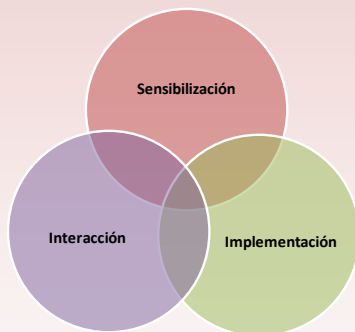


PROYECTO DE INNOVACION PEDAGOGICA

GESTAP

A la Gestión Clínica por la Investigación Participativa



Manuel Amezcua, Teresa Campos García (dirección)
Sandra M. Hernández Zambrano, Susana Rodríguez Gómez
(coordinación)



Fundación Index para la
Investigación en Cuidados de
Salud



JUNTA DE ANDALUCÍA

Servicio de Desarrollo Profesional y
Formación, Dirección General de
Calidad, Investigación y Gestión del
Conocimiento. Consejería de Salud

MONOGRAFÍAS

GESTAP

A la Gestión Clínica por la Investigación Participativa

Dirección

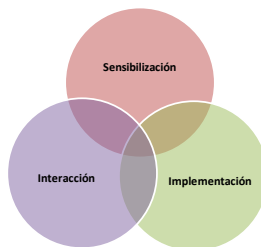
Manuel Amezcua, Teresa Campos García

Coordinación

Sandra M. Hernández Zambrano, Susana Rodríguez Gómez

Grupo IAP

Mercedes Rueda Lizana
Manuela Soriano Blanco
Marta Requena Albiñana
Juan José Gómez Doblás
José María Ponce González
Isabel Lara Gallego
Gádor Ramos Bosquet
Fernando Moreno Fernández
Angel Valcárcel Marín



SERIE
MONOGRAFÍAS

Coordinación editorial
Manuel Amezcua

Primera edición, 2014

© Los autores: Manuel Amezcua, Teresa Campos García, Sandra M. Hernández Zambrano, Susana Rodríguez Gómez

© Los editores: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y
Fundación Index

Apartado de correos nº 734

18080 Granada, España

Tel-fax: +34 958-293304

secretaria@ciberindex.com

www.index-f.com

Todos los derechos reservados

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella, mediante venta, alquiler o préstamo público.

Composición y diseño: Index

ISBN: 84-697-2130-5



GESTAP es un Proyecto de Innovación Pedagógica, realizado por la Fundación Index, con la financiación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2011-2012

Sumario

I. INTRODUCCIÓN	7
II. OBJETIVOS	12
III. METODOLOGÍA	14
1. Sensibilización	14
2. Interacción	18
3. Modelización	20
IV. RESULTADOS	21
a) Fase de sensibilización	21
Predominio de un organizacional jerárquico	23
El trabajo en equipo	25
La educación interprofesional (EIP)	25
Investigación acción participativa como metodología de reflexión y transformación	27
De la Reflexión a la Acción	28
Los profesionales como protagonistas de la transformación de las UGC	29
b) Fase de interacción	32
Caracterización general de los participantes	32
Análisis intragrupo	35
Análisis intergrupo	40
c) Fase de modelización	42

Definición de competencias	43
Plan de formación por competencias	45
Las metodologías participativas como estrategias didácticas para la formación de profesionales sanitarios	49
V. EL MODELO “SIIMPLE” PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN ESTILO DE GESTIÓN PARTICIPATIVO EN LAS UGC	55
Sensibilización	57
Interacción	58
Implementación	62
VI. DISCUSION	63
Conclusiones	78
Implicaciones prácticas y continuidad	81
VII. BIBLIOGRAFIA	85
ANEXOS	
1. Mapa de Estrategias GESTAP	93
2. Plan de Formación Basado en Competencias GESTAP	109

I. INTRODUCCIÓN

El Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) ha optado como modelo organizativo por la **Gestión Clínica**, cuyas Unidades se configuran en torno a equipos de profesionales de diversas disciplinas con la finalidad de prestar una atención sanitaria de calidad. En el momento actual este modelo organizativo se ha extendido a la totalidad de la red y se constituye en la base para el funcionamiento efectivo de las unidades y dentro de éstas, de los profesionales del SSPA, para la atención a la ciudadanía.

El SSPA por tanto el escenario para promover los cambios necesarios para adecuar, adaptar o mejorar una respuesta de calidad a las necesidades de salud en las condiciones y el contexto actual, donde profesionales cualificados que saben autogestionarse ante procesos de crisis deben tomar el protagonismo.

La mayoría de los planes de implantación de las estrategias de cambio promovidas por el SSPA, se basan en programas de formación e información, más o menos extensos, dirigidos a profesionales, directivos y ciudadanos. Una formación adecuada y adaptada con el modelo de gestión de recursos humanos de la organización, se considera como una de las principales herramientas, junto con los cambios organizativos y la incorporación de fórmulas de motivación profesional, para la implantación de nuevas estrategias.

En los últimos años el SSPA ha hecho un importante esfuerzo para la mejora de la calidad de la formación, prueba de ello ha sido la publicación en 2009 del Plan Estratégico de Formación Integral y el desarrollo en el marco del mismo de un Modelo de Formación Continua y un Programa Integral de Acreditación de la Formación para profesionales del SSPA, con el objetivo de asegurar el impacto de las actividades formativas, sobre todo, en la implantación de los planes e innovaciones puestos en marcha.

Es precisamente en el contexto del Plan Estratégico de Formación Integral y como desarrollo de algunos de sus proyectos estratégicos: Proyecto 9 “Red de expertos en formación y evaluación de competencias”, proyecto 10 “Formación de directivos y directores de Uni-

dades de Gestión Clínica” y proyecto 14 “Impulso de la formación como elemento estratégico del SSPA”, donde se inicia esta propuesta metodológica que define la creación de un modelo de gestión de cambios en el SSPA basado en la participación de los profesionales y de aplicación en el ámbito de la gestión clínica. En el contexto actual de crisis de los sistemas sanitarios públicos, este modelo de gestión del cambio puede constituir una herramienta metodológica que permitirá la generación de las alianzas necesarias entre la organización, los profesionales y la ciudadanía para poder gestionar el proceso de crisis en que estamos inmersos.

Dentro de las metodologías didácticas empleadas para motivar procesos de cambio, la **Investigación-Acción Participativa** (IAP) es una de las que tradicionalmente se han empleado en el caso de procesos de transformación social. En nuestro ámbito ya existen experiencias de utilización de la IAP para generar cambios en nuestro Sistema Sanitario y sobre todo se han empleado en aquellas áreas en las que las metodologías tradicionales no han tenido éxito y en las que se requieren cambios organizacionales más importantes, o cuando se ponen en juego valores y creencias arraigados entre los profesionales, constituyendo la IAP un instrumento básico para posibilitar cambios basados en el consenso, en el contexto actual.

Tomando como base de la metodología IAP, este proyecto plantea la definición de una estrategia formativa que sustente la creación de un modelo de gestión de cambios en el SSPA, mediante un estilo de liderazgo propio basado en la participación. La conducción participativa de los profesionales dentro de las UGC podrá provocar respuestas a las necesidades en salud de la ciudadanía, generadas desde la motivación, el compromiso y el consenso. Por tanto y dentro del modelo de gestión por competencias, este proyecto, desarrollado en sus contenidos y propuestas por profesionales de nuestro sistema sanitario, contempla este instrumento (la IAP) como una herramienta utilizada por los líderes para la consecución de cambios basados en el consenso. Conocer e implementar la IAP debería ser una competencia de los cargos intermedios comprendida en su mapa competencial, puesto que fomenta el trabajo en equipo y puede dirigir a los componentes del mismo de una forma individual o grupal a la autoevaluación competencial y a la propuesta de estrategias para la mejora. Eso significa que este instrumento viene a complementar otras iniciativas donde se promueven la participación profesional, ya en funcionamiento en nuestro sistema sanitario para el desarrollo competencial de los profesionales. Entre ellas destaca el diseño y la implantación de la aplicación para la Gestión de Planes de Desarrollo Individual (GPDI) que permite la configuración de pla-

nes adaptados y personalizados de formación para cada profesional a partir de mapas competenciales consensuados.

En definitiva y en la realidad cotidiana de los profesionales dentro de las UGC, el proyecto GESTAP va a ofrecer una oportunidad para trabajar con los "Líderes de las UGC" en una estrategia de gestión de la crisis actual, reforzando su papel como líder participativo y devolviéndoles el protagonismo, para que sean los profesionales los que se replanteen y propongan los objetivos a alcanzar en cada unidad, así como la forma de alcanzarlos y evaluarlos, en un proceso de autogestión organizado y liderado por el responsable de la unidad y en base a los recursos existentes. Para ello se ha diseñado una estrategia formativa donde se utiliza la IAP, de manos de los responsables de UGC, para gestionar junto a sus profesionales una respuesta consensuada y adaptada a las condiciones y el contexto actual.

El resultado esperado es un cambio de Modelo de liderazgo: Liderazgo Participativo, que posibilite definir un mapa de estrategias consensuadas en la UGC para gestionar y organizar los objetivos de la Unidad y la interacción y relación interpersonal en la situación actual.

II. OBJETIVOS

a) General

Desarrollar, a partir del análisis de las distintas experiencias que se han puesto en marcha utilizando la IAP y otras metodologías participativas, una propuesta metodológica con posibilidades de aplicación al ámbito de la Gestión Clínica, con énfasis en la formación de los profesionales que las integran para que incorporen metodologías participativas en su quehacer cotidiano, que permita la creación de alianzas y de autogestión de los procesos de crisis.

b) Específicos

-Conocer la percepción de los profesionales involucrados en la Gestión Clínica sobre las posibilidades de participación en los procesos de trabajo y organización de las **Unidades de Gestión Clínica** (UGC).

-Identificar los puntos críticos que favorecen el trabajo cooperativo en las UGC.

-Identificar y comprender las estrategias formativas para el desarrollo profesional en la Gestión Clínica del SSPA.

III. METODOLOGÍA

Para ser coherentes con el modelo que se propuso, la metodología del proyecto GESTAP se articuló en torno a la lógica de la IAP, con algunas adaptaciones (figura 1). Las bases conceptuales que sustentaron el diseño metodológico fueron las propuestas por Fals Borda (1987) y Parker (1997) y de ellas emergieron tres fases que se convirtieron en los pilares de la arquitectura metodológica: sensibilización, interacción y modelización (figura 2).

1. Sensibilización

Incluyó la constitución de un equipo facilitador, el diseño y operativización de una plataforma digital y la revisión de literatura científica en el campo de la gestión clínica y la IAP. El equipo facilitador estuvo integrado por un grupo conductor y cinco grupos operativos. Se contó con profesionales del SSPA, que aportaron su visión desde diferentes perspectivas. Los grupos se establecieron a partir de los siguientes perfiles:

Figura 1
Arquitectura metodológica del Proyecto GESTAP

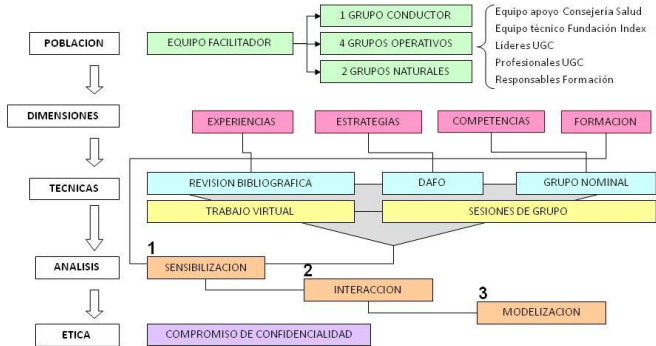
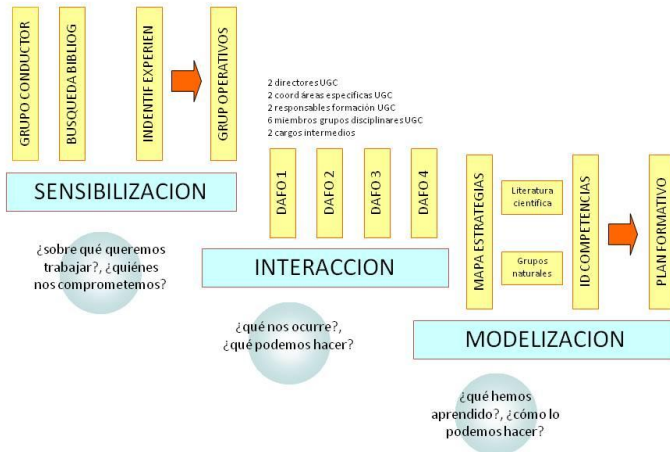


Figura 2
Las fases del Proyecto GESTAP



-Profesionales de unidades de apoyo a la gestión clínica, bien sea a nivel de servicios centrales del SAS o de la Consejería de Salud, o de otras organizaciones o estamentos involucrados, que pudieran aportar la visión de la organización sobre la gestión clínica.

-Profesionales de las UGC con responsabilidades de dirección o coordinación de actividades.

-Profesionales de las UGC en sus diferentes grupos disciplinares.

-Profesionales con responsabilidades en la organización de la formación continuada en centros con implantación de las UGC.

Entre los criterios de segmentación se tuvo en cuenta el género, el ámbito de trabajo (servicios de apoyo/atención especializada/APS), la provincia, y el grupo disciplinar.

Se establecieron como criterios de inclusión:

-Mostrar interés por el tema de trabajo.

- Disponibilidad para asistir a las reuniones de trabajo.
- Contribución regular al trabajo realizado por el grupo.
- Actitud crítica del funcionamiento y contenido del grupo.
- Buen nivel de manejo informático para trabajo en red.

La interacción con el equipo conductor se realizó a través de sesiones presenciales y no presenciales, para lo cual se diseñó una plataforma digital, alojada en el servidor de la Fundación Index para facilitar el trabajo virtual entre los miembros del grupo conductor. Todos los miembros del grupo pudieron acceder a la plataforma para consultar documentación de apoyo, cargar documentos, compartir e intercambiar información y relacionarse a través del foro virtual.

La recopilación de experiencias fue producto de una revisión de la literatura científica que hizo el equipo conductor. La técnica utilizada fue la revisión bibliográfica y el objetivo fue realizar una aproximación conceptual sobre liderazgo participativo aplicado al contexto de la organización sanitaria. Las BDD consultadas fueron PUBMED, CUIDEN, LILACS, COCHRANE y la Biblioteca Virtual del SSPA. Los descriptores utilizados para la búsqueda fueron “liderazgo parti-

“gestión clínica” e “investigación participativa” y como límite para la selección de los artículos se estableció que el periodo de publicación correspondiera a los últimos 10 años.

Búsqueda bibliográfica

Pregunta ¿Qué aparece publicado en la literatura científica sobre liderazgo participativo aplicado al contexto de la organización sanitaria?

Descriptor LIDERAZGO PARTICIPATIVO
GESTION CLINICA
INVESTIGACION PARTICIPATIVA
...

BDB PUBMED – CUIDEN – LILACS – COCHRANE ...
Biblioteca Virtual del SSPA

Límite 10 años

Comentario crítico 1. ¿Qué aspectos destacables se relacionan directa o indirectamente con el proyecto GESTAP?
2. ¿Cuál es el nivel de calidad del trabajo?
3. ¿Qué posibilidades de aplicación tiene al contexto del SSPA?

CONSEJERÍA DE SALUD
GESTAP
JUNTA DE ANDALUCÍA

FUNDACION INDEX

2. Interacción

En esta fase nos preguntamos ¿Qué nos ocurre? ¿Qué podemos hacer? ¿Cómo resolvemos nuestros problemas? Los participantes reflexionaron sobre su propia realidad y acordaron la mejor forma

de intervenirla, tomando conciencia de que en sus manos está la capacidad transformadora. Como lo que se buscó fue consensuar un mapa con las estrategias que consideraran más adecuadas para introducir un modelo de gestión participativa en la UGC, se utilizó como técnica de recolección de información el DAFO, por su dinámica participativa y porque de su aplicación se obtiene un conjunto de estrategias consensuadas que proporcionan ayuda en la toma de decisiones ante procesos de cambio organizacionales.

Los miembros del equipo conductor y de los grupos operativos aportaron información sobre el liderazgo participativo en UGC desde un doble punto de vista: perspectiva interna (análisis interno), a través de la identificación de debilidades y fortalezas; y perspectiva externa (análisis del entorno), a partir de la identificación de amenazas y oportunidades. Tras realizar la fase de identificación de condicionantes del DAFO se obtuvo una matriz que nos permitió identificar amenazas y oportunidades y determinar si ante ellas se encontraban fuertes o débiles, finalizando con el consenso en torno a un mapa de estrategias que posibilitan la introducción del cambio de modelo.

3. Modelización

Esta fase respondió a las preguntas ¿Qué hemos aprendido? ¿Cómo lo podemos hacer? A partir del mapa de estrategias consensuadas en esta fase se propone elaborar un plan formativo basado en competencias para los miembros de las UGC. Es a través de esta etapa de formación que los profesionales sanitarios adquieren los conocimientos, habilidades, actitudes y motivaciones para transformar un modelo de gestión centralizado y jerárquico hacia un modelo de gestión participativo.

Esta etapa se desarrolla con la participación del equipo conductor. Cada competencia se define de forma clara y completa dando sentido al contexto de cada estrategia, se identifican las buenas prácticas (comportamientos observables) y se proponen acciones formativas dirigidas a los miembros de las UGC. Para la identificación de competencias se tuvieron en cuenta cinco componentes: saber (conocimientos); saber hacer (habilidades); saber ser (actitudes), querer hacer (motivación) y poder hacer (aptitud profesional y medios) (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, S/a).

IV. RESULTADOS

a) Fase de sensibilización

En esta fase se constituyó el grupo conductor y cinco grupos operativos, que posteriormente se convocaron en la sede de la Consejería de Salud (Sevilla), el Hospital Ciudad de Jaén (Jaén), el Distrito Sevilla Sur (Alcalá de Guadaíra, Sevilla), el Hospital Universitario San Cecilio (Granada), el Hospital de Jerez de la Frontera (Jerez de la Frontera, Cádiz), y el Hospital Torrecárdenas (Almería). Participaron profesionales del SSPA de diversas disciplinas, ámbitos de trabajo y de todas las provincias andaluzas.

De la búsqueda bibliográfica se recopilaron inicialmente 97 documentos, de los cuales tras realizar una lectura a texto completo y en concordancia con el objetivo de la revisión, se seleccionaron 12 documentos. Este proceso de revisión se hizo de manera progresiva y continua durante las diferentes fases operativas del proyecto. La plataforma digital se utilizó como herramienta para consultar los

documentos recopilados e incluir nuevos documentos. De cada artículo seleccionado se realizó un comentario crítico que incluyó los aspectos destacables en relación directa o indirectamente con el proyecto, el nivel de calidad del trabajo y las posibilidades de aplicación al contexto del SSPA.

De los artículos seleccionados 5 son artículos teóricos, 2 estudios son cualitativos con Metodología de Investigación Participativa, 2 artículos de revisión documental, 1 protocolo clínico, 1 artículo de experiencias y 1 artículo de opinión. En cuanto a las temáticas se pueden abstraer dos grandes categorías: una referente a los procesos de gestión clínica en los sistemas sanitarios, que incluyó 6 artículos, y otra referente a la investigación acción participativa como metodología de reflexión y transformación, que incluyó otros 6 artículos. De estas grandes categorías se abordan las temáticas que se describen a continuación.

La Gestión Clínica en los sistemas sanitarios. Las cuatro temáticas identificadas fueron: Predominio de un modelo organizacional jerárquico, el liderazgo clínico, el trabajo en equipo, y la educación interprofesional (EIP).

Predominio de un modelo organizacional jerárquico

Para hablar de gestión sanitaria es importante comprender las características de los diferentes tipos de modelos de dirección que predominan en la organización. Como lo plantea Henry Mintzberg, uno de los expertos en gestión más reputados en el mundo, existen cinco modelos para organizar el gobierno: modelo de control como máquina, modelo de control de desempeño, modelo de gobierno como red, modelo de gobierno virtual y modelo de control normativo (Mintzberg, 2009).

Aunque el sistema sanitario español decide implantar un nuevo modelo de gestión de naturaleza participativa y descentralizada a través de las UGC “con autonomía suficiente para que los clínicos se responsabilicen de gestionar los recursos asignados a la unidad incrementando su eficiencia y mejoren la calidad de la asistencia mediante la gestión de los procesos” (Alcalde Escribano y cols., 2002), actualmente el modelo que predomina en las instituciones sanitarias se caracteriza por ser compartimental y jerárquico, las relaciones de poder que se establecen son verticales y existe excesiva dependencia de los miembros de la organización hacia los directivos,

que muchas veces son impuestos por la misma organización.

Frente a este modelo jerárquico de la organización, existen mecanismos de resistencia que surgen en los profesionales sanitarios que integran las UGC: el liderazgo clínico, el trabajo en equipo, la educación y el aprendizaje interprofesional.

El *liderazgo clínico* implica que las decisiones se tomen tras una valoración crítica. El líder debe considerar varias opciones, estudia las posibles oportunidades y trabaja sobre listas de objetivos. Además, utiliza un método prospectivo, estimula la participación y la implicación de los miembros del equipo y da forma a la cultura de la organización. Se aclara que el liderazgo siempre es emergente y personal, tiene un componente moral o ético en la forma de actuar y se trata de situar en el consenso (Llano Señarís y cols., 2010).

En las UGC, tanto la selección del líder como la gestión del liderazgo son imprescindibles para que se modifiquen estilos de trabajo en la organización más comprometidos y fundamentados en la participación de todo el equipo. El papel del líder puede motivar o desmotivar al equipo de trabajo, “en las organizaciones más grandes y burocráticas, su administración hace que el impacto del liderazgo dis-

minuya o hasta puede llegar a ser enemiga del mismo (por ejemplo el hospital como un todo)” (Llano Señarís y cols., 2010).

El trabajo en equipo

Es uno de los elementos indispensables en las UGC. Es desde allí que se comienza a potenciar la implicación y autonomía de todos los profesionales en la gestión de las instituciones sanitarias. Los profesionales de asistencia sanitaria y atención social, como médicos, enfermeros, fisioterapeutas y trabajadores sociales, necesitan trabajar juntos para atender de forma efectiva a los pacientes. Lamentablemente, los profesionales no siempre pueden trabajar bien juntos (Reeves y cols, 2008). Los programas de entrenamiento y educación han sido desarrollados como una manera posible de mejorar el modo en que los profesionales trabajan en equipo para atender a los pacientes y gestionar los servicios sanitarios.

La educación interprofesional (EIP)

Es cualquier tipo de sesión educativa, didáctica, de entrenamiento o de aprendizaje en la cual dos o más profesionales de asistencia sanitaria y atención social aprenden interactivamente (Reeves y cols.,

2008). Esta estrategia formativa que contribuye a potenciar las relaciones interpersonales entre los miembros de la UGC, podría hacer más dialógica la relación entre los profesionales sanitarios y los usuarios. Tanto el aprendizaje interprofesional como la práctica interprofesional son vistas como piedras angulares de la reforma del sistema de salud (Sin autor, 2007).

Los programas de formación continuada que generalmente son impartidos por la misma organización son fundamentales para que los profesionales sanitarios adquieran competencias en la gestión de los sistemas sanitarios. Si partimos además de que cada profesional cuenta con conocimientos, experiencias y competencias diferentes, es posible que se pueda compartir y construir nuevo conocimiento entre el equipo de trabajo de cada unidad.

Los beneficios del aprendizaje interprofesional y la práctica interprofesional contribuyen a la autonomía y cualificación de las UGC: mejora de la comunicación y confianza entre los grupos de profesionales sanitarios, habilidades colaborativas, reducción de las rivalidades profesionales, y mejores relaciones profesionales (Sin autor, 2007). El aprendizaje interprofesional contribuye a fomentar una cultura participativa y solidaria en las UGC.

Investigación-Acción Participativa como metodología de reflexión y transformación

Fueron dos las temáticas identificadas: de la reflexión a la acción y los profesionales como protagonistas de la transformación del modelo jerárquico de las UGC.

La IAP se ha empleado en aquellas áreas en las que las metodologías tradicionales no han tenido éxito y en las que se requieren cambios organizacionales más importantes, o cuando se ponen en juego valores y creencias arraigados entre los profesionales (Pereda y cols., 2003). De ahí que esta metodología de investigación podría potenciar procesos de transformación de cualquier organización y más cuando en ella existen modelos de dirección que persisten en el tiempo, y en las prácticas y comportamientos de los miembros de la organización.

Se destacan las líneas básicas de la investigación acción participativa: pasar de la relación sujeto-objeto a sujeto-sujeto; partir de las demandas o de las necesidades sentidas por los afectados, como condición necesaria para que sean los protagonistas principales del proceso; unir la reflexión a la acción; comprender la realidad social

como una totalidad completa y compleja a la vez y plantear el proceso IAP como una vía de movilización y emancipación de los grupos sociales en situación de dependencia (Pereda y cols., 2003).

De la Reflexión a la acción

La investigación participativa es un proceso permanente de investigación y acción. La acción crea necesidades de investigación, por lo tanto la investigación participativa nunca será aislada de la acción (Cano Flores, 1997). En las investigaciones enfermeras de los últimos diez años, se puede constatar la utilización de un proceso para producir cambios en la práctica cotidiana diferente al tradicional. Un proceso más abierto, holístico e igualitario entre investigadores y prácticos; un proceso en el que las enfermeras asistenciales deciden y llevan a cabo los cambios en su práctica; un proceso en acción que necesita pasar por la experiencia y la reflexión para llegar a mejorar o cambiar las prácticas (Cano Flores, 1997).

El modelo de PAR de Kemmis y McTaggart (1988) de la IAP, está compuesto de ciclos en el interior de una espiral. Cada ciclo contiene cuatro etapas: la planificación, la acción, la observación y la re-

flexión (Delgado Hito y cols., 2001). El proceso reflexivo provoca que las enfermeras sean más conscientes de lo que hacen, más críticas hacia su práctica cotidiana y por lo tanto más abiertas hacia la búsqueda de soluciones, es decir, a la elaboración de estrategias de cambio realistas, viables y ancladas en la práctica cotidiana (Delgado Hito y cols., 2001).

Este modelo en espiral en los equipos de trabajo de las UGC, puede ser motor de cambio en los comportamientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la unidad. Si los profesionales utilizan su conocimiento, sus experiencias y su formación, de manera consciente, con juicio clínico y tras un proceso reflexivo, y lo logran transferir a su práctica, es posible que se generen cambios importantes en las organizaciones sanitarias.

Los profesionales como protagonistas de la transformación de las UGC

Desde la perspectiva de la IAP, los profesionales sanitarios que integran las UGC, son los protagonistas en los procesos de transformación de sus propias prácticas de trabajo. Algunas herramientas metodológicas de la IAP como la asamblea o la autoformación son

esenciales en este proceso de transformación tanto de individuos como de colectivos. La asamblea es el procedimiento más apropiado para la IAP, donde todos los implicados pueden aportar como iguales su expectativa y experiencias, y se busca la máxima participación del colectivo implicado (Pereda y cols., 2003). La autoformación grupal "genera tiempos y espacios para que los miembros de un colectivo compartan sus ideas, conocimientos y experiencias; piensen juntos; busquen y analicen informaciones sobre las cuestiones que les interesen; evalúen sus prácticas para aprender de los aciertos y errores, etc." (Pereda y cols, 2003).

Copnell (1998) ha explorado la construcción del cambio en la práctica enfermera realizando una revisión de la literatura en cuidados enfermeros. La autora ha constatado que los conocimientos científicos son todavía prioritarios a los conocimientos prácticos. Consecuentemente, la visión y las experiencias de las enfermeras sobre el cambio son, la mayoría de veces, poco consideradas. La autora afirma que si no se valoran los conocimientos, la experiencia y las opiniones de las enfermeras, el cambio no puede representar la realidad de su práctica cotidiana (Delgado Hito y cols., 2001).

Los aportes de Copnell reiteran la riqueza de la IAP al ser una metodología de investigación que se fundamenta en las expectativas y experiencias de los sujetos. Como metodología docente y de soporte responde desde el sistema de salud a las necesidades de los ciudadanos, creando esa respuesta desde la motivación, el compromiso y el consenso de los profesionales y es una herramienta que puede ser utilizada por los líderes para la consecución de cambios con la participación de todo el equipo.

Como el propósito de este enfoque es el de provocar procesos de desideologización que conlleven a la separación de los elementos impuestos desde fuera, de aquellos que colaboran a una aproximación de la realidad (Cano Flores, 1997), es posible que en el contexto de las UGC pueda contribuir a reivindicar los principios de un modelo de organización sanitaria más participativo y descentralizado que impuesto y jerárquico, es decir, a desideologizar los modelos burocráticos impuestos por la misma organización.

Para concluir, la revisión de conocimientos nos muestra que la IAP es el mejor camino metodológico para generar cambios en el modelo organizacional anquilosado que predomina en las instituciones

sanitarias. Solo si los profesionales sanitarios reflexionan y actúan sobre su prácticas cotidianas, se logra descentralizar el poder para ponerlo a circular en todos los miembros de la organización.

b) Fase de Interacción

En esta etapa se obtuvo un mapa de estrategias consensuadas para introducir un modelo de gestión participativa en la UGC. Se utilizó como técnica de recolección de información el DAFO por su dinámica participativa. En este proceso participaron los miembros del equipo conductor y de los grupos operativos aportando información sobre el liderazgo participativo en UGC.

1. Caracterización general de los participantes

El total de profesionales que participaron las técnicas DAFO fue de 79, de los cuales un 62% fueron mujeres y un 38% hombres. De esta población la mitad son mayores de 50 años, el 40% están entre los 40-49 años y el 10% son menores de 39 años (ver gráfico 1). En cuanto al tipo de vinculación laboral el 72,3% son fijos y un 9,2% tienen contratación eventual.

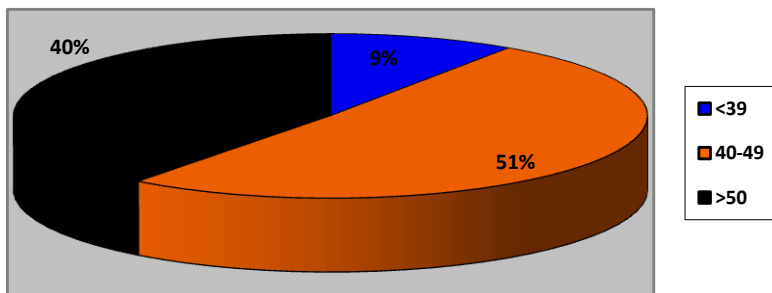


Gráfico 1: Edades del equipo facilitador

En cuanto al perfil profesional, la mitad de los participantes son representantes de grupos profesionales tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada, el 20% corresponde a Coordinadores de área específica, el 15% a profesionales de cargos intermedios, el 11% a directores y el 5% a responsables de Formación Continua (ver gráfico 2).

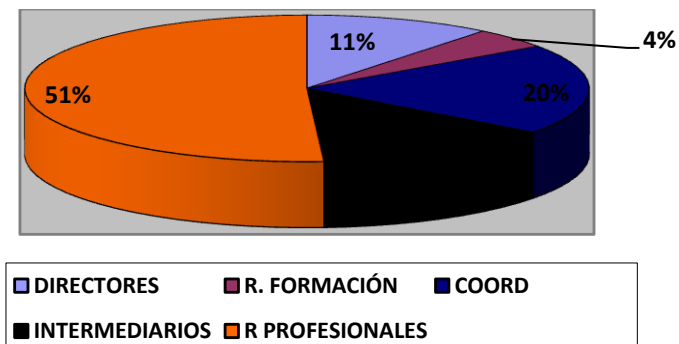


Gráfico 2: Perfil profesional equipo facilitador

Los condicionantes identificados fueron 465, de los cuales 127 (27,3%) corresponden a amenazas, 133 (28,6%) a debilidades, 94 (20,2%) a oportunidades y 111 (23,8%) a fortalezas (ver gráfico 3). Hay homogeneidad en la distribución que los profesionales realizan de los condicionantes identificados.

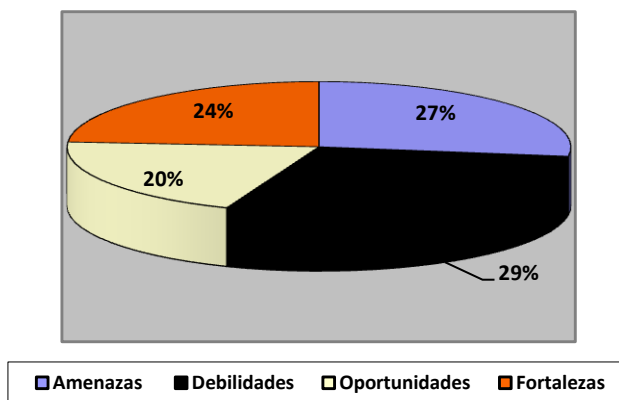


Gráfico 3: Condicionantes DAFO

En cuanto a las estrategias, 177 fueron las identificadas por los participantes, de las cuales 65 (36,7%) son de supervivencia, 35 (19,7%) defensivas, 57 (32,2%) de reorientación y 20 (11,2%) de potenciación (ver gráfico 4). Hay predominio de las estrategias de supervi-

vencia, lo que implica que los profesionales direccionan la responsabilidad hacia la organización, otorgando un papel secundario a su implicación en la transformación de las instituciones sanitarias.

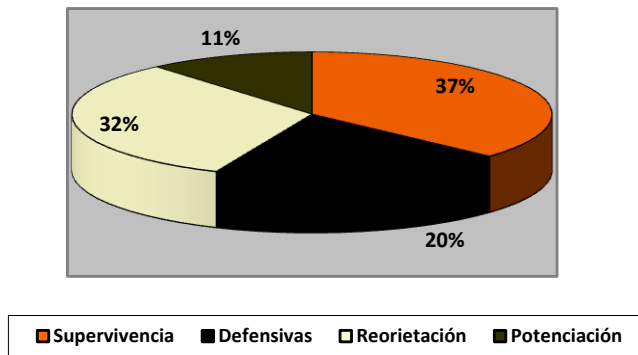


Gráfico 4: Estrategias DAFO

2. Análisis intragrupo

De cada una de las sesiones DAFO obtuvimos una primera matriz de información que recogió las oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades identificadas por los profesionales sanitarios y un mapa de estrategias que cada grupo elaboró en consenso y que recoge la relación que se establece entre los condicionantes identificados.

Caracterización Grupo Conductor-Sevilla. El DAFO del grupo conductor se realizó en la sede central de la Consejería de Salud en Sevilla. El total de profesionales que participaron fue de 14, de los cuales 35,7 son hombres y 64,2% son mujeres. Los condicionantes identificados fueron 76, de los cuales 10 corresponden a amenazas, 24 a debilidades, 20 a oportunidades y 22 a fortalezas. En cuanto a las estrategias, 27 fueron las expuestas por los participantes de las cuales 2 son de supervivencia, 6 defensivas, 10 de reorientación y 9 de potenciación. Se puede afirmar que las estrategias se centran en el eje interno que compete a los profesionales de la UGC.

Caracterización Grupo Operativo 1-Jaén. El primer DAFO operativo se realizó en el Hospital Ciudad de Jaén. El total de profesionales que participaron fue de 9, de los cuales un 55,5% son mujeres y un 44,4% hombres. De esta población todos son mayores de 40 años y tienen contratación como fijos. Los perfiles profesionales de los participantes corresponden a 2 directores, 2 coordinadores de área específica, 2 cargos intermedios y 3 representantes de grupos profesionales con dominancia en el área especializada. Los condicionantes identificados fueron 64, de los cuales 23 corresponden a amenazas, 14 a debilidades, 12 a oportunidades y 15 a fortalezas. Predominan los condicionantes que se relacionan con el entorno. En

cuanto a las estrategias 33 fueron las expuestas por los participantes de las cuales 8 son de de supervivencia, 9 defensivas, 10 de reorientación y 6 de potenciación. También aquí las estrategias se centran en el eje interno que compete a los profesionales de la UGC.

Caracterización Grupo Operativo 2-Sevilla. El segundo DAFO operativo, se realizó en el Distrito Sanitario Sevilla Sur, en Alcalá de Guadaira. El total de profesionales que participaron fue de 14, de los cuales la mitad son mujeres y la mitad hombres. De esta población 11 son mayores de 40 años. 6 tiene una relación laboral fija, 4 tiene vinculación eventual y 4 no responden. Los perfiles profesionales de los participantes corresponden a: 1 director, 2 coordinadores de área específica, 3 cargos intermedios, 7 representantes de grupos profesionales y 1 responsable de formación continuada. Hay distribución homogénea entre profesionales de Atención primaria y los de Atención Especializada. Los condicionantes identificados fueron 103, de los cuales 34 corresponden a amenazas, 27 a debilidades, 25 a oportunidades y 17 a fortalezas. Predominan los condicionantes que se relacionan con el entorno y los del eje negativo (amenazas-debilidades). En cuanto a las estrategias, 36 fueron las identificadas por los participantes, de las cuales 14 son de de superviven-

cia, 5 defensivas, 13 de reorientación y 4 de potenciación. Al igual que los condicionantes predominan las estrategias que se relacionan con el entorno.

Caracterización Grupo Operativo 3-Granada. El tercer DAFO operativo se realizó en Hospital Universitario San Cecilio de Granada. El total de profesionales que participaron fue de 13, de los cuales la 10 son mujeres y 3 hombres. De esta población 2 son menores de 40 años y 11 son mayores de 50 años. 10 tienen relación laboral fija y 3 son eventuales. Los perfiles profesionales de los participantes corresponden a 2 directores, 3 coordinadores de área específica, 2 cargos intermedios y 6 representantes de grupos profesionales con dominancia en el área especializada. Los condicionantes identificados fueron 71, de los cuales 23 corresponden a amenazas, 29 a debilidades, 16 a oportunidades y 23 a fortalezas. Predominan los condicionantes que se relacionan con los profesionales de las Unidades de Gestión Clínica. En cuanto a las estrategias 44 fueron las identificadas por los participantes de las cuales 13 son de supervivencia, 7 defensivas, 19 de reorientación y 5 de potenciación. Al igual que los condicionantes predominan las estrategias que competen a los profesionales.

Caracterización Grupo Operativo 4-Jerez de la Frontera. El cuarto DAFO operativo se realizó en el Hospital de Jerez de la Frontera. El total de profesionales que participaron fue de 15, de los cuales la 10 son mujeres y 5 hombres. De esta población 2 son menores de 39 años, 8 son menores de 40 años y 5 son mayores de 50 años. 11 tienen contratación laboral a término fijo, 3 son eventuales y 1 no responde. Los condicionantes identificados fueron 93, de los cuales 27 corresponden a amenazas, 30 a debilidades, 15 a oportunidades y 21 a fortalezas. Predominan los condicionantes que se relacionan con el eje negativo. En cuanto a las estrategias 34 fueron las identificadas por los participantes de las cuales 11 son de supervivencia, 14 defensivas, 6 de reorientación y 3 de potenciación. Las estrategias que predominan son las defensivas y las de supervivencia.

Caracterización Grupo Operativo 5-Almería. El quinto DAFO operativo se realizó en el Hospital Torrecárdenas de Almería. El total de profesionales que participaron fue de 14, de los cuales 8 son mujeres y 6 hombres. De esta población 1 es menor de 39 años, 8 son menores de 40 años y 5 son mayores de 50 años. 11 tienen contratación laboral fija, 2 son eventuales y 1 no responde. Los condicionantes identificados fueron 114, de los cuales 20 corresponden a amenazas, 33 a debilidades, 26 a oportunidades y 35 a fortalezas.

Predominan los condicionantes que se relacionan con el eje negativo. En cuanto a las estrategias 45 fueron las identificadas por los participantes de las cuales 19 son de supervivencia, 15 defensivas, 9 de reorientación y 2 de potenciación. Las estrategias que predominan son las defensivas y las de supervivencia.

3. Análisis Intergrupo

Con la participación del grupo conductor, se realizó una síntesis de esta información en una única matriz denominada “Matriz sintética DAFO”, lo que permitió refinar la información con una estructura semántica más elaborada, agrupar los condicionantes que se repetían, reubicar las estrategias y establecer subcategorías con las estrategias que compartían características similares. Para facilitar la organización de esta información se asignaron códigos que etiquetaron tanto los condicionantes identificados como los diferentes paquetes de estrategias. En una primera etapa estas subcategorías se establecieron por cada tipo de estrategias: supervivencia, defensivas, reorientación y potenciación; ya en una segunda etapa se relacionan los diferentes tipos de estrategias y se obtuvieron macrocategorías que reagrupan de manera general el mapa de estrategias.

Fueron 11 las grandes categorías identificadas:

- Garantizar la adecuación de los directores y otros responsables de las UGC a un estilo de liderazgo participativo.
- Consolidar el Modelo de Gestión Clínica en el Sistema de Salud.
- Promover un Modelo de Gestión de personal basado en competencias.
- Formular objetivos de manera consensuada y partiendo de las necesidades de cada unidad y de las expectativas de la población atendida.
- Establecer un sistema de evaluación de resultados a través de medición periódica de indicadores.
- Fomentar un modelo de Gestión de recursos financieros eficiente.
- Promover la participación de los usuarios en las UGC.
- Aumentar la oferta de Programas de Formación continuada de acuerdo a las necesidades de cada UGC y propiciando la formación de formadores (líderes).

-Fomentar las Redes de comunicación e información en las UGC.

-Fomentar el trabajo en equipo y la interdisciplinariedad entre los profesionales de las UGC.

-Promover la investigación en las UGC y la Práctica Basada en Evidencia.

Las estrategias que fundamentan cada macrocategoría se describen en el Anexo 1.

c) Fase de modelización

La educación o formación se considera como una de las principales herramientas, junto con los cambios organizativos y la incentivación de los profesionales, para la implantación de nuevas estrategias. En los últimos años el SSPA ha hecho un importante esfuerzo para la mejora de la calidad de la formación (Plan Estratégico de Formación Integral o el Programa Integral de Acreditación de la Formación Continuada de la ACSA, son ejemplos de ello), con el objetivo de asegurar el impacto de las actividades formativas, sobre todo, en la implantación de los planes e innovaciones puestos en marcha.

En coherencia con el modelo de la IAP y a partir de este mapa de estrategias que identificó el equipo facilitador, se propone un conjunto de acciones formativas por competencias para los miembros de las UGC. Es a través de esta etapa de formación que los profesionales sanitarios adquieren los conocimientos, habilidades, actitudes y motivaciones para transformar un modelo de gestión centralizado y jerárquico hacia un modelo de gestión descentralizado y participativo.

Definición de competencias

Para diseñar una propuesta formativa orientada a fomentar un estilo de liderazgo participativo en las Unidades de Gestión Clínica, es necesario identificar las competencias para el desarrollo de un modelo de gestión clínica en el SSPA basado en la participación efectiva de sus integrantes.

El Programa de Acreditación de Competencias Profesionales del SSPA toma como fundamento metodológico y marco conceptual de referencia la Gestión por Competencias, como modelo integral que permite configurar los procesos de selección, evaluación del desempeño, gestión de la formación, promoción, incentivación y la

acreditación de competencias profesionales (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, S/a).

El concepto competencia alude a una capacidad o característica personal estable y causalmente relacionada con los resultados deseables en una organización. Un elemento clave de la Gestión por Competencias radica en identificar dichas capacidades como elementos susceptibles de medición, por lo que la acepción más coherente con el enfoque de competencias es la que considera a éstas como un conjunto de comportamientos observables y medibles de modo fiable, relacionados causalmente con un desempeño bueno o excelente en un trabajo y organización dados (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, S/a).

Este enfoque, al considerar la competencia como un conjunto de comportamientos, se centra en lo que el profesional hace. Así, en el sistema sanitario, y a los efectos de su medición, la competencia se define como la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las “Buenas Prácticas” de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, S/a).

A partir de las 11 estrategias identificadas se construye con el equipo conductor un mapa de competencias necesarias para implantar un modelo de gestión participativa en las UGC. Fueron 41 las competencias identificadas. Cada competencia se define de forma clara y completa dando sentido al contexto de cada estrategia, identificando las buenas prácticas (comportamientos observables) y proponiendo acciones formativas dirigidas a los miembros de las UGC.

En este mapa de competencias se identifican los cinco componentes para que el profesional desarrolle las Buenas Prácticas: saber (conocimientos); saber hacer (habilidades); saber ser (actitudes), querer hacer (motivación) y poder hacer (aptitud profesional y medios) (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, S/a).

Plan de formación por competencias

El Plan de formación por competencias tiene como objetivo fomentar un modelo de gestión participativo en las UGC. Las competencias profesionales implican algo más que el conocimiento técnico que hace referencia al saber y al saber hacer (Patiño, 2006). Según la Subdirección General de Gestión de Formación Ocupacional (1995), el concepto de competencia engloba no solo las capacidades requeridas para el ejercicio de una actividad profesional, sino también un

conjunto de comportamientos: facultad de análisis, toma de decisiones, transmisión de información, considerados necesarios para el pleno desempeño profesional (Patiño, 2006).

Para que una persona muestre los comportamientos que componen las competencias se hace necesaria la unión de cinco elementos fundamentales (Patiño, 2006):

Saber: conjunto de conocimientos relacionados con los comportamientos implicados en la competencia. Pueden ser de carácter técnico y de carácter social. En ambos casos la experiencia juega un papel esencial.

Saber hacer: Conjunto de habilidades que permiten poner en práctica los conocimientos que se poseen. Se puede hablar de habilidades técnicas, sociales y cognitivas; y por regla general las mismas deben interactuar entre sí.

Saber estar. Conjunto de actitudes acordes con las principales características del entorno organizacional y/o social. Es decir, se trata de tener en cuenta nuestros valores, creencias, actitudes como elementos que favorecen o dificultan determinados comportamiento en un contexto dado.

Querer hacer. Conjunto de aspectos motivacionales responsables de que la persona quiera o no realizar los comportamientos propios de la competencia. Se tratan de factores de carácter interno y/o externo a la persona, que determinan que estas se esfuerce o no por mostrar una competencia.

Poder hacer: conjunto de factores relacionados con dos cuestiones fundamentales, lo individual y lo situacional. El primer punto de vista se refiere a la capacidad personal, es decir, las aptitudes y rasgos personales que se contemplan como potencialidades de la persona. Y desde el punto de vista situacional que comprende el grado de “favorabilidad” del medio, es decir, diferentes situaciones pueden marcar distintos grados de dificultad para mostrar un comportamiento dado. Es válido destacar la disponibilidad o no de medios y recursos que faciliten o dificulten el desempeño de la competencia.

Se definieron 41 competencias a partir de las 11 estrategias identificadas, de las cuales 12 corresponden a competencias de conocimientos, 5 a competencias de actitudes, 16 a competencias de habilidades, 3 a competencias de motivación y 5 a competencias de

actitud profesional y medios. Las competencias se pueden agrupar en tres categorías centrales: Gestión Clínica, Práctica Basada en la Evidencia y Tecnologías de la Información y Comunicación.

Áreas de formación por competencias

a) CONOCIMIENTOS		
<i>PBE</i> -Utilidades de la práctica basada en evidencias -Elaboración de protocolos y guías de práctica clínica -Metodologías de investigación -Metodología docente (didáctica)	<i>TICs</i> Ofimática	<i>Gestión clínica</i> -Mecanismos de participación ciudadana en la gestión clínica -Formulación de objetivos -Evaluación de procesos y medición de indicadores -Evaluación de desempeño Planeación estratégica -Gestión de Recurso Humano -Efectividad y eficacia en la gestión sanitaria
b) ACTITUDES		
<i>De los profesionales</i> -Capacidad innovadora -Orientación hacia los profesionales -Orientación al logro		<i>Hacia los usuarios</i> -Participación de los ciudadanos en la planeación estratégica -Orientación al ciudadano
c) HABILIDADES		
<i>Gestión clínica</i> -Consenso en la toma de decisiones estratégicas -Liderazgo participativo -Planificación estratégica -Selección de profesionales por competencias -Capacidad para formular objetivos estratégicos de manera consensuada	<i>Tics</i> -Manejo de aplicaciones ofimáticas en la gestión de la información y la documentación -Manejo de las TICs -Utilización de entornos virtuales de	<i>PBE</i> Búsqueda en fuentes de conocimiento

- | | |
|---|---|
| -Gestión y control administrativo de recursos humanos. | aprendizaje a partir de las nuevas Tecnologías de Información y Comunicación –TICs- |
| -Análisis de problemas | |
| -Gestión y control del presupuesto | |
| -Construcción de habilidades para una Comunicación Efectiva | |
| -Trabajo en equipo y relaciones inter-profesionales | |
| -Aplicación de los procedimientos y normalización de la práctica clínica. | |
| -Formación de los ciudadanos (promoción del autocuidado) | |

d) MOTIVACIÓN

- Desarrollo de un sistema de incentivos por el cumplimiento de objetivos e indicadores de desempeño
- Promoción de la acreditación profesional
- Selección de profesionales por competencias

e) APTITUD PROFESIONAL Y MEDIOS

- Actitud de aprendizaje y mejora continua
- Iniciativa y espíritu emprendedor.
- Relaciones interprofesionales. Sentido de pertenencia al grupo.
- Utilidades de la práctica basada en evidencias
- Habilidades para una Comunicación Efectiva

Las metodologías participativas como estrategias didácticas para la formación de profesionales sanitarios

Las estrategias didácticas juegan un papel fundamental en el proceso de enseñanza- aprendizaje al garantizar una mejor comprensión del conocimiento. La metodología IAP parte de la premisa de que los sujetos son actores centrales en su proceso de transformación y

propone “la educación como una estrategia para enseñar a la gente a descubrir su propio potencial para actuar” (Balcalzar, 2003).

Para que el plan de formación sea coherente con los principios de la IAP, es necesario fundamentarlo en un modelo pedagógico constructivista que se estructura bajo cuatro premisas (Garzón C y cols, 1999):

1. La adquisición de nuevos conceptos se construye a partir de lo que ya posee el sujeto, nunca se parte de cero.
2. El conocimiento se construye a partir de la acción. La acción permite que el sujeto establezca los nexos entre los objetos del mundo, entre sí mismo y esos objetos, y que al interiorizarse, reflexionarse y abstraerse, conforman el conocimiento.
3. Los resultados de ese proceso de construcción son constructos mentales que adoptan la forma de esquemas de acción (lo que sabemos hacer) y de operaciones y conceptos (lo que sabemos sobre el mundo).
4. La construcción del conocimiento es un proceso en el que los avances se entremezclan con las dificultades, bloqueos e incluso retrocesos. Es un proceso dinámico.

Dentro de una perspectiva constructivista, que conlleva a un enfoque integral del aprendizaje, se considera que los contenidos deben abarcar no solo aspectos conceptuales, sino incluir contenidos referentes a procedimientos, habilidades o destrezas e igualmente los contenidos referidos al aprendizaje de actitudes, valores y normas (Martín, 1991; Garzón y cols., 1999). Por tanto, este modelo es compatible con la formación por competencias.

Dentro de las estrategias didácticas identificadas, se destacan fundamentalmente aquellas que promuevan la participación activa de los profesionales (métodos de consenso, talleres y cursos), las que promueven la construcción colectiva del conocimiento (técnicas grupales), las que promueven la identificación de necesidades y las prácticas en escenarios reales. Estas acciones pedagógicas están centradas en el crecimiento de los profesionales y el desarrollo de su autonomía, auto responsabilidad y libertad para la toma de decisiones.

Una de las características que predominan en las diferentes estrategias es la interacción fundamentada en su participación activa para la construcción del conocimiento. Estas estrategias superan la relación tradicional en el proceso enseñanza-aprendizaje centrado en el

saber de los docentes y promueven la adquisición de conocimientos a partir de procesos de autorreflexión y autoentendimiento.

Estrategias didácticas identificadas por el grupo conductor

Talleres	<p>a) <i>Gestión Clínica</i></p> <ul style="list-style-type: none">-Habilidades de comunicación-Formación en habilidades de liderazgo, motivación de equipos, cultura de la organización-Mecanismos de participación ciudadana en la gestión clínica-Habilidades de comunicación: Escucha activa-Evaluación de procesos, medición de indicadores-Planeación estratégica (eficiencia)-Resolución de problemas <p>b) <i>Prácticas Basadas en Evidencias</i></p> <ul style="list-style-type: none">-Como elaborar un proyecto-Metodología de investigación-Metodología de elaboración de protocolos y guías de práctica clínica-Búsquedas bibliográficas-Elaboración de preguntas PICOT <p>c) <i>TICs</i></p> <ul style="list-style-type: none">-Manejo y uso de aplicaciones y fuentes de información disponibles en el centro-Ofimática-LOPD
Cursos	<p>a) <i>Gestión clínica, módulos sobre:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- formulación de objetivos- gestión clínica por competencias- evaluación del desempeño- asignación de incentivos

- efectividad y eficacia en la gestión sanitaria
- gestión por competencias de Recursos Humanos
- evaluación de procesos, medición de indicadores
- planeación estratégica (eficiencia)

b) Prácticas basadas en Evidencias

I. Fundamentos de la práctica clínica basada en la evidencia.

Investigación secundaria. La documentación dentro de la evidencia científica. Bases de datos bibliográficas, fuentes documentales de evidencia y revisión bibliográfica.

II. Instrumentos de la evidencia científica. La formulación de preguntas y búsqueda de respuestas sobre la práctica clínica. Evaluación y síntesis de los hallazgos de la revisión bibliográfica. Elaboración de informes sobre la información relevante encontrada.

III. La integración de los resultados de la investigación secundaria a la práctica clínica. Diseño y ejecución de una investigación secundaria.

c) Formación para los ciudadanos a partir del estudio de necesidades

Métodos de consenso y técnicas grupales	<ul style="list-style-type: none">-Discusión dirigida-Grupos DAFO-Grupos de mejora-Reuniones con grupos clave de la comunidad para la evaluación de necesidades-Mesas redondas y foros informativos con la comunidad-Trabajo en grupo/ Métodos de consenso con la participación de los ciudadanos-Consenso (tormenta de ideas)-Reuniones de equipo
Identificación de necesidades	<ul style="list-style-type: none">-Análisis estratégico/ Resolución de problemas-Estudios sobre identificación de necesidades-Estudio de necesidades formativas
Prácticas en escenarios reales	<ul style="list-style-type: none">-Elaboración de presupuestos, asignación de personal-Elaboración de planes de trabajo y cronograma de actividades-Análisis estratégico para la gestión del recurso humano

-Resolución de problemas

-Simulación informática

Otras actividades de formación

-Sesiones bibliográficas

-Sesiones clínicas

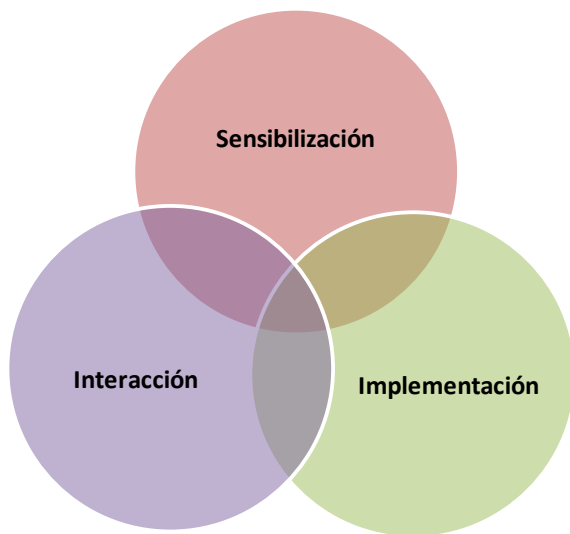
-Jornadas y Congresos

-Explicación oral (conferencia, curso, taller, seminario, etc)

-Resolución de problemas

-Role Play

V. LA ESTRATEGIA “SIIMPLE” PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN ESTILO DE GESTIÓN PARTICIPATIVO EN LAS UGC



La estrategia SIIMPLE (**S**ensibilización-**I**nteracción-**IMPLE**mentación) es la propuesta metodológica derivada del proyecto GESTAP que

está dirigida a aquellas Unidades de Gestión Clínica que quieren adoptar un estilo de liderazgo participativo. Se sustenta en los principios de la Investigación-Acción Participativa y su puesta en marcha ha de estar precedida necesariamente por un proceso de formación que involucre a los líderes y profesionales de la UGC.

El modelo de la IAP, según Balcazar (2003) trabaja tres actividades centrales: la investigación, en la que a través de las historias se analizan de forma sistemática las condiciones actuales de la problemática y las condiciones para el cambio según las necesidades y prioridades; la educación, que tiene como propósito enseñar a la gente a descubrir su propio potencial para actuar, liberándolos de estados de dependencia y pasividad previos y llevándolos a comprender que la solución está en su propio esfuerzo; y la acción, que se da cuando los participantes implementan soluciones prácticas a sus problemas utilizando sus propios recursos o en solidaridad con otros grupos.

La Estrategia *SIIMPLE*, en coherencia con la arquitectura metodológica propuesta por la IAP, se construye a partir de tres fases: Sensibilización, Interacción e Implementación. A través de esta metodología se busca brindar instrumentos que faciliten un modelo de toma de decisiones participativo en el contexto de la gestión clínica,

otorgando a los miembros de las UGC la capacidad para planificar y gestionar sus actividades y promover su responsabilidad y autonomía.

Sensibilización *¿Sobre qué queremos trabajar? ¿Quiénes nos comprometemos?*

En esta etapa los miembros de las UGC deberán analizar de forma sistemática las condiciones actuales de sus unidades para la implementación de un modelo de gestión clínica participativo. Los participantes deberán constituir un equipo facilitador multidisciplinario para discutir acerca de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades del modelo de gestión que predomina en la organización.

Técnicas

A partir del análisis del contexto los participantes reflexionan sobre su propia realidad y acuerdan intervenirla. En este proceso se busca que los miembros de la unidad consensuen un mapa con las estrategias que consideran más adecuadas para introducir un modelo de gestión participativa en las UGC.

Se propone utilizar el DAFO por su dinámica participativa y porque de su aplicación se obtiene un conjunto de estrategias que proporcionan ayuda en la toma de decisiones ante procesos de cambio organizacionales. Los miembros del equipo facilitador deberán aportar información sobre el liderazgo participativo en las UGC desde un doble punto de vista: perspectiva interna (análisis interno), a través de la identificación de debilidades y fortalezas; y perspectiva externa (análisis del entorno), a partir de la identificación de amenazas y oportunidades.

Instrumentos facilitadores

La matriz DAFO GESTAP facilitará la identificación de las estrategias (Ver anexo 1). A partir de este mapa de estrategias y de las que resulten del DAFO que desarrolla el equipo facilitador, los miembros de la unidad deberán seleccionar las estrategias más adecuadas que estén dispuestos a implantar en su unidad.

Interacción *¿Qué podemos hacer?*

La educación o formación se considera como una de las principales herramientas, junto con los cambios organizativos y la incentivación de los profesionales, para la implantación de nuevas estrategias. A

partir del mapa de estrategias que seleccionen los miembros de la unidad, se deberán identificar las acciones formativas para establecer un programa de Formación Continuada. Es a través de esta etapa de formación que los profesionales adquieren los conocimientos, habilidades, actitudes y motivaciones para transformar un modelo de gestión centralizado y jerárquico hacia un modelo de gestión descentralizado y participativo.

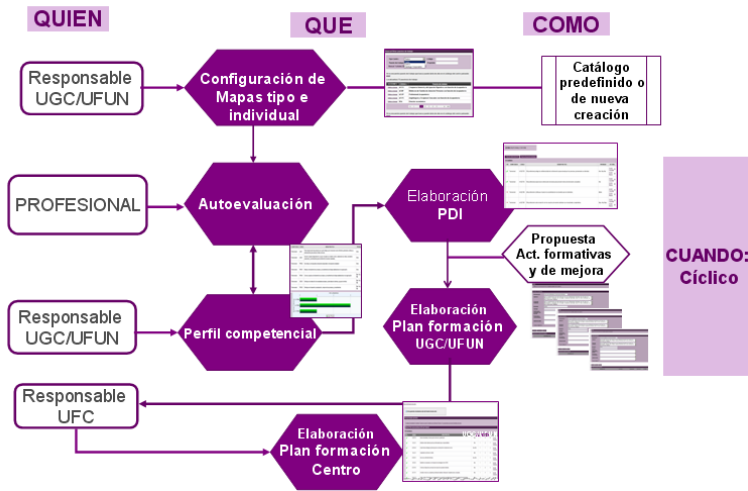
Para diseñar una propuesta formativa orientada a fomentar un estilo de liderazgo participativo, es necesario identificar las competencias para el desarrollo de un modelo de gestión clínica basado en la participación efectiva de sus integrantes. El Programa de Acreditación de Competencias Profesionales del SSPA toma como fundamento metodológico y marco conceptual de referencia la Gestión por Competencias, como modelo integral que permite configurar los procesos de selección, evaluación del desempeño, gestión de la formación, promoción, incentivación y la acreditación de competencias profesionales (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, S/a).

El Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud ha diseñado una aplicación en entorno web con el propósito de facilitar la

elaboración de itinerarios formativos individuales que den respuesta a las necesidades de adquisición o fortalecimiento de competencias de cada uno de los profesionales en el entorno de las unidades de Gestión clínica y que sirva de soporte a la gestión de planes de desarrollo individual (Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud, 2010).

Producto de este proceso, se ha diseñado un Modelo de Gestión de Planes de Desarrollo Individual (GPDI) en el SSPA que tiene como objetivo promover que los profesionales sanitarios detecten sus necesidades de aprendizaje sobre la base de una evaluación de las competencias claves identificadas en las Unidades de Gestión Clínica (UGC) y Unidades funcionales (UFUN) (Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud, 2010).

El modelo de Gestión de Planes de Desarrollo Individual (GPDI) responde a un proceso en el que intervienen tres agentes: profesionales, responsables de UGC y UFUN, y responsables de Unidades de formación (UFC). Cada uno de ellos interviene en momentos concretos (fases) del proceso, a través del desarrollo de una serie de acciones que dan continuidad al mismo para el logro del propósito final (Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud, 2010).



Fuente: Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Enero de 2010

Instrumentos facilitadores

El equipo facilitador deberá revisar el “Plan de formación basada en competencias GESTAP” (Ver anexo 2) e identificar las acciones formativas más acordes a las necesidades de la unidad. A partir de este conjunto de necesidades formativas, los profesionales deberán aplicar el Modelo de Gestión de Planes de Desarrollo Individual (GPDI)

propuesto por el Observatorio de la Calidad para facilitar la elaboración de itinerarios formativos individuales.

Implementación *¿Cómo resolvemos nuestros problemas? ¿Qué hemos aprendido?*

En esta fase los miembros de la unidad toman conciencia de que en sus manos está la capacidad transformadora. Una reflexión conjunta hará tomar conciencia a los participantes de que la adopción de las estrategias identificadas y la participación en el programa de formación continuada contribuyen a implantar un modelo participativo en sus unidades.

En esta fase los miembros de la unidad desarrollan el programa de Formación Continuada, elaboran y aplican los planes de desarrollo individual, definen y aplican indicadores de evaluación periódicos y elaboran planes de mejoramiento a partir de la evaluación de indicadores.

VI. DISCUSION

La gestión clínica es un proceso de diseño organizativo que permite incorporar a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su práctica clínica (Ruiz de Vargas, 2009). No obstante, como refiere Ortún, impulsar el encaje organizativo de la gestión clínica, estaría limitado por varias razones, entre ellas porque la cultura, contenido y contexto de la gestión difiere radicalmente de la cultura, contenido y contexto de la clínica (Ortún, 2003). Las organizaciones burocráticas han caracterizado al Sector Público en Sanidad, conllevando a sistemas rígidos de decisión que responden lenta e ineficazmente a las demandas de cambio y adaptación (Ortún, 2003). Un modelo administrativo rígido, la delegación del poder en el equipo directivo, la falta de independencia de las Unidades de Gestión Clínica (UGC), y un margen mínimo de toma de decisiones, son algunas amenazas que identifican los miembros de las unidades asistenciales, para introducir un modelo de gestión participativa.

En estas circunstancias, el problema organizativo fundamental (coordinar y motivar) pasa a ser el de situar la capacidad decisoria donde está la información específica y costosa de transmitir. Esto es: *transferir capacidad de decisión* (Ortún, 2003), que implica no solo delegar, sino también alterar en consonancia los sistemas de medir el desempeño e incentivar a los integrantes de un centro sanitario. La arquitectura organizativa queda así asentada en un trípode: asignación de derechos de decisión, sistemas de medida del rendimiento, y sistemas de incentivos (Ortún, 2003). Así lo reiteran los miembros y directivos de las UGC cuando proponen adoptar en sus unidades un modelo de toma de decisiones compartidas que evite delegación en los equipos directivos y que democratice la toma de decisiones partiendo de un liderazgo participativo.

Dentro de este cambio de Modelo en los Sistemas Sanitarios, la gestión clínica surgió para transferir la capacidad de decisión a los integrantes de las unidades. Según refiere Ortún (2003) conforme se desplaza hacia abajo la decisión, la organización responde con mayor rapidez, hay menos necesidad de comunicación y menor pérdida de información, las decisiones están mejor informadas y los niveles superiores sufren menos sobrecarga administrativa. Esta transferencia de capacidad de decisión, los participantes la describen como

un avance hacia modelos horizontales de gestión que potencian el modelo de gestión clínica a través de una estrategia sólida cercana al punto de vista de los profesionales.

No obstante, la Gestión Clínica, a pesar de tratarse de un modelo que representa beneficios tanto para las organizaciones sanitarias, como para la salud de la población, no ha logrado encajarse adecuadamente en las organizaciones sanitarias. López y cols. (2010), en un estudio sobre personalización de cuidados en unidades hospitalarias, concluyen que aunque las metodologías participativas son excelentes para el cambio de abajo hacia arriba, este enfoque es un gran escollo para el entorno del sistema sanitario donde prima lo opuesto. La cúpula de la pirámide jerárquica limita la autonomía profesional y, por tanto, la coherencia en la asunción de competencias tanto clínicas como organizativas.

En este contexto, la gestión de los hospitales precisa de un enfoque nuevo que necesariamente tiene que pasar de la gestión vertical y con visión intramuros de la mayoría de instituciones, a una gestión clínica con amplia participación de los profesionales y orientada a procesos (Font y cols., 2008). Desde la perspectiva de los directivos e integrantes de las UGC, se reconocen que existen amenazas y

obstáculos para la implantación del modelo en sus organizaciones, pero también identifican estrategias adaptadas a sus contextos particulares que se pueden implantar para promover modelos participativos. El liderazgo participativo, la gestión eficiente de recursos financieros, la gestión basada en competencias, la participación de los usuarios, la oferta de programas de Formación Continuada, la interdisciplinariedad y la Práctica basada en evidencias, son las estrategias identificadas por los profesionales, que contribuyen al rediseño organizativo a partir de su situación de partida, de la cultura de participación y de involucrar a todos sus profesionales en la transformación del modelo de gestión de abajo hacia arriba.

Para implantar modelos participativos en organizaciones burocráticas, se requiere fomentar un estilo de Liderazgo participativo que garantice la adecuación de los directores y otros responsables de las UGC. Hoy en día los líderes en las organizaciones están sometidos a múltiples desafíos como el contexto siempre cambiante y en muchos casos difícil de interpretar o las características diferenciales de las culturas organizacionales (Castro y cols., 2005). Las habilidades de liderazgo en contextos de implantación de nuevos modelos organizacionales, hace que las variables contextuales no sean un obstáculo para generar cambios en las unidades asistenciales.

Según refiere Guevara y cols. (2010), se considera indispensable que el líder cuente con habilidades comunicativas, de trabajo en equipo, motivación y respeto para poder ejercer un liderazgo que favorezca el desarrollo social y profesional. Dentro de los estilos de liderazgo que describe un estudio sobre la eficacia de las organizaciones públicas, se concluye que el estilo de liderazgo participativo caracterizado por un líder que considera la opinión de los demás miembros y les consulta para decidir, influye de modo positivo sobre la eficacia en las organizaciones (Pedraja y cols., 2004).

Los directores y miembros de las UGC, consideran que la selección de los líderes se debe realizar de forma participativa y consensuada con el equipo. Que el líder salga de los propios profesionales y que sea elegido por éstos; el evitar nombrar gerentes vitalicios (periodos de 4 años); y el establecer sistemas de selección y formación de los líderes, son estrategias que según los participantes fomentan estilos de liderazgo participativo en las unidades asistenciales.

La Gestión Clínica compromete a todos los integrantes del Sistema Sanitario Público de Andalucía y pone el énfasis en la calidad de los resultados de salud, en la participación de los ciudadanos y en la gestión de las competencias de los profesionales. A través del traba-

jo colaborativo, las sinergias profesionales, el consenso organizativo basado en la evidencia científica y la estrategia de alta resolución, se descentraliza la toma de decisiones clínicas para conseguir los mejores resultados (Servicio Andaluz de Salud, 2011).

En consonancia con los aspectos que enfatiza el modelo de gestión clínica, los participantes coinciden que para introducir un modelo de gestión participativa es necesario fomentar un modelo de Gestión de recursos financieros eficiente, la Gestión de personal basada en competencias, la participación de los usuarios y el fomentar trabajo en equipo e interdisciplinariedad entre los profesionales.

Reducir la brecha entre la efectividad y la eficiencia debe ser un reto para los Sistemas Sanitarios. *La eficiencia* debe promover la comparación entre el consumo de recursos de un proceso clínico y la calidad de éste. *La efectividad* de las actuaciones clínicas, debe promover el aprender a tomar decisiones para conseguir los resultados más convenientes en la esfera social y epidemiológica de la población (Varela y cols. 2008). De conformidad con lo que planeta Varela y cols. (2008), los directivos y miembros de las unidades proponen estrategias de costo-beneficio: por un lado fomentar un modelo de gestión más eficiente que promueva una adecuación de los recursos

a la demanda asistencial real y por otro lado promover la investigación y la Práctica Basada en Evidencias.

Por tanto, la efectividad y la eficiencia han de incorporarse de forma simultánea en la implantación de este modelo de gestión. Las prácticas clínicas constituyen el sistema nervioso central del Sistema Sanitario y no se trata de que políticos y gestores pretendan equivocadamente la uniformidad, sino que los profesionales y sus líderes, reduzcan el despilfarro, el riesgo y las variaciones sin sentido. La conciencia de importantes variaciones que afectan a procedimientos muy comunes, constituye la conversión hacia un mayor interés por la efectividad y la adecuación de las pruebas clínicas (Ortún, 1995).

La Evidencia Científica es un movimiento relativamente reciente que intenta tender puentes entre el mundo del conocimiento científico y el mundo de la práctica profesional. A través de diseños de investigación secundaria, como revisiones sistemáticas, revisiones críticas o meta-análisis, se logra seleccionar el mejor conocimiento disponible para orientar la práctica clínica y combatir su variabilidad. La investigación sobre prácticas basadas en Evidencias tiene consecuencias directas sobre la consolidación del conocimiento, que es

juzgado críticamente, jerarquizado y difundido en los escenarios donde puede hacerse útil (Amezcuca, 2010).

Reforzar la Práctica Basada en la Evidencia como marco de decisión y adaptar las Guías de Práctica Clínica a las necesidades de las Unidades son dos aspectos que refieren los participantes se deben promover en las Unidades de Gestión Clínica. Según refiere Ruiz de Vargas (2009), la gestión clínica integra la buena práctica médica (medicina basada en la evidencia) y la buena gestión de los servicios (gestión basada en la evidencia), constituyendo, por tanto, un proceso de rediseño organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios a la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica y otorga a estos profesionales la responsabilidad sanitaria y social que le corresponde a su capacidad de decisión junto al paciente.

La Gestión por competencias, es otro aspecto fundamental que consideran los profesionales como necesario para la implantación de Modelos de Gestión Clínica en las organizaciones sanitarias. La publicación por la Consejería de Salud del Plan de Calidad (2000-2004) supuso el punto de partida de la Gestión por Competencias en el SSPA. Ciertos elementos de esta estrategia se introducen de manera

pionera en los contenidos de la línea de Desarrollo para Profesionales del I Plan de Calidad, iniciándose en esta etapa la definición de los Mapas de Competencias de los centros del SSPA, y de los profesionales que participan en cada Proceso Asistencial (Consejería de Salud, 2006).

La Gestión por Competencias, persigue el desarrollo continuado de profesionales excelentes como factor esencial para la mejora continua en el cumplimiento de los fines del servicio sanitario público a través de tres procesos fundamentales: la formación, la evaluación y el reconocimiento. El Modelo de Gestión por Competencias del SSPA se configura por tanto como un elemento integrador de las estrategias de gestión de las personas y las estrategias para la generación, incorporación e intercambio del conocimiento (Consejería de Salud, 2006).

Aplicar la Gestión por Competencias a los procesos de selección es también una tarea progresiva, abordable en varios niveles y en función de los instrumentos de evaluación de los que sea posible disponer. En el Acuerdo de 21 de noviembre de 2002, de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad, se aprobó diseñar un mecanismo de selección basado en la valoración de las competencias profesio-

nales. Posteriormente, la Ley 55/2003 de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los servicios de salud, en su artículo 31, sobre Sistemas de Selección, establece en los puntos 2, 3 y 4 cómo se han de desarrollar éstos, concretamente la oposición, el concurso y los baremos de méritos, centrándose todos ellos en pruebas dirigidas a evaluar la competencia (Consejería de Salud, 2006).

Para los directivos y miembros de las UGC, el cambiar el sistema de contratación a través de mapas de competencias, el dotar de capacidad de contratación al responsable de las UGC, y la configuración de un sistema de carrera profesional basado en competencias, son acciones fundamentales para la implantación de modelos participativos en las organizaciones sanitarias. La emergencia de la lógica de las competencias en el sector productivo, viene motivada por sus repercusiones en las actividades profesionales y la organización del trabajo. Desde esta óptica, la gestión por competencias es una herramienta que permite flexibilizar la organización, introduciendo a los profesionales como actores principales en los procesos de cambio (Cruz y Vega, 2001: 10, citado por Tejada y Cols.).

La participación de los usuarios es otro aspecto en el que pone énfasis la gestión clínica. En los últimos años el Sistema Sanitario Público de Andalucía, bajo la orientación de los diferentes planes de calidad y modernización aprobados por el Gobierno de la Junta de Andalucía, ha situado a la ciudadanía en el eje central de todas sus actuaciones, como motor de planificación, innovación y cambio en la concepción de la calidad sanitaria (Servicio Andaluz de Salud, 2011).

La misión de las unidades de gestión clínica es la prevención y el tratamiento de las enfermedades más prevalentes, la prestación de cuidados y atención personalizada e integral al usuario, con el fin de conseguir mejoras en su salud y la reinserción al entorno habitual, con los recursos disponibles, y considerando al ciudadano como el eje de sus actuaciones (Guevara y cols., 2010). La sincronización de las expectativas del ciudadano con las del profesional y la organización; el contar con la opinión de los usuarios para diseñar herramientas o espacios de interlocución; y el conocer y dar a conocer la necesidades reales de los ciudadanos para definir objetivos razonables, son algunos aspectos que desde la perspectiva de los profesionales se deben promover en las UGC.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias dispone en el artículo 9, que la atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinar, la integración de los procesos y la continuidad asistencial. Define, además, el equipo de profesionales, como la unidad básica en la que se estructuran, de forma multiprofesional e interdisciplinar, los propios profesionales y el resto del personal que apoya el desarrollo de las actuaciones asistenciales (Servicio Andaluz de Salud, 2011).

Fomentar el Trabajo en equipo y la Interdisciplinariedad entre los profesionales, es una demanda necesaria para la coordinación asistencial en las unidades de gestión clínica. Según refieren los miembros y directivos de las unidades, se deben programar espacios de tiempo para la coordinación asistencial, reuniones multidisciplinarias para la toma de decisiones sobre los pacientes y potenciar el trabajo en equipo a través de los objetivos. Continuar introduciendo y concretando cambios en la organización de los Servicios Sanitarios con arreglo a los criterios que configuran la Gestión Clínica, requiere fomentar el incremento de la capacidad auto-organizativa de los profesionales, así como optimizar el uso de los recursos que utilizan, incorporando su corresponsabilidad a la gestión de los servicios sanitarios (Servicio Andaluz de Salud, 2011).

Los valores de las Unidades de Gestión clínica están orientados hacia la búsqueda de la excelencia, la mejora continua de la calidad y la innovación (Cereto y cols., 2005). Desde la perspectiva de los profesionales, aumentar la oferta de Programas de Formación continuada de acuerdo a las necesidades de cada Unidad y propiciar la formación de formadores (líderes), es una estrategia necesaria para implantar modelos participativos en las unidades asistenciales. La formación continuada es un instrumento básico en un marco de cambios acelerados. En este contexto, el que la validez de los conocimientos expire no es relevante, la prioridad es aprender a aprender y el protagonista en este caso es la persona que aprende (Ros, 2005).

El antiguo término de “Educación Médica Continuada” (EMC) ha sido sustituido por “Desarrollo Profesional Continuo” (DPC), más amplio en su enfoque. El Desarrollo Profesional Continuo se define como *el periodo de educación y formación que comienza después de la formación básica y la formación de postgrado y, a partir de aquí, se extiende a lo largo de la vida profesional*. Implica principalmente actividades de aprendizaje autodirigidas y basadas en la práctica, más que una formación continuada clásica. Este planteamiento contiene un gran componente de corresponsabilidad del profesional en

su propio DPC. Tiene que ver con la motivación para aprender a lo largo de la vida y se transforma en un elemento de responsabilidad personal y profesional. Los profesionales han de aprender sobre y de su práctica real, mediante la reflexión sobre su práctica y la de otros (Consejería de Salud, 2006).

Diseñar planes de formación de acuerdo a los valores y a los objetivos de la unidad de gestión, sesiones clínicas formativas y acreditadas con crítica constructiva y la formación en gestión clínica de los líderes para que se propicie una formación en cascada hacia los demás integrantes de la unidad, son aspectos fundamentales que resaltan los directivos e integrantes de las UGC, como necesarios para promover un cambio de modelo en la organizaciones sanitarias. Como refiere López y cols. (2008), para que la formación sea un factor de desarrollo e innovación es preciso que se concrete en planes de formación que tengan unos caracteres integrales y permanentes en el tiempo, gestionados desde la propia empresa y con la implicación de esta en la planificación, gestión, implementación y evaluación de los mismos. Solo una formación continuada y planificada en el tiempo, garantizará la consecución de los objetivos y la efectividad de la misma.

Una búsqueda de una cultura orientada al conocimiento implica la formación de líderes, agentes de cambio y personal de relevo (Minsal y cols., 2007). El papel del líder debe ser de facilitador y soporte, desde un modelo de gestión participativo. La formación de líderes propicia ambientes de enseñanza aprendizaje en las unidades asistenciales. La existencia de una política activa de formación y desarrollo profesional y una adecuada asignación de recursos, favorecen escenarios clínicos donde la formación de los profesionales contribuye a impulsar el encaje organizativo de la gestión clínica en las instituciones sanitarias.

El liderazgo participativo, las competencias profesionales, la participación ciudadana, la Formación Continuada, la interdisciplinariedad y la Investigación en las UCG, son las estrategias identificadas por los profesionales, que pueden contribuir al cambio de un modelo burocrático, hacia un modelo de gestión clínica descentralizado. No obstante, para que se genere este cambio de modelo, se requiere de *tiempo* para generar una cultura y un liderazgo participativo; de un *Marco Jurídico regulatorio* de las UGC garantizando su continuidad y permanencia; de fomentar un sentido de co-responsabilidad entre las instituciones sanitarias (sus políticas, planeación estratégica, asignación de recursos) y los profesionales (valores, conocimien-

tos, motivación) y de formación continuada que como afirma Cidoncha y cols. (2007), resulta imprescindible para mantener la competencia profesional y garantizar la calidad de los servicios sanitarios.

Conclusiones

El proyecto GESTAP, tal como se había planeado, ha permitido desarrollar, a partir del análisis de las distintas experiencias que se han puesto en marcha utilizando la IAP y otras metodologías participativas, así como las estrategias identificadas por profesionales de la salud vinculados al SSPA, una propuesta metodológica con posibilidades de aplicación al ámbito de la gestión clínica, con énfasis en la formación de los profesionales que las integran, para que incorporen metodologías participativas en su quehacer cotidiano.

Esta propuesta resulta especialmente interesante en el momento actual, en que los profesionales tienen que afrontar una situación de crisis económica que les afecta de forma determinante a la vez que a las instituciones de salud. La adopción de metodologías participativas, como las que se proponen en GESTAP, pueden resultar un revulsivo para estimular la creatividad de los profesionales y devolver así la motivación hacia la gestión desde nuevas miradas y perspectivas.

El proyecto GESTAP ha permitido conocer la percepción de los profesionales involucrados en la gestión clínica sobre las posibilidades de participación en los procesos de trabajo y organización de las Unidades de Gestión Clínica. Los profesionales en sus diferentes roles son capaces de identificar los condicionantes que encuentran para una gestión participativa. Son conscientes de que están instalados en un modelo jerárquico y vertical que no favorece la acción participativa y que arrastran una cultura organizacional basada en el cumplimiento de directrices, y a pesar de todo creen que el cambio es posible, aportando algunas claves para poder llevarlo a cabo. El interés de los profesionales por la gestión clínica participativa se manifiesta a través de estrategias que implican cambios profundos en la organización y voluntad de hacerlo por parte de todos los grupos profesionales que la integran.

El proyecto GESTAP ha permitido identificar los puntos críticos que favorecen el trabajo cooperativo en las UGC. De hecho, los profesionales han mostrado una gran preocupación por el entorno y la forma en cómo éste les afecta a la hora de introducir cambios en el modelo de gestión clínica (querer y no poder). Muchas de las estrategias que identifican llevan aparejados cambios estructurales que a

su vez condicionan las estrategias internas que estarían dispuestos a adoptar en la UGC para hacerla más participativa.

Las estrategias que se formulan tienen un gran componente empírico, son realistas y en su mayoría factibles. Sin embargo, los profesionales son conscientes de que hay mucho que modificar en componentes actitudinales, como los que apuntan a vencer el escepticismo que les producen los cambios organizacionales que no llegan a efectuarse ni evaluarse.

El proyecto GESTAP ha permitido identificar y comprender las estrategias formativas para el desarrollo profesional en la gestión clínica del SSPA. Precisamente el elemento más llamativo y omnipresente en los grupos de consenso sea la Formación como el eje vertebrador que haría posible un cambio hacia una gestión participativa en las UGC. Y se alude a todo tipo de formación y en todos los niveles de la organización. Este apartado es el que hace posible la identificación de las competencias que van a sustentar un plan de formación acorde con las posibilidades reales de cambio y las expectativas concretas de los profesionales.

El proyecto GESTAP no supone una ruptura con los modelos emergentes de gestión del cambio en el SSPA, puesto que está sustenta-

do en una visión de la organización desde dentro, o sea, a través de la opinión y las expectativas de los profesionales. Por ello refuerza y complementa estrategias para el desarrollo profesional ya instauradas, como la gestión por competencias, la Gestión de Planes de Desarrollo Individual, la metodología de procesos o la evaluación continua.

Implicaciones prácticas y continuidad

El proyecto GESTAP y su propuesta SIIMPLE ofrecen una oportunidad para trabajar con los líderes de las UGC una estrategia de gestión de la crisis actual, reforzando su papel como líder participativo y devolviendo el protagonismo a los profesionales, para que sean ellos quienes se replanteen y propongan, dentro de la situación existente en cada unidad, cuáles son los objetivos posibles a los que podrán dar cobertura, así como la forma de alcanzarlos y evaluarlos, en un proceso de autogestión organizado y liderado por el responsable de la unidad.

El modelo GESTAP está sustentado plenamente en la formación de los profesionales y particularmente de los responsables de las UGC. Se trata de una propuesta formativa que:

- a) Implica a la organización, pues está anclada en los objetivos y acuerdos de gestión establecidos.
- b) Se basa en la definición previa de competencias.
- c) Utiliza diversidad de recursos y metodologías docentes, con una apuesta especial por las TICs.
- d) Apuesta por la innovación y la generación reflexiva de conocimiento.
- e) Es interdependiente, en el sentido de que necesita del establecimiento de alianzas internas y externas para su implementación.
- f) Es sostenible, en el sentido de que son los propios profesionales quienes la alimentan a través del conocimiento reflexivo.

Sin duda un pilar fundamental para el desarrollo de esta propuesta son las Unidades de Formación Continuada de los centros, que han de servir de estímulo, apoyo y acompañamiento durante el proceso formativo. Por ello se hace necesario que en las propuestas formativas que se deriven de ella se incorporen a los responsables de formación de los centros, además de los líderes y diferentes responsables que integran las UGC. Hay tres funciones que los responsables de formación tendrían que desarrollar:

- a) Apoyo metodológico en el diseño de la actividad
- b) Soporte y acompañamiento durante el proceso de implementación de la estrategia SIIMPLE
- c) Evaluación con énfasis en la medición del impacto al final.

La propuesta formativa GESTAP pone énfasis en los tres pilares que los profesionales reconocen por su capacidad transformadora: gestión clínica participativa, prácticas basadas en la evidencia e incorporación de TICs. En su planificación operativa, la formación ha de entenderse como un proceso emergente que involucra a las diferentes estructuras de la organización, que a su vez forman la arquitectura metodológica del proyecto (ver figura 1):

1. *Órgano planificador*, que decide las condiciones que los centros deben reunir para su participación, establece las alianzas necesarias, fija un cronograma y destina los recursos necesarios.
2. *Órgano asesor*, como soporte científico-metodológico, que debe fijar las condiciones operativas para el desarrollo de los programas de formación, así como sus contenidos y orientación, teniendo también competencias en el seguimiento y la evaluación del impacto de las experiencias SIIMPLE que se deriven de la formación.

3. *Órgano docente*, que se encargaría de implementar los programas de formación, en los que necesariamente estarían involucrados profesionales de reconocida experiencia y competencias en gestión clínica participativa.

Los programas de formación desarrollados deberían garantizar la diseminación de experiencias en los centros asistenciales, mediante la implantación de la estrategia SIIMPLE de gestión participativa en las UGC. Estas experiencias han de constituirse como semilleros de generación de experiencia y conocimiento que debe servir para alimentar nuevas iniciativas de formación, con lo que se garantiza el efecto multiplicador y la sostenibilidad de la propuesta.



Figura 1 Estructura de una intervención docente siguiendo el modelo GESTAP

VII. BIBLIOGRAFÍA

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (Sin año). Modelo de Gestión de Planes de Desarrollo Individual (GPDI) en el SSPA. Conceptos claves. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/formacionsalud/export/sites/default/galerias/descarga_documentacion_referencia/Guia_GPDI_beta.pdf [Acceso 26 de abril de 2011].

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (Sin año). Manual de Competencias del médico/a de Familia de Atención Primaria.

Disponible en: <http://www.parss1-manuales.net/Documentos/Pasantia/P5/01%20AND%20MFam%20en%20AP%20Mapa%20competencias%20acreditacion.pdf> [Acceso 20 de Mayo de 2009].

Alcalde Escribano J, Landa García JI, Ruiz López P (2002). Gestión Clínica de Procesos. Revista de Administración Sanitaria, VI(21). Disponible en: http://dinamica.soccas.cl/index.php?option=com_

content&view=article&id=86:gestion-de-procesos-asistenciales&Itemid=79 [Acceso 5 de Mayo de 2009].

Amezcuca, Manuel (2010). Investigación Aplicada en Cuidados de Salud. *Index de Enfermería*, 19(4): 237-239.

Balcalzar, F (2003). Investigación, acción participativa, aspectos conceptuales y dificultades de implementación. *Fundamentos en humanidades*. Universidad Nacional de San Luis; 7,8: 59-77. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1272956> [Acceso 23 de Marzo de 2011].

Cano Flores, Milagros (1997). Investigación Participativa: Inicios y Desarrollos. *Ciencia Administrativa*. Nueva Época, 1:86. Disponible en: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls_new/docs/dip_1sp/inv_participativa.pdf [Acceso 10 de Mayo de 2009].

Castro, A.; Lupano, M.L. (2005). Diferencias individuales en las teorías implícitas del liderazgo y la cultura organizacional percibida. *Boletín de Psicología*; 85: 89-109.

Cereto Montserrat, Román; Siering, Frank (2005). Argumentos para las unidades de gestión Clínica. *Enfermería clínica*, 15(4): 237-41.

Cidoncha Moreno, M^a Ángeles; Gistau Torres, Carmen; Alonso Vallejo, M^a Milagros; Martínez de Guereñu Ortuoste, Ana (2007). La formación continuada de las supervisoras y supervisores. Análisis de intereses de formación y factores influyentes. *Tesela*; 2. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts2/ts6393.php> [Consultado el 10 de Marzo de 2012].

Delgado Hito A, Sola Prado I, Mirabete Rodríguez R, Torrents Ros M, Blasco Afonso R, Barrero Pedraza N, Catalá Gil A, Mateos Dávila M, Quintero C (2001). Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa. *Enferm Intensiva*; 12(3): 110-12. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2013704> [Acceso 11 de Mayo de 2009].

Font David, Piqué Josep M., Guerra Francisco, Rodés Joan (2008). Implantación de la gestión clínica en la organización hospitalaria. *Med Clin (Barc)* 130(9): 351-6.

Garzón C, Vivas M (1999). Una didáctica constructivista en el aula universitaria. *Educere Arbitrada*; 3(5). Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/19454/1/articulo3-5-5.pdf> [Acceso 23 de Marzo de 2011].

Guevara Cabrera, Rosa María; Baltazar Tellez, Rosa Maria (2010). Liderazgo en Enfermería. Desarrollo Cientif Enferm. 18(6). Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/18/r18-265.php> [Consultado el 10 de Marzo de 2012].

Junta de Andalucía. Consejería de Salud (2006). Modelo de Gestión por Competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud, Pp. 7-93.

López Alonso SR, Hueso Montoro C, Rodríguez Gómez S, Gala Fernández B, Amezcua M, Pérez Hernández RM (2010). La Investigación Acción Participativa. Rev ROL Enf; 33(3): 178-185.

López Sánchez, Antonia; López de Lis, Carmen; Martínez Mora, Manuel; García Villanego, Luis; Pérez Cabeza, Francisco Javier (2008). El proceso de acreditación de la Unidad de Formación Continuada del Distrito de Atención Primaria de Cádiz - La Janda. Tesela; 4. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts4/ts6874.php> [Consultado el 8 de Marzo de 2012].

Llano Señarís, Juan del; Rodríguez Roldán, José Manuel; Jiménez Martín, M^a José (2010). El camino para la excelencia en la atención sanitaria pasa por el liderazgo. La Biblioteca Cochrane Plus Número

1 ISSN 1745-9990 1745-9990. Disponible en: <http://cochrane.bvsa.lud.org/doc.php?db=gestion&lib=BCP&id=GCS21-x> [Acceso 8 de Mayo de 2009].

Minsal Perez, Delaray; Perez Rodriguez, Yudit (2007). Hacia una nueva cultura organizacional: la cultura del conocimiento. ACI-MED [online]. 16(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/aci/v16n3/aci08907.pdf> [Consultado el 10 de marzo de 2012].

Mintzberg, H (2009). Gestionar el gobierno, gobernar la gestión. Foro gestión clínica 2.0. Nuevas perspectivas para una nueva década. Área de gestión de la práctica asistencial. Escuela Andaluza de Sapud Pública. Granada. Disponible en: http://si.easp.es/gestionclinica/wp-content/uploads/2009/10/Doc-6.-Gestionar-el-gobierno-gobernar-la-gestion-_Mintzberg_.pdf [Acceso 10 de Mayo de 2009].

Ortún Rubio, Vicente (2003). Gestión Clínica y Sanitaria de la práctica diaria a la academia, ida y vuelta el encaje organizativo de la gestión clínica. En: Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Barcelona: Masson, Pp. 2-35.

Ortún Rubio, Vicente (1995). Clínica y gestión. Med Clin (Barc); 104: 298-300.

Patiño Rubiano, B (2006). Gestión por competencias. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de minas, posgrado en gestión empresarial. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/1967/1/10288030.2006.pdf> [Acceso 15 de Marzo de 2011].

Pedraja R, Liliana; Rodríguez P., Emilio (2004). Efectos del estilo de liderazgo sobre la eficacia de las organizaciones públicas. Revista Facultad de Ingeniería, U.T.A.; 12(2): 63-73.

Pereda, Carlos; Prada, Miguel Ángel; Actis, Walter (2003). Investigación, acción participativa, propuesta para un ejercicio activo de la ciudadanía. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos32/investigacion-accion-participativa-ejercicio-ciudadania/investigacion-accion-participativa-ejercicio-ciudadania> [Acceso 12 de mayo de 2009].

Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I (2008). Educación interprofesional: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2.

Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). [Acceso 8 de Mayo de 2009].

Ros, Luis H (2005). Formación continuada: un reto ante un futuro próximo. *Radiología*; 47(1): 37-41.

Ruiz de Vargas, Echevarría C (2009). Unidades de Gestión Clínica. *Rehabilitación*; 43(3): 89-91.

Servicio Andaluz de Salud (2011). Borrador del proyecto de decreto de ordenación y regulación de la gestión clínica en el Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: http://www.simeal.org/Noticias/borrador_UCG.pdf. [Consultado el 10 de Marzo de 2012].

Sin autor (2007). Un protocolo de investigación acción para aumentar el sistema de aprendizaje y práctica interprofesional. *BMC Health Services Research*, 7:144.

Tejada Fernández, José; Navío Gámez, Antonio (Sin año). El desarrollo y la gestión de competencias profesionales: una mirada desde la formación. *Revista Iberoamericana de Educación*. Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/1089Tejada.pdf> [Consultado el 8 de marzo de 2012].

Varela, Jordi; Castells, Xavier; Iniesta, Cristina; Cots, Francesc (2008).
Instrumentos de la gestión clínica: desarrollo y perspectivas. Med
Clin (Barc); 130(8):312-8.

Anexo 1. MAPA DE ESTRATEGIAS GESTAP

GESTAP FASE III- MODELIZACION: MAPA DE ESTRATEGIAS

GRUPO CONDUCTOR ¿qué competencias necesita desarrollar un líder de UGC para implementar estrategias participativas?

1a. Garantizar la adecuación de los directores y otros responsables de las UGC a un estilo de liderazgo participativo

Seleccionar los líderes de forma participativa y consensuada en el equipo

JS1 Establecer sistemas de selección y formación de los líderes - JS6 Proponer sistemas distintos de elección de líderes - GS4 Que el líder salga de los propios profesionales y que sea elegido por éstos. - JED7 escoger cuando menos grupos de personas por perfiles que sean capaces de expresar y hacer valer las opiniones de todos - JED11 selección de los jefes contando con la participación de los profesionales - AD12 controlar a los cargos

intermedios, intentar que sean los participantes en la UGC quien decidan su líder - GR8 Dirección: los miembros de la UGC participen proponiendo el director de la unidad que nombra el gerente, que no sea vitalicio (periodos de 4 años) - GR13 Establecimiento de un método participativo en la elección del director de la unidad y coordinadores.

1b. Garantizar la adecuación de los directores y otros responsables de las UGC a un estilo de liderazgo participativo

Formar en gestión clínica a los líderes de UGC

JS8 Establecer planes de formación de acceso a la función de gestión - JS10 Formación a los responsables de las UGC y que estos responsables transmitan la formación a los demás (cascada) (Esta estrategia también aplica para los profesionales de las UGC).

1c. Garantizar la adecuación de los directores y otros responsables de las UGC a un estilo de liderazgo participativo

Adoptar un modelo de toma de decisiones compartidas

JES1 menos jefes y más indios y así se evitaría la bicefalia, eliminar las bicefalías - GD3 Dirección: crear un consejo de dirección en el que estén representados todos los estamentos - SD3 autorizar a los miembros de la UGC para recusar al director de la UGC - JR1

No tanta delegación en los equipos directivos por los profesionales - GR9 Dirección: que el director no asuma todas las tareas, que las coordine, pero nombrar otra serie de cargos relacionados con los distintos estamentos - GR17 democratizar la toma de decisiones partiendo de un liderazgo participativo - SP1 fomentar líderes naturales que disminuyan el incumplimiento de los deberes - JED1 reparto de obligaciones - AS18 formularía un paradigma alternativo: medicina basada en las preferencias - JP6 participar e implicarnos más en el área de trabajo.

2. Consolidar el Modelo de Gestión Clínica en el Sistema de Salud (marco jurídico-autonomía- tiempo-formación)

MODELO JS2 Avanzar hacia modelos horizontales de gestión - AS11 explorarían modelos europeos de nuestro entorno en la provisión y financiación - AS13 extender la gestión clínica a todo el sistema sin excepción - AS17 exportaría el modelo a otros territorios - SS2 pacto por un modelo que perdure en el tiempo, no sujeto a cambios políticos - SS5 cambio paulatino de la organización levantando el pie del acelerador estableciendo mecanismos de control/revolución - JES3 reestructurar el modelo organizativo del hospital y distrito para encajar el modelo de GC - SR8 Disminuir la variabilidad de los modelos de gestión dentro de

la organización, definir un modelo único - SR11 adoptar Modelos de GC más eficientes.

MARCO JURIDICO AS5 formularía leyes sobre aspectos relevantes, emocionales y de gran calado social (salud pública, tabaco, reproducción, sexualidad) - AS16 legislaría las UGC para darle seguridad jurídica - GS2 Perfilar una normativa que regule las UGC - SS8 definir un marco regulatorio de la GC en el marco de la atención especializada - SD4 las unidades tendrían que crear modelos de gestión más participativos, tendría que estar contemplado en la normativa. Comisiones en la unidad que tuvieran la representatividad de los profesionales.

AUTONOMIA JS9 Dar autonomía a los profesionales para su pertenencia a las UGC - AS8 dar mas autonomía pero hacerles incurrir en riesgos financieros - SS12 potenciar el modelo de gestión clínica a través de una estrategia sólida cercana al punto de vista de los profesionales con una visión profesional multidisciplinar - JES5 dotar de mayor autonomía a la UGC - SS6 modelo reñido con la credibilidad del sistema y propongo un análisis de situación del entorno donde incorporar la gestión clínica teniendo en cuenta la madurez, la implicación y la decisión personal de la unidad - SD4 las unidades tendrían que crear modelos de gestión más participativos, tendría que estar

contemplado en la normativa. Comisiones en la unidad que tuvieran la representatividad de los profesionales - AD16 implantación de modelos de acción participativa -GR1 Aprovechar la filosofía de la PBE para mejorar la gestión y la participación de los profesionales en la dinámica de la GC, el entendimiento de los objetivos derivados de la mejores evidencias disponibles -JR8 fomentar el sistema de decisiones compartidas que involucre más al profesional en la gestión -SR15 sistema de gestión abierto donde se permita la opinión de profesionales y usuarios - SP2 capacidad de autogestión - JEP3 potenciar la autogestión.

TIEMPO JED14 favorecer tiempo para la actividad no asistencial - AD7 Gestión del tiempo - AR2 evitar tiempo en el ordenador para dárselo al paciente - JR7 Desarrollar modelos organizativos internos relacionados con la optimización de la gestión del tiempo - JES6 proporcionándoles más tiempo no asistencial para actividades necesarias.

FORMACION GR7 tomar conciencia del proyecto y creérselo, desde la formación y dar responsabilidad al director del proyecto - AR9 utilizar la capacidad de formación para descentralizar las decisiones que sean específicas de las UGC.

OTROS JR6 Aceptar que no todo lo que provenga de la administración es negativo - AP2 la promoción y la prevención en

salud sobre el predominio terapéutico, mas costoso - GP4
Fomentar las UGC existentes - JES2 adecuar las estructuras a los
procesos - SS9 esfuerzo de la organización en el reconocimiento
del profesional- AS4 reforzar la responsabilidad social de empresa.

3. Promover un Modelo de Gestión de personal basado en competencias (selección- mapas de competencias- estabilidad- motivación-reorganización - Incentivos no económicos)

SELECCION JS7 Solicitar un cambio en el modelo de contratación y asignación a la unidades - GS7 Dotar de capacidad de contratación al responsable de la ---UGC, que debe participar junto al equipo directivo y sindicatos poniendo límites - AD15 poder seleccionar los eventuales, menos temporalidad.

MAPAS DE COMPETENCIAS GS1 Cambiar el sistema de contratación a través de mapas de competencias - SS3 fomentar la contratación por competencias - SS13 sistema de carrera profesional basado en competencias y cumplimiento de objetivos con incentivos económicos vs flexibilidad horaria o gestión de agenda - JES10 selección de profesionales por competencias - SP3 establecimiento de un plan que contemple criterios objetivos con participación de empresa, sindicatos, sociedades científicas, y UGC para definir los perfiles competenciales al puesto de trabajo

específico - AS15 convergería la gestión por competencias de forma estructural.

ESTABILIDAD GS3 Consolidar el equipo, darle continuidad temporal al equipo - GS8 Mejorar la estabilidad del personal en la UGC - AS1 reducir la variación interprofesionales, menor variación, menor gasto.

MOTIVACION declaración de conflicto de intereses de los profesionales - AD6 -trabajar en aspectos de motivación de los profesionales - JP4 facilitar la acreditación de los profesionales y que avancen en la carrera profesional- JD4 Luchar por cambiar las cosas - JED2 cumplir con lo que te piden y después dedicarte a lo que crees que es verdaderamente importante - JED4 saber aprender de los demás - AD17 medidas para conseguir mejor aprovechamiento en los resistentes al cambio - AS19 apoyar la conciliación familiar y desarrollo profesional - AS2 atender a las sugerencias (la organización) - JS5 Hacer lo adecuado y hacerlo bien (Reorientación) - JR2 -No dar importancia a las críticas destructivas de los profesionales - Acabar con la frustración de los profesionales - JEP1 potenciar el compromiso de los profesionales.

REORGANIZACION AR1 reorganización del personal con reparto de tareas por persona y turnos - JER2 Redistribuir las cargas de trabajo asistencial según responsabilidades (si eres responsable de

varias comisiones no puedes hacer las mismas actividades que los demás) - GR15 Aprovechar el apoyo de los SSCC y la variabilidad del conocimiento de los profesionales. - AR3 evitar el solapamiento de contenidos (lo importante solo una vez, y atender al paciente) - AP1 reforzar la personalización de cuidados.

INCENTIVOS NO ECONÓMICOS JS3 Replantiamiento del sistema de incentivos por objetivos - AS12 reforzaría los incentivos no monetarios compensando la reducción fiscal - JR3 establecer sistemas de compensación y beneficio no solo económicos (Me parece que esta podría ser competencia de la administración) - JR9 motivar al personal con incentivos a nuestro alcance - GR12 El director de la UGC debe ser el responsable último en el reparto de incentivos, delegando en superiores o responsables de áreas. Disminuir la diferencia entre los diferentes estamentos. Valorar el grado de participación en la consecución de los objetivos - GR14 Establecimiento de un sistema de incentivos que sea proporcional al cumplimiento de los objetivos y más justo entre cada categoría y entre las distintas categorías - SR14 mejorar las estrategias de incentivos para capacitar el reconocimiento del esfuerzo e implicación de los profesionales- AD14 dar un buen uso al CRP- SR2 contemplar aspectos individuales - JEP2 apoyo a las iniciativas e innovaciones de los profesionales, incentivar las capacidades e iniciativas.

4. Formular objetivos de manera consensuada y patiendo de las necesidades de cada unidad y de las expectativas de la población atendida

GS5 Consensuar los objetivos que se pongan en la unidad - JES8 disminuir los objetivos ligados al gasto y aumentar los ligados a asistencia de calidad - JED3 consensuar objetivos - JER1 plantear los objetivos con un enfoque cualitativo dirigido a las necesidades del paciente-población, hacer una gestión por valores más que por objetivos - JER4 objetivos individuales considerando los intereses de la unidad y del propio profesional - SR4 que los objetivos de gestión sean de resultados, no de procesos - JP1 Potenciar el trabajo en equipo a través de los objetivos - JP2 mayor interés continuado con los objetivos - SR7 reformulación de necesidades y compromisos del acuerdo de gestión.

5. Establecer un sistema de evaluación de resultados a través de medición periódica de indicadores

GS6 no comparar con otras unidades sino con cifras globales de la organización - GS10 Hacer auditorías periódicas para verificar si los registros se corresponden con la realidad - AS3 comparación con otros hospitales del mismo nivel - AS7 uso de estudios con indicadores medibles que permitan evaluación periódica (audit) -

JD9 establecer un sistema de retroalimentación de los resultados ligado a los incentivos económicos - GD6 Política de retroalimentación por la administración sobre ventajas de trabajar con programas en base a resultados - JED6 informar sobre los logros alcanzados - JED8 evaluar resultados - JED10 evidenciar mediante indicadores la bondad del modelo - AD2 revisar dentro de cada unidad lo que hacemos, cómo lo hacemos y ver lo que podemos hacer para optimizar los recursos (autoevaluación) - AD1 valorar qué cambios podemos hacer para mejorar la UGC basado en la experiencia de todos los involucrados - JER3 utilizar los errores para mejorar la calidad - SR6 Establecer un sistema de evaluación periódica a los profesionales basado en las competencias - AD11 controlar la información - AS9 contrato programa orientado a resultados.

6. Fomentar un modelo de Gestión de recursos financieros eficiente

AS3 hacer una adecuación de los recursos a la demanda asistencial real - AS6 auditar el material fungible que se consume en el hospital - AS10 ajustar gasto en farmacia y fungible, reducir cosas pero no personas - JES9 en época de recortes presupuestarios recortar la oferta de servicio - JES7 adaptar tareas y programas a las necesidades más importantes y aumentar los

recursos en momentos de mayor demanda - AD13 controlar la cartera de servicios - GR3 Buscar los recursos más eficientes - GR10 Controlar los recursos - AR5 control estricto de lo superfluo, uso eficiente de los recursos - SR11 adoptar Modelos de GC más eficientes.

7. Promover la participación de los ciudadanos en las UGC

SS7 sincronización de las expectativas del ciudadano con las del profesional y la organización - SS4 Voluntad y mucha paciencia a nivel de usuario y sobre el dictamen que te da un director de UGC - SS10 dar más poder al profesional frente al ciudadano - SS11 Las unidades de gestión que las dirijan los usuarios - JES4 contar con la opinión de los usuarios, diseñar herramientas o espacios de interlocución - SS14 fomentar desde la organización la responsabilidad en la toma de decisiones de los ciudadanos - SD1 concienciación de los ciudadanos/as - JED13 plantear escuelas de salud enfocadas a salir a la sociedad para hacer educación sanitaria - GR11 Que participen representantes de la población en la definición de objetivos - GR16 Que el paciente sea atendido en su domicilio - AR6 reforzar la participación ciudadana - SR9 Conocer y dar a conocer la necesidades reales de los ciudadanos para definir objetivos razonables - SR12 marcar objetivos poblacionales.

8. Aumentar la oferta de Programas de Formación continuada de acuerdo a las necesidades de cada UGC y propiciado la formación de formadores (Líderes)

JES11 aumentar la formación, hacer posible en horario laboral y con sustituto - JES12 diseñar planes de formación de acuerdo a los valores y a los objetivos de la unidad de gestión - JD3 Aumentar la oferta formativa tanto en gestión como en trabajo en equipo - GD2 Dar formación sobre la GC - JD8 establecer planes de fc en gestión para quien ya ejerce esa función (Es papel de la administración) - JED9 entender la formación como un verdadero elemento estratégico (Puede ser interperutado desde la organización o desde los profesionales) - hace falta “evangelización” - AD5 sesiones clínicas formativas y acreditadas con crítica constructiva, debate - AD8 formación en gestión de recursos del personal - JR4 Formación a los responsables de las UGC y que estos responsables transmitan la formación a los demás (cascada) - GR6 La formación debería salir de la propia UGC, basada en la EDP, formar a formadores, un líder formativo - GR5 Que los profesionales se formen a ellos mismos aprovechando los que tienen más conocimientos - JER6 entender la formación como un verdadero elemento estratégico (Puede ser interperutado desde la organización o desde los profesionales)

Sesiones clínicas conjuntas entre todos los estamentos - JER5 diseñar planes de formación de acuerdo a la población a la que se atiende - AR7 dirigir la formación hacia la mejora de la calidad de la misma - AR8 hacer sesiones clínicas formativas acreditadas - SR10 formar a los profesionales en la GC - JP3 Potenciar la formación continuada - GP1 Aprovechando que tenemos el apoyo de la organización estimular la formación de los integrantes de la UGC - GP3 Formación: elaborar un plan de formación que cople las necesidades de la UGC, del hospital y de los profesionales.

9. Fomentar las Redes de comunicación e información en las UGC (TICs)

JD1 Reuniones programadas frecuentes para mejorar la comunicación interna y la formación - JD5 Establecer un plan de comunicación interno que explique el modelo - JD6 Establecer reuniones internas para favorecer la comunicación del equipo - JD7 disponer de un tiempo estipulado para las reuniones de equipo en horario laboral - GD1 Implantar un sistema de información y de conocimiento de la unidad - JR5 Mejorar los sistemas de información. Desempeñar bien nuestras funciones - JR10 información de forma programada y frecuente de los resultados que se obtienen - GR2 Comunicación y transparencia

de los resultados - SR1 reconocimiento y visibilización de todos los profesionales del sistema (DIRAYA) - SR3 Información veraz de la oferta de servicio, no engañar al usuario - SR5 potenciar los canales de comunicación para que todo el mundo esté informado, los profesionales y la administración (en las nóminas entra todo el mundo) - SR13 aumentar la comunicación aprovechando las nuevas tecnologías sin saturar los canales - SP4 establecimiento de un plan de comunicación externo e interno que mejore el proceso comunicativo y la imagen de los profesionales sanitarios.

TICS SS1 Nuevas tecnologías al servicio del profesional fundamentalmente simplificando al máximo su uso - SS15 Creación de un foro virtual experto para el diseño del modelo de gestión clínica que estamos proponiendo y que discrimine la variabilidad de la UG - SS16 apostar por la integración y homogenización de los sistemas de información que faciliten el seguimiento institucional de las UGC. - GD1 Implantar un sistema de información y de conocimiento de la unidad.

10. Fomentar Trabajo en equipo y la Interdisciplinariedad entre los profesionales de las UGC (trabajo protocolizado)

JD2 Primar el grupo sobre la individualidad - GD5 Partiendo de las amenazas de la sobrecarga asistencial y las exigencias de los pacientes nos defendemos mediante trabajo en equipo con

puesta en marcha de protocolos y haciendo uso de la experiencia de los trabajadores - GD7 Programar espacios de tiempo para la coordinación asistencial, realizar dentro de cada especialidad unos talleres para el trabajo en equipo.

Sesiones grupales de las UGC - JED5 creación de espacios de reflexión con la participación de todos los profesionales para la gestión ante los problemas o toma de decisiones - AD9 reuniones multidisciplinares para tomar decisiones sobre los pacientes - GP2 Trabajo en equipo tener un área de trabajo más favorable. Incidir en la personalización de los pacientes - JP1 Potenciar el trabajo en equipo a través de los objetivos - JP5 demandar mi autonomía reforzando mi papel dentro del equipo - GP5 Formar a los profesionales en trabajo con grupos - AD10 coordinación entre UGC con pacientes comunes- JED15 reuniones periódicas con los componentes de la UGC - AD4 repartición de tareas y competencias, implantación de la enfermera referente.

TRABAJO PROTOCOLIZADO GD4 Establecer protocolos y hacerlos ver a la gente que existen - GD5 Partiendo de las amenazas de la sobrecarga asistencial y las exigencias de los pacientes nos defendemos mediante trabajo en equipo con puesta en marcha de protocolos y haciendo uso de la experiencia de los trabajadores - AD3 puesta en uso de vías clínicas.

11. Promover de la investigación en las UGC y la Práctica Basada en Evidencia

SD2 docencia e investigación en gestión - JED12 fomento de la investigación - GR4 Prioriza la línea de cuidados y realizar investigaciones sobre lo que estamos haciendo - AR4 reforzar la medicina basada en la evidencia como marco de decisión - Adaptación de guías de práctica clínica generales al medio en concreto de la UGC - AS14 haría institutos de conocimiento, como un paso de la GC.

ATIPICA. Aprovechar la oportunidad de la fusión hospitalaria (Granada)

GS11 Participación de los profesionales en la unificación de los dos hospitales “escuchar en lugar de hablar” - GS12 En la unificación de los 2 hospitales aprovechar la experiencia en GC con los que no tienen ese contacto, unirlos para formar un proyecto ilusionante - GS13 Fusión de los dos hospitales - GS14 Unificar los sistemas informáticos en la fusión de los dos hospitales.

Anexo 2. PLAN DE FORMACIÓN BASADO EN COMPETENCIAS GESTAP

GESTAP FASE III- MODELIZACION: MAPA DE ESTRATEGIAS

GRUPO CONDUCTOR ¿qué competencias necesita desarrollar un líder de UGC para implementar estrategias participativas?

ESTRATEGIA 1a **Garantizar la adecuación de los directores y otros responsables de las UGC a un estilo de liderazgo participativo**
Que el líder de la UGC sea seleccionado de forma participativa y consensuada en el equipo

COMPETENCIA

Consenso en la toma de decisiones estratégicas

DEFINICION

Proceso participativo en el que intervienen todos los miembros de las UGC en la selección de sus líderes. Las decisiones se toman tras una valoración crítica y argumentada que conlleva a consensos de-

	mocráticos.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Desarrolla habilidades de comunicación efectiva entre los miembros de las UGC.	Taller sobre Habilidades de comunicación.
Trabaja grupalmente en torno a objetivos comunes.	Métodos de consenso.
Toma decisiones estratégicas a través de métodos de consenso.	Métodos de consenso.

ESTRATEGIA 1b **Garantizar la adecuación de los directores y otros responsables de las UGC a un estilo de liderazgo participativo**

Que el líder de la UGC tenga formación en Gestión Clínica

COMPETENCIA	DEFINICION
Actitud de aprendizaje y mejora continua.	La actitud de aprendizaje implica la transmisión de conocimientos (saber) y habilidades (saber hacer), para mejorar continuamente las competencias de los líderes de las UGC.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Realiza acciones formativas.	Cursos de formación para los líderes de las UGC en gestión clínica.
Mantiene una reflexión activa sobre su trabajo, para mejorar la atención sanitaria.	Taller sobre resolución de problemas.
Apoya valores corporativos de aprendizaje continuo, al extender los procesos de formación y desarrollo en cascada.	Cursos de formación en gestión clínica extensivos a los integrantes de las UGC.

ESTRATEGIA 1c **Garantizar la adecuación de los directores y otros responsables de las UGC a un estilo de liderazgo participativo**

Que el líder de la UGC adopte el modelo de toma de decisiones compartidas

COMPETENCIA	DEFINICION
Liderazgo participativo.	El liderazgo participativo implica gestionar voluntades, proveer el marco, los valores, los recursos y la motivación a los miembros de las UGC para que sean capaces de conseguir objetivos previamente acordados. El líder debe estimular la participación y la implicación de los miembros del equipo para promover una cultura democrática en las UGC.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Formula e implanta decisiones previamente consensuadas.	Métodos de consenso.
Promueve una cultura organizacional fundamentada en la participación de sus integrantes.	Talleres sobre formación en habilidades de liderazgo, motivación de equipos, cultura de la organización.
Desarrolla y evalúa mecanismos de participación efectivos para los miembros de la organización.	Talleres sobre mecanismos de participación ciudadana en la gestión clínica.

ESTRATEGIA 2 Consolidar el Modelo de Gestión Clínica en el Sistema de Salud (marco jurídico-autonomía-tiempo-formación)

COMPETENCIA	DEFINICION
Orientación hacia los profesionales.	Valora y respeta a los profesionales. Considera a los profesionales el mayor activo de la empresa.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Analiza con los profesionales la situación real de la UGC, sus fortalezas y debilidades.	Discusión dirigida. Grupos DAFO.
Discute y analiza con los profesionales sus necesidades, tanto las objetivas como las sentidas.	Taller sobre Habilidades de comunicación: Escucha activa.
Delega tareas. Muestra confianza y respeto hacia los profesionales.	Grupos de mejora.
Elabora conjuntamente con los profesionales los objetivos de la UGC, tanto los colectivos como los individuales.	Técnicas de consenso.
Elabora un reparto de incentivos transparente y consensuado.	Técnicas de consenso.
COMPETENCIA	DEFINICION
Orientación al ciudadano.	Orienta su actividad y la de su UGC hacia las necesidades en salud de su población.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Considera las necesidades percibidas por la población.	Reuniones con grupos clave de la comunidad para la evaluación de

	Necesidades.
Analiza las reclamaciones con una actitud positiva y espíritu crítico.	Análisis estratégico/ Resolución de problemas.
Informa a la población sobre la situación (fortalezas y debilidades) y logros de su UGC.	Mesas redondas y foros informativos con la comunidad.
COMPETENCIA	DEFINICION
Planificación estratégica.	Analiza la situación de su UGC y las necesidades de su población, teniendo en cuenta sus recursos y elaborando objetivos reales e que establecen plazos y estrategias.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Define y detalla por escrito los objetivos previamente consensuados.	Cursos de formación en gestión clínica (Modulo: formulación de objetivos).
Asigna los recursos tanto materiales como humanos para su logro.	Práctica en escenarios reales (elaboración de presupuestos, asignación de personal).
Elabora estrategias para el logro de los objetivos previamente consensuados.	Cursos de formación en gestión clínica (Modulo: formulación de objetivos).
Establece metas intermedias.	Cursos de formación en gestión clínica (Modulo: formulación de objetivos).
Define plazos.	Práctica en escenarios reales (elaboración de planes de trabajo y cronograma de actividades).

ESTRATEGIA 3 Promover un Modelo de Gestión de personal basado en competencias (selección- mapas de competencias- estabilidad- motivación- reorganización - Incentivos no económicos)

COMPETENCIA	DEFINICION
Selección de profesionales por competencias.	Búsqueda e identificación de los integrantes de las UGC que posean las competencias que se han definido para el cargo, con el objeto de obtener el máximo desempeño profesional.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Identifica las competencias de los miembros de las UGC.	Curso de formación para los líderes de las UGC sobre gestión clínica (Modulo: gestión clínica por competencias).
Valora y clasifica los perfiles de competencias de los integrantes de las UGC.	Curso de formación para los líderes de las UGC sobre gestión clínica (Modulo: gestión clínica por competencias).
Define los perfiles competenciales al puesto de trabajo específico.	Curso de formación para los líderes de las de las UGC sobre gestión clínica (Modulo: gestión clínica por competencias).
Orienta a las personas en función de las competencias demostradas.	Talleres grupales.
COMPETENCIA	DEFINICION
Promoción de la acreditación profesional.	Proceso que promueve la acreditación de los integrantes de las UGC favoreciendo su desarrollo profesional (Programa de acreditación de competencias profesionales del

	Sistema Sanitario de Andalucía).
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Elabora mapa de necesidades formativas.	Estudios sobre identificación de necesidades.
Produce y desarrolla las competencias necesarias mediante el diseño, impartición y evaluación de acciones formativas.	Cursos de formación continuada extensivos a los integrantes de las UGC a partir del catálogo de las necesidades de formación identificados.
Orienta la carrera profesional de las personas de acuerdo a su potencial y preferencias.	Cursos de formación continuada extensivos a los integrantes de las UGC a partir del catálogo de las necesidades de formación identificados.
COMPETENCIA	DEFINICION
Desarrollo de un sistema de incentivos por el cumplimiento de objetivos e indicadores de desempeño.	Reconocimiento de los esfuerzos que los miembros de las UGC aportan en su trabajo. El desarrollo del potencial se mide con el cumplimiento de objetivos e indicadores de desempeño y se liga a los sistemas retributivos.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Evalúa las personas apreciando su potencial, desempeño y rendimiento.	Curso de formación para líderes de las UGC sobre gestión clínica (Modulo: evaluación de desempeño).
Flexibiliza e individualiza las retribuciones de acuerdo al desempeño de las competencias y los resultados alcanzados.	Curso de formación para los líderes de las UGC sobre gestión clínica (Modulo: asignación de incentivos).
Define las retribuciones variables mediante incentivos ligados a niveles de cumplimiento de desempeño.	Curso de formación para líderes de las UGC sobre gestión clínica (Modulo: evaluación de desempeño).

ESTRATEGIA 4 Formular objetivos de manera consensuada y patiendo de las necesidades de cada unidad y de las expectativas de la población atendida

COMPETENCIA	DEFINICION
Capacidad para formular objetivos estratégicos de manera consensuada.	Es la capacidad para desarrollar trabajo cooperativo entre los miembros de las UGC en la consecución de objetivos comunes.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Diseña objetivos a partir de las necesidades de la población atendida y con la participación de todo el equipo.	Estudio de necesidades. Taller sobre planeación estratégica (Formulación de objetivos organizacionales).
Evalúa objetivos a partir de indicadores medibles, cuantificables y con posibilidad de observación directa.	Taller sobre planeación estratégica (Evaluación de procesos, medición de indicadores).
Trabaja en equipo a partir de objetivos consensuados.	Métodos de consenso.

ESTRATEGIA 5 Establecer un sistema de evaluación de resultados a través de medición periódica de indicadores

COMPETENCIA	DEFINICION
Manejo de aplicaciones ofimáticas en la gestión de la información y la documentación.	Operar con bases de datos, internas o externas, con el fin de obtener y proporcionar la información necesaria, manteniendo siempre la integridad, la seguridad y la confidencialidad de acuerdo a las normas establecidas.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Obtiene la información requerida en la red -intranet o, de acuerdo con los procedimientos establecidos.	Talleres de manejo y uso de aplicaciones y fuentes de información disponibles en el centro.
Obtiene La información necesaria para la actividad y disponible en los archivos de la organización, actualizándola con la periodicidad establecida.	Talleres de ofimática.
Los datos obtenidos se trasladan mediante el uso de las utilidades ofimáticas necesarias, creando los documentos intermedios que permitan su posterior utilización, y aplicando los sistemas de seguridad establecidos.	Talleres de ofimática.
Respetar las normas de seguridad y privacidad en el acceso y búsqueda de la información disponible en la red interna.	Talleres sobre LOPD (ley orgánica sobre protección de datos).

COMPETENCIA	DEFINICION
Orientación al logro.	Inclinación a conseguir buenos resultados para la organización. Implica mostrar un impulso alto para conseguir retos y desafíos profesionales, aplicando de forma autodirigida la originalidad de planteamientos novedosos para alcanzar la meta planteada y fijar objetivos desafiantes por encima de los estándares.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Valora la consecución de resultados y la eficacia.	Grupos de mejora.
Realiza un análisis costo beneficio y fija las prioridades de sus objetivos en base a ese criterio.	Talleres sobre planeación estratégica (eficiencia).
Compromiso con la calidad.	Sesiones bibliográficas. Jornadas y Congresos.
Enfoque en Resultados.	Talleres sobre planeación estratégica.

COMPETENCIA	DEFINICION
Iniciativa y espíritu emprendedor.	Elaborar nuevas ideas o buscar soluciones, llevarlas a la práctica y tener una visión estratégica de los problemas que ayude a marcar y cumplir los fines previstos y a estar motivado para lograr el éxito deseable.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Capacidad de transformar las ideas en actos.	Práctica en escenarios reales (Resolución de problemas).
Habilidades para proponer objetivos, planificar y gestionar proyectos.	Taller “Cómo elaborar un proyecto”.

ESTRATEGIA 6 Fomentar un modelo de Gestión de recursos financieros eficiente

COMPETENCIA	DEFINICION
Gestión y control administrativo de recursos humanos.	Efectuar la contratación de los nuevos empleados, con objeto de dotar a la organización de los recursos humanos que precise para cumplir sus objetivos, de acuerdo con la normativa laboral, las condiciones pactadas y las instrucciones marcadas.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Gestiona (Controla) el personal, reflejando adecuadamente las incidencias para la nómina, de acuerdo con la normativa laboral vigente y los procedimientos establecidos.	Práctica en escenarios reales. Tutorización.
Planifica adecuadamente el número de personas necesario para llevar a cabo las tareas requeridas con las garantías de calidad necesarias (Administra adecuadamente las condiciones de trabajo, adaptando las plantillas a las necesidades asistenciales.)	Práctica en escenarios reales. Curso de formación para los líderes de las UGC sobre gestión clínica (Módulo: gestión clínica por competencias/ gestión de Recurso Humano).
Confecciona los mapas de competencias de los profesionales de la unidad.	Curso de formación para los líderes de las UGC sobre gestión clínica (Módulo: gestión clínica por competencias/ gestión de Recurso Humano).
Identifica y reconoce los profesionales mejor formados y más implicados con la organización y los mantiene dentro del sistema.	Práctica en escenarios reales/ análisis estratégico para la gestión del recurso humano.

COMPETENCIA	DEFINICION
Análisis de problemas.	Capacidad de una persona de realizar un análisis lógico y estructurado de una situación o problema hasta llegar a determinar, con un margen de error razonable, las posibles causas o alternativas de solución de esa situación o dificultad.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Maneja con dominio informaciones y situaciones muy complejas, incluso ambiguas.	Práctica en escenarios reales. (Resolución de problemas).
Es capaz de reducir escenarios complejos y sus alternativas de actuación a presentaciones sencillas y claras.	Práctica en escenarios reales. (Resolución de problemas).
Considera escenarios futuros complejos, que analiza con visión estratégica.	Métodos de Consenso. Análisis estratégico.
COMPETENCIA	DEFINICION
Gestión y control del presupuesto.	Controlar las desviaciones del presupuesto asignado mediante unos índices de referencia previamente establecidos, con el objeto de optimizar los recursos.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Controla periódicamente el gasto e identifica y cuantifica las desviaciones positivas o negativas aparecidas en el plazo establecido.	Curso de formación sobre gestión clínica (Modulo: efectividad y eficacia en la gestión sanitaria).
Controla y analiza los resultados de	Curso de formación sobre gestión

las actuaciones de ajuste, comprobando si han producido el resultado previsto y comunicando las incidencias detectadas.	clínica (Modulo: efectividad y eficacia en la gestión sanitaria).
Sabe fijar prioridades.	Curso de formación sobre gestión clínica (Modulo: efectividad y eficacia en la gestión sanitaria).
Planifica y organiza la actividad en función de los presupuestos.	Curso de formación sobre gestión clínica (Modulo: efectividad y eficacia en la gestión sanitaria).
Exige la asignación de presupuestos realistas basados en la realidad de la UGC.	Curso de formación sobre gestión clínica (Modulo: efectividad y eficacia en la gestión sanitaria).

ESTRATEGIA 7 Promover la participación de los ciudadanos en las UGC

COMPETENCIA	DEFINICION
Orientación a los ciudadanos. ¹	El/la profesional de las UGC promueve la toma de decisiones del ciudadano con respecto a su proceso asistencial, ofreciendo la información oportuna que le permita participar y elegir con conocimiento, y propiciando el cumplimiento de sus derechos.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Facilita el ejercicio de los derechos de los ciudadanos.	Trabajo en grupo/ Métodos de consenso con la participación de los ciudadanos.
Diseña objetivos orientados a las necesidades de los ciudadanos.	Estudio de necesidades.
Promueve espacios de interlocución profesionales-ciudadanos.	Métodos de consenso.
Desarrolla Habilidades para la comunicación efectiva.	Taller sobre Habilidades de comunicación.
COMPETENCIA	DEFINICION
Participación de los ciudadanos en la planeación estratégica.	Promueve la participación de los ciudadanos en la planificación, ejecución y evaluación de los servi-

¹ Programa de acreditación de competencias profesionales del Sistema Sanitario de Andalucía

	cios de las UGC.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Diseña objetivos orientados a las necesidades de los ciudadanos.	Estudio de necesidades.
Toma de decisiones consensadas con los ciudadanos.	Métodos de consenso.
Evalúa indicadores de satisfacción de los ciudadanos.	Curso de formación en gestión clínica (Modulo: Evaluación de procesos, medición de indicadores).
COMPETENCIA	DEFINICION
Formación de los ciudadanos (promoción del autocuidado).	Desarrollo de conocimientos y habilidades de individuos y comunidades a través de programas de formación continuada.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Identifica las necesidades de formación de los ciudadanos.	Estudio de necesidades.
Lleva a cabo actividades educativas, de detección de riesgos y de prevención para promover y mantener la salud.	Explicación oral (conferencia, curso, taller, seminario, etc.).
Fortalece organizaciones como las asociaciones de usuarios a través de procesos de formación continuada.	Cursos de formación para los ciudadanos a partir del estudio de necesidades.

ESTRATEGIA 8 Aumentar la oferta de Programas de Formación continuada de acuerdo a las necesidades de cada UGC y propiciado la formación de formadores (Líderes)

COMPETENCIA	DEFINICION
Relaciones interprofesionales. Sentido de pertenencia al grupo.	Establecer fórmulas de comunicación entre los miembros del equipo orientadas a favorecer la formación entre profesionales.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Propone actividades formativas partiendo de las necesidades y expectativas individuales de cada profesional dentro del grupo.	Consenso (tormenta de ideas).
Identifica y reconoce las carencias formativas de los miembros del equipo.	Estudio de necesidades formativas.
Establece estrategias de aprendizaje cooperativo entre los miembros del equipo.	Métodos de consenso. Reuniones de equipo.
Utiliza convenientemente la entrevista de desarrollo profesional para el pacto e incentivo de actividades formativas como objetivo de desarrollo individual.	Curso de formación en gestión clínica (Modulo: gestión clínica por competencias/ gestión de Recurso Humano).
Establece mecanismos de comunicación interna entre profesionales que favorezcan la homogeneidad procedimental.	Taller sobre Habilidades de comunicación.
COMPETENCIA	DEFINICION
Aprendizaje y mejora continua.	Estar “al día”. Asimilar e incorporar

	nueva información y experiencias en su trabajo. Evaluar sistemáticamente la propia actuación (autocrítica y gestión del error) para la consecución de mejoras.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Reconoce los errores, los analiza y propone cambios para mejorar. Aprende de sus errores.	Resolución de problemas.
Muestra inquietud por la investigación aplicada.	Talleres de metodología de investigación.
Identifica, busca y analiza las mejores evidencias científicas y las incorpora a su práctica clínica (gestión de la información y del conocimiento).	Curso de formación en PBE.
Participa activamente con el equipo en la incorporación de cambios, los propone, analiza y evalúa. Proactivo y constante.	Grupos de mejora.
COMPETENCIA	DEFINICION
Manejo de las TICs.	Conocer tecnologías orientadas a la actividad docente e investigadora (internet, correo electrónico, herramientas informáticas de la organización.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Conoce y utiliza programas ofimáticos para la programación, elaboración y convocatoria de actividades formativas.	Talleres informáticos.
Incorpora el uso de plataformas virtuales para la realización de cur-	Talleres informáticos.

sos on-line.

Busca oportunidades en el uso del correo electrónico como medio de comunicación entre profesionales y como herramienta para la tutorización de actividades formativas.

Talleres informáticos.

COMPETENCIA

Metodología docente.

DEFINICION

Conocer técnicas didácticas y pedagógicas para diseñar, coordinar e impartir actividades docentes.

BUENA PRACTICA

Identifica y reconoce los profesionales más formados e implicados de manera que propicia la formación en cascada de los mismos (formador de formadores).

ACCION FORMATIVA

Curso de formación en gestión clínica (Modulo: gestión clínica por competencias/ gestión de Recurso Humano).

Propone y coordina actividades formativas, participando como docente.

Cursos de formación continuada.

ESTRATEGIA 9 Fomentar las Redes de comunicación e información en las UGC (TICs)

COMPETENCIA	DEFINICION
Utilización de entornos virtuales de aprendizaje a partir de las nuevas Tecnologías de Información y Comunicación –TICs-.	Reflexionar y decidir sobre las TICs al servicio de los profesionales, para que a través de entornos de aprendizaje virtuales garanticen procesos de formación continuada de los miembros de la Unidad.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Conoce los diferentes entornos de aprendizaje virtuales.	Simulación informática. Práctica en escenarios reales.
Utiliza las diferentes herramientas de los entornos de aprendizaje virtuales.	Simulación informática. Práctica en escenarios reales.
Construye nuevas formas de comunicación e interacción a través de entornos virtuales.	Simulación informática. Práctica en escenarios reales.
Participa en los cursos virtuales de formación continuada de la Unidad.	Simulación informática. Práctica en escenarios reales.
COMPETENCIA	DEFINICION
Construcción de habilidades para una Comunicación Efectiva.	Proceso de interacción entre los miembros de las UGC, que promueve la formación de habilidades para la comunicación efectiva, a partir de la apertura al dialogo y la escucha, capacidad de argumentación y toma de decisiones consen-

	suadas.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Maneja habilidad de escucha y empatía.	Taller sobre Habilidades de comunicación.
Conoce habilidades en el manejo de la comunicación no verbal.	Role Play.
Desarrolla su capacidad argumentativa.	Técnicas de consenso grupales.
Toma decisiones a partir de consensos colectivos.	Técnicas de consenso grupales.

ESTRATEGIA 10 Fomentar Trabajo en equipo y la Interdisciplinariedad entre los profesionales de las UGC (trabajo protocolizado)

COMPETENCIA	DEFINICION
Trabajo en equipo y relaciones inter-profesionales.	Establecer fórmulas de colaboración y comunicación de la información orientada a la consecución de objetivos comunes.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Estimula las relaciones personales entre los miembros del grupo para conseguir un mayor entendimiento y mejora las actuaciones conjuntas.	Role play.
Establece proactivamente relaciones con otras personas de las que enriquece y a las que aporta.	Comisión.
Trata de identificar conflictos subyacentes y llegar al centro del problema para mejorar la integración y coordinación de actuaciones del grupo.	Resolución de problemas.
Resuelve conflictos y situaciones difíciles dentro del equipo.	Resolución de problemas.
COMPETENCIA	DEFINICION
Aplicación de los procedimientos y normalización de la práctica clínica.	Reflexionar y determinar las oportunidades del uso de vías para el consenso y la normalización de la práctica clínica.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Sintetiza el conocimiento actual	Sesiones clínicas, sesiones bi-

disponible sobre el impacto de las intervenciones sanitarias de interés.

bliográficas.

Conoce los procesos de elaboración de guías y protocolos normalizados de trabajo.

Talleres de metodología de elaboración de protocolos y guías de práctica clínica.

Adapta guías de práctica clínica disponibles a entornos concretos.

Grupos de mejora, sesiones clínicas.

ESTRATEGIA 11 Promover de la investigación en las UGC y la Práctica Basada en Evidencia

COMPETENCIA	DEFINICION
Capacidad innovadora.	Reflexionar y decidir sobre las oportunidades de introducir mejoras evidenciables.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Cuestiona las rutinas.	Discusión – Rol Play.
Busca las mejores evidencias de buenas prácticas.	Sesiones bibliográficas.
Identifica oportunidades de mejora de la práctica clínica.	Grupos de mejora. Sesiones clínicas.
Favorece el desarrollo de investigación aplicada.	Talleres de metodología de investigación.
COMPETENCIA	DEFINICION
Búsqueda en fuentes de conocimiento.	Proceso de localización y selección crítica de las mejores evidencias disponibles en las fuentes de conocimiento.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Conoce las BDD y fuentes documentales en salud.	Taller búsquedas bibliográficas: Simulación informática.
Utiliza los recursos informáticos para la búsqueda de evidencias.	Taller búsquedas bibliográficas Simulación informática.
Define estrategias de Búsqueda documental.	Taller búsquedas bibliográficas: Sesiones bibliográficas.
Realiza lectura crítica de la literatura científica.	Taller búsquedas bibliográficas: seminario.
Localiza y selecciona las mejores evidencias disponibles.	Taller búsquedas bibliográficas: Simulación informática.

COMPETENCIA	DEFINICION
Utilidades de la práctica basada en evidencias.	Proceso continuo de búsqueda, reflexión y análisis de evidencias para la toma de decisiones clínicas.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Formula preguntas clínicas útiles para obtener respuestas relevantes.	Taller para la elaboración de preguntas PICOT.
Conoce las metodologías primarias y secundarias de investigación.	Curso en metodologías de investigación.
Evalúa y clasifica las evidencias científicas.	Curso en PBE.
Implementa evidencias científicas en su práctica clínica y evalúa sus resultados.	Curso en PBE.

COMPETENCIA	DEFINICION
Orientación al ciudadano.	Orienta su actividad y la de su UGC hacia las necesidades en salud de su población.
BUENA PRACTICA	ACCION FORMATIVA
Considera las necesidades percibidas por la población.	Reuniones con grupos clave de la comunidad para la evaluación de necesidades.
Analiza las reclamaciones con una actitud positiva y espíritu crítico.	Análisis estratégico/ Resolución de problemas.
Informa a la población sobre la situación (fortalezas y debilidades) y logros de su UGC.	Mesas redondas y foros informativos con la comunidad.

COMPETENCIA	DEFINICION
-------------	------------

Planificación estratégica.	Analiza la situación de su UGC y las necesidades de su población, teniendo en cuenta sus recursos y elaborando objetivos reales e que establecen plazos y estrategias.
<hr/> BUENA PRACTICA	<hr/> ACCION FORMATIVA
Define y detalla por escrito los objetivos previamente consensuados.	Cursos de formación en gestión clínica (Modulo: formulación de objetivos).
Asigna los recursos tanto materiales como humanos para su logro.	Práctica en escenarios reales (elaboración de presupuestos, asignación de personal).
Elabora estrategias para el logro de los objetivos previamente consensuados.	Cursos de formación en gestión clínica (Modulo: formulación de objetivos).
Establece metas intermedias.	Cursos de formación en gestión clínica (Modulo: formulación de objetivos).
Define plazos.	Práctica en escenarios reales (elaboración de planes de trabajo y cronograma de actividades).