in assessment of clinical competence", *Med Educ*, 19, 238-247.
119. **Okoli, C. and Pawlowski, S.** (2004), "The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications", *Information & Management*, 42, 15-29.
120. **Palés J., Cardellach F., Estrach M.T., Gomar C., Gual A., Pons F., and Bombi J.A.** (2004): "Defining the learning outcomes of graduates from the medical school at the University of Barcelona", Catalonia, Spain, *Medical Teacher*, 26(3), 239-243.
121. **Panamerican Federation of Associations of Medical Schools** (1990): "Medical Education in the Americas: Final Report of the EMA Project", PAFAMS, Caracas, 18.
122. **Pardo M. A., y Ruiz D.** (2002): "Guía para el análisis de datos", Madrid, McGrawHill/Interamericana, España.
123. **Peinado Herreros, J. M.** (2005): "Libro Blanco Titulación Medicina", Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas.
124. **Pernalet R** (2005): "La motivación en el trabajo" Creative commons
125. **Perry, Z. and Skiffngton, S.** (2002), "Guía completa de Coaching en el trabajo", Editorial Mc Graw- Hill Interamericana, España.
126. **Pieters H.M., Touw-Otten F.W., and De Melker R.A.** (1994): "Simulated patients in assessing consultation skills in general practice vocational training: a validity study", *Med Educ*, 28, 226-233.
127. **Powell, C.** (2003), "The Delphi technique: myths and realities", *Journal of Advanced Nursing*, 41, 4, 376-382.
128. **Prewitt, Edward** (1999): "Should you use 360° feedback for performance reviews?", *Harvard Management Update Article*, February 1999, p.48-49.
129. **Pringle M., Robins S., and Brown G.** (1984): "Assesing the consultation: Methods of observing trainees in general practice", *BMJ*, 288,1659-1660.
130. **Pshysicians for the Twenty-First Century.** (1984): "Report of The Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine". Association of American Medical Colleges. Washington D.C.
131. **Rigual Bonastre, R.** (2009): "La formación universitaria del futuro médico" ponencia de presentación en la jornada de calidad del 5 de junio de 2009.
132. **Real Academia Española;** Diccionario de la Lengua Española, vigésima segunda edición.

133. **Real Decreto 7646/1997**, de 31 de octubre, por el que se establece el certificado de profesionalidad de formación ocupacional
134. **Rentería-Pérez, Erico e Malvezzi** ,(2008): “Sigmar. Empleabilidad, cambios y exigencias psicosociales en el trabajo”. Univ. Psychol., ago. 2008, vol.7, no.2, p.319-334.
135. **Rethans J.J., Sturmans F., Drop R., and Van der Vleuten C.** (1991): “Assessment of the performance of general practitioners by the use of standardised (simulated) patients”, Br J Gen Pract, 41, 97-99.
136. **Rethans J.J., Drop R., Sturmans F., and Van der Vleuten C.** (1991): “A method of introducing standardised (simulated) patients into general practice consultations”, Br J Gen Pract, 41, 94-96.
137. **Revista Internacional Journal, Educación Médica**, (2004): “El Impacto del Programa Estándares Globales de la WFME”, Volumen 7, suplemento 2, Julio – Septiembre 2004
138. **Rodríguez Diéguez** (2009):”Perfiles docentes para el espacio europeo de educación superior (EEES) en el ámbito universitario español”, *Relieve*, v.15, n.1, 1-18.
139. **Ryan Murúa, Pablo** (2008): “Cómo y dónde se encuentra la profesión médica: Visión de un médico especialista en formación”, *Educ. méd.* [online]. [citado 2008-12-28], pp. 5-8. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132006000600002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1575-1813.
140. **Sánchez-Caro, J.** (2003), “La ley sobre autonomía del paciente y su repercusión en las Comunidades Autónomas”, *Rev Adm Sanit.*
141. **Sánchez Pedraza, R.** (2001): “Análisis de decisiones clínicas: estrategia práctica para la selección de la mejor alternativa en el manejo de pacientes”, Universidad Nacional de Colombia.
142. **Selltiz,C; Jahoda,M; Deutsh,M; Cook, S.W** (1965): “Métodos de Investigación en las relaciones sociales”. Ediciones Rialp S.A. Madrid
143. **Serret Moreno-Gil, Jaime**, (1998), “Procedimientos estadísticos con statgraphics”, *ESIC*, p. 71.
144. **Servicio Andaluz de Salud** (2000):“Manual de indicadores de actividad y calidad para urgencias y emergencias sanitarias”, Dirección General de Asistencia Sanitaria, Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Año 2000.
145. **Servicio Andaluz de Salud** (2007): “Prueba de evaluación de competencias de los procesos selectivos del SAS: Guía Orientativa”, Ed. Cep. Agosto, 2007. Stone S., Qualters D. *Course-based Assessment: Implementing Outcome Assessment in Medical Education*, Academic Medicine, 73, 397-401.

146. **Smith S.R., and Dollase R.** (1999): "Planning, implementing and evaluating a competency-based currículum", *Medical Teacher*, 21(1), 15-22.
147. **Solana, Rafael,** (2008): "Aplicación de un examen clínico objetivo estructurado (ECO) para la evaluación de las habilidades y competencias clínicas en la Licenciatura de Medicina", en *Memoria de las acciones desarrolladas. Proyectos de mejora de la calidad docente*. Vicerrectorado de planificación y calidad. X convocatoria (2008-2009)
148. **Scully G.** (1995): "Dealing with duffers", *Lancet*, 346, 720.
149. **Spencer, L. M.; Mccelland, D. C. and Spencer, S. M** (1992). "Competency Assessment Methods; History and State of the Art", Hay/McBer Research Press.
150. **Spencer, L.M. y Spencer, L.M.** (1993): "Competence and Work". New York. Wiley and Sons.
151. **Stone S., and Qualters D.** (1998): "Course-based Assessment: Implementing Outcome Assessment in Medical Education", *Academic Medicine*, 73, 397-401.
152. **The Executive Council, The World Federation for Medical Education** (1998): "International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools educational programmes. A WFME position paper", *Medical Education*, 32, 549-58.
153. **The Scottish Deans Medical Curriculum Group** (2002): "The Scottish doctor-learning outcomes for the medical undergraduate in Scotland: a foundation for competent and reflective practitioners", *Medical Teacher*, 24(2), 136-143.
154. **Troncon L.E.A., Dantas R.O., Figueiredo J.F.C., Ferriolli E., Moriguti J.C., Martinelli A.L.C., and Voltarelli, J.C.** (2000): "A standardized, structured long-case examination of clinical competence of senior medical students", *Medical Teacher*, 22(4), 380-385.
155. **UNESCO** (1998): "La Educación Superior en el Siglo XXI: Visión y Acción". Conferencia Mundial sobre la Educación Superior. París, 5-9 de octubre.
156. **Uton Muchtar, Rafei** (1996): "Medical education reform in South-East Asia: WHO perspectives", *Medical Education*, 30, 397-400.
157. **Van der Zanden, J. W.** (1986). *Manual de Psicología Social*. Buenos Aires: Paidós.
158. **Varela, J.** (2008): "El éxito parte del acuerdo entre clínicos y gestores", *Gaceta Médica*, del 1 al 7 de diciembre de 2008, año VI, N° 270, Ed. Contenidos e informaciones de salud S.L.

159. **Vargas, F.** (2001): "Las reglas cambiantes de la competitividad global en el nuevo milenio. Las competencias en el nuevo paradigma de la globalización", *Revista Iberoamericana de Educación*, OEI.
160. **Villar, L.** (1989): "Evaluación de la Conducta Docente y del Clima Psicosocial de Clase", en *Consideraciones Metodológicas sobre Evaluación y Mejora de la Docencia Universitaria. Informes de Investigación Evaluativa*, n°1, Valencia, Universitat de Valencia, pp. 31-50.
161. **Villardón, Lourdes y Yániz, Concepción** (2004): "El aprendizaje cooperativo y el nuevo concepto de evaluación", Universidad de Deusto, *Cuarta Jornada sobre Aprendizaje Cooperativo*, Universitat Politècnica de Catalunya.
162. **Vroom, V. y Decci, E (comp.)** (1999): "Motivación y alta dirección", Editorial Trillas, México, D.F.: Editorial Trillas
163. **Werther, William B.Jr.** (2000), "Administración de personal y recursos humanos", 5ta. Edición. Editorial Mc Graw-Hill.
164. **WFME** (2007): "Especificaciones europeas para los estándares globales en educación médica". *Educ. méd.(on line)*. 2007, vol,10, no.3.
165. **WFME Task Force on Defining International Standards in Basic Medical Education** (2000): "Report of the Working Party", Copenhagen, 14-16 October 1999, *Medical Education*, 34, 665-675.
166. **Williams, R.G. et al.** (1987): "Direct, standardized assessment of clinical competence", *Med Educ*, 21, 482-489.
167. **Wordruffe, Charles** (1993): "What is meant by a competency?", *Leadership and Organization. Development Journal*, Vol. 14, pp. 29-36.
168. **World Federation for Medical Education** (1988): "The Edinburgh Declaration", *Lancet*, 8068, 464.
169. **World Federation for Medical Education** (1994): "Proceedings of the World Summit on Medical Education", *Medical Education*, 28 (Suppl.1).
170. **Worthen, B. and Sanders, J.** (1988), "Educational Evaluation. Alternative Approaches and Practical Guidelines", New York, Longman.
171. **Yañez Gallardo,R, y Cuadra Olmos,R.** (2008), "La Técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud", *Ciencia y enfermería XIV* 9-15.

BIBLIOGRAFÍA WEB

1. <http://etimologias.dechile.net/?competencia>
2. Libro verde sobre el personal sanitario europeo. Bruselas. Pg 5
http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_es.pdf
3. Proyecciones demográficas nacionales en base a 2008, escenario de convergencia Eropop.
http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_es.pdf
4. [www.degerencia.com/articulo/equipo de trabajo y trabajo en equipo](http://www.degerencia.com/articulo/equipo_de_trabajo_y_trabajo_en_equipo).
Autor: [http:// www.degerencia.com/mariaescat](http://www.degerencia.com/mariaescat).
5. [www.degerencia.com/articulo/el equipo de trabajo como gestor del talento humano](http://www.degerencia.com/articulo/el_equipo_de_trabajo_como_gestor_del_talento_humano).
6. [www.degerencia.com/articulo/importancia del trabajo en equipo en la organización](http://www.degerencia.com/articulo/importancia_del_trabajo_en_equipo_en_la_organizacion)
7. [www.degerencia.com/articulo/procedimiento para desarrollar estudios mercados en organizaciones](http://www.degerencia.com/articulo/procedimiento_para_desarrollar_estudios_mercados_en_organizaciones)
8. [www.degerencia.com/articulo/cambios en paradigmas empresariales](http://www.degerencia.com/articulo/cambios_en_paradigmas_empresariales).
Retos para la gerencia.
9. [www.degerencia.com/articulo/la comunicacion y el trabajo en equipo](http://www.degerencia.com/articulo/la_comunicacion_y_el_trabajo_en_equipo).
10. [www.degerencia.com/articulo/superando la resistencia al cambio](http://www.degerencia.com/articulo/superando_la_resistencia_al_cambio).
11. www.aneca.es/modal_eval/conver_docs_titulos.html
12. www.rrhh-web.com “Gestión integrada de recursos humanos basados en competencias”
13. “Movilidad de médicos en Europa y gestión de los servicios sanitarios”, Miguel Ángel García. Coordinador de Estudios. Fundación CESM. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/201>
14. Artículo de Internet. Noticias del Mundo- Europa.
<http://www.lukor.com/not-mun/europa/0412/09095622.htm>, 9 Diciembre 2004.
15. World Federation for Medical Education (WFME), “Global Standards Programme”, 2007. <http://www.wfme.org>, (accessed 10 May 2007).
16. MEDINE. The Thematic Network on Medical Education in Europe, 2007. <http://www.bris.ac.uk/medine>, (accessed 10 May 2007).

17. Academic Medicine, 1995, 70, Suppl. European, "Specifications for WFME global standards for quality improvement in Medical Education", (October 2007)
http://www2.sund.ku.dk/WFME%20Europæiske%20Specifikationer%20til%20WFME%20Global%20Standards_200807.pdf
18. http://www.medicinaysalud.unam.mx/seam2k1/2006/oct_01_ponencia.html. Seminario el Ejercicio Actual de la Medicina, "Competencia profesional y competencia clínica" (16/01/2009)
19. "Especificaciones europeas para los estándares globales en educación médica: WFME", 2007. Educ. méd. [online]. vol. 10, no. 3 [citado 2009-01-02], pp. 197-197. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132007000400010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1575-1813.
20. <http://www.med.uva.es/documentos/libro-blanco.pdf>
21. http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_es.htm
22. www.nhsemployers.org Libro verde sobre el personal sanitario europeo
23. http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_es.pdf
Libro verde sobre el personal sanitario europeo. Pg 7.
24. <http://www.acgme.org/outcome/project/glossary2.asp>, 21/07/03, pp. 1-3
25. <http://tecnologiaedu.us.es/formaytrabajo/Documentos/lin3ruiz.pdf>
26. http://www.dw-world.de/dw/article/0,,2256404_page_2,00.html
27. <http://tecnologiaedu.us.es/formaytrabajo/Documentos/lin3ruiz.pdf>
28. http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/profesion/es/desarrollo/1021404.html
29. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132003000300009&script=sci_arttext
30. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132005000600002&script=sci_arttext
31. <http://www.moyano.org.ar/UBA/Internado%20Anual%20Rotatorio/Programa%20de%20Rotaci%F3n%20Anual.htm>
32. <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Temas/3702>
33. http://www.acceso.com/display_release.html?id=39356
34. www.peatom.info/salud/113936/el-sacyl-se-acerca-al-notable



Glosario y relaciones

GLOSARIO

ACGME:	Acreditation Council of Graduate Medical Education de Norteamérica.
ACI:	Auditoría de consentimiento informado.
ACCME:	Accreditation Council for Continuing Medical Education.
Adgco:	Auditoría de definición de procesos diagnósticos.
AH:	Auditoría de Historias Clínicas.
AI:	Auditoría de informes de interconsulta.
AIA:	Auditoría de Informes de Alta.
AISNA:	Administración Institucional de la Sanidad Nacional.
Alpaca:	Auditorías de documentos de información al paciente.
AMSE:	Asociación de Facultades de Medicina en Europa.
AS:	Auditoría de actas de sesiones.
AQ:	Auditoría de protocolos Quirúrgicos.
AR:	Auditoría de reclamaciones.
Bdatos:	Auditoría de base de datos de pacientes.
CC.AA:	Comunidades Autónomas.
CP:	Competencias.
CPD:	Continuing Professional Development (Desarrollo Profesional Continuo)
CPr:	Carrera profesional.
DAFO:	Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades.
DPC:	Desarrollo Profesional Continuo.
EACCME:	Consejo Europeo de Acreditación para la Educación Médica Continuada.
ECOE:	Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada.
ECHI:	European Community Health Indicators.
ECTS:	European Credit Transfer System.
EFQM:	European Foundation for Quality Management.
FMC:	Formación Médica Continuada.
GPEP:	Report of the Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine.
ICHA:	International Classification for Health Accounts.

LOPS:	Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias.
MEDINE:	Medical Education in Europe.
MIR:	Médico Interno Residente.
OCDE:	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.
OSCE:	Objective Structured Clinical Examination.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
PIB:	Producto Interior Bruto.
U.E:	Unión Europea.
UEMS:	European Union of Medical Specialists.
UEMO:	European Union of General Practitioners.
SEAFORMEC:	Sello de acreditación de formación médica continua.
semFYC:	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
semG:	Sociedad Española de Medicina General.
Semergen:	Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.
SHA:	System of Health Accounts.
SNS:	Sistema Nacional de Salud.
SSCC:	Sociedad Científica.
TIC:	Tecnologías de la Información y la Comunicación.
WFME:	World Federation for Medical Education.

RELACIÓN DE TABLAS

Tabla 1

Clasificación de las competencias laborales genéricas (Spencer y Spencer, 1992).

Tabla 2

Competencias generales según el puesto ocupado (Hooghiemstra 1992).

Tabla 3

Resumen de los apartados que componen las competencias.

Tabla 4

Planificación del desempeño según Gil Flores.

Tabla 5

Diferencias entre compensaciones tradicionales y compensaciones actuales.

Tabla 6

Instrumentos de medición para la competencia sanitaria.

Tabla 7

Agentes implicados en el proceso de evaluación 360°.

Tabla 8

Propiedades de algunos instrumentos de evaluación de la práctica profesional.

Tabla 9

Modalidades de las competencias profesionales básicas del titulado universitario.

Tabla 10

Oferta de plazas en Medicina de las Universidades Españolas.

Tabla 11

Evolución de las notas de corte de las universidades españolas periodo 2001/2009

Tabla 12

Evolución de admitidos por Comunidades Autónomas en plazas MIR.

Tabla 13

Distribución de los países con más Facultades de Medicina por población.

Tabla 14

Plazas ofertadas en Medicina en las Facultades de Castilla y León para el curso 2009/2010.

Tabla 15

Distribución plazas MIR y EIR por especialidades.

Tabla 16

Número de MIR en Castilla y León por centros años 2009/2010

Tabla 17

Pruebas escritas.

Tabla 18

Pruebas de actuación clínica.

Tabla 19

Características de la evaluación formativa y sumativa.

Tabla 20

Comparativa entre evaluación formativa y evaluación sumativa.

Tabla 21

Actividades formativa en 2008 en Castilla y León

Tabla 22

Distribución de formación Continuada por actividades, ediciones, personal y horas por Gerencias.

Tabla 23

Distribución de formación Continuada por cursos, interconsultas, sesiones y rotaciones por Gerencias.

Tabla 24

Distribución de los expertos según los grupos de especialidades.

Tabla 25

Instrumentos consensuados de las tres rondas.I

Tabla 26

Propuesta del modelo de evaluación del facultativo especialista.

Tabla 27

Cifras de población en Castilla y León

RELACIÓN DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1

Definiciones complementarias a los elementos de competencia.

Ilustración 2

Pirámide de Miller de las competencias.

Ilustración 3

Esquema del “flujo” según Mihaly Csikszentmihalyi.

Ilustración 4

Competencias horizontales y verticales.

Ilustración 5

Proceso de evaluación de competencias.

Ilustración 6

Estructura de seguimiento de calidad de la evaluación de competencias.

Ilustración 7

Pirámide de Miller.

Ilustración 8

Competencias genéricas en pregrado.

Ilustración 9

Evolución de la oferta de MIR y EIR en Castilla y León.

Ilustración 10

Visión gráfica de la evaluación formativa.

Ilustración 11

Gráfica de distribución de las actividades formativas en Castilla y León.

Ilustración 12

Distribución de participantes en FC por Gerencias.

Ilustración 13

Distribución de participantes por tipo de actividad.

Ilustración 14

Gráfica de distribución de participantes por Gerencia.

Ilustración 15

Distribución de participantes en acciones formativas.

Ilustración 16

Gráfica del ciclo PDCA.

Ilustración 17

Gráfica del modelo EFQM.

Ilustración 18

Fases de una metodología Delphi.

Ilustración 19

Esquema general del Estudio.

Ilustración 20

Esquema por rondas.

Ilustración 21

Explicación de las distintas etapas.

Ilustración 22:

Mapa de la densidad de población en Castilla y León

Ilustración 23:

Cifras de población en Castilla y León

