



VALIDACIÓN DE LA HERRAMIENTA PARA
LA EVALUACIÓN POR COMPETENCIAS EN
EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE
NAVARRA. INSTRUMENTO AL_COM.

ALICIA GAÍNZA CALLEJA
UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA
PAMPLONA



Validación de la herramienta para la evaluación por competencias en el Complejo Hospitalario de Navarra.

Instrumento AL_COM

Alicia Gaínza Calleja

Trabajo Fin de Máster en Investigación en Ciencias de la Salud

2012



Validación de la herramienta para la evaluación por competencias en el Complejo Hospitalario de Navarra.

Instrumento AL_COM

Trabajo Fin de Máster presentado por Alicia Gaínza Calleja para la superación del Máster en Investigación en Ciencias de la Salud

dirigido por Blanca Marín Fernández

Máster en Investigación en Ciencias de la Salud por la Universidad Pública de Navarra. Escuela Universitaria de Estudios Sanitarios.

Pamplona, septiembre 2012

A mi abuelo, por enseñarme en estos meses
que por muy profundo que uno caiga,
levantarse podrá costar, pero nunca es imposible.

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas a las que he de agradecer colaboración en este proyecto de una u otra forma. Todas aquellas que han colaborado directamente en la realización del proyecto van a ser nombradas a continuación, pero también me gustaría agradecer a mi familia y a la persona que tengo a mi lado (con la que pronto compartiré una vivencia muy especial para los dos), todo su apoyo en los momentos de flaqueza y todos sus abrazos en los momentos de satisfacción. Por todo ello, gracias.

Pero este trabajo no habría sido posible sin la desinteresada colaboración del un colectivo enfermero, conocidas previamente o no, que se ha involucrado de lleno junto conmigo en este proyecto. Ellas son:

A Begoña Flamarique, Marisol Zubiri, Leire Azcona, Rebeca Doiz, Cristina López y María González. Gracias a todas por ayudarme en los comienzos de este proyecto y por ser mis amigas.

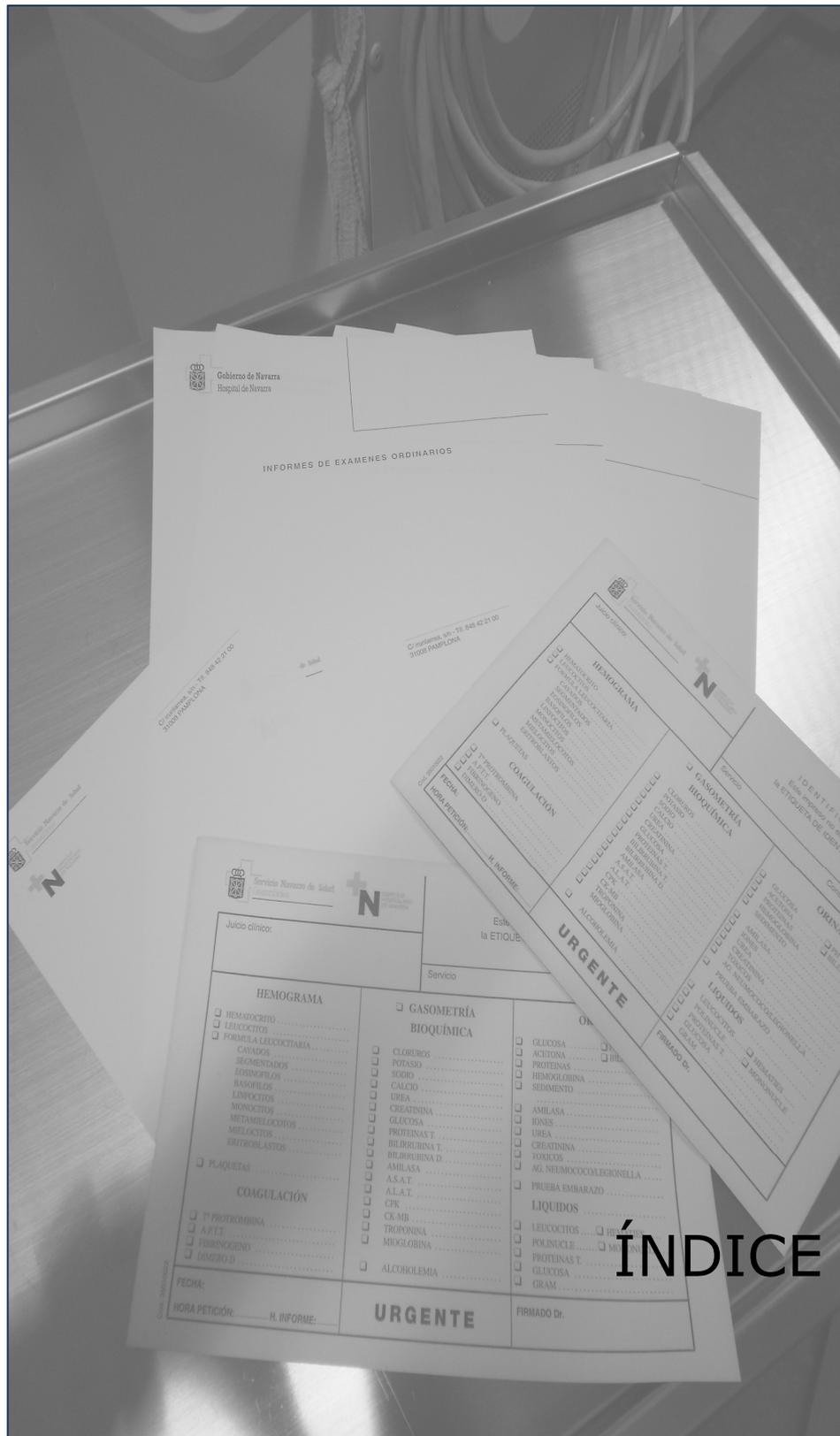
A Xabier Antomás Osés (gracias por todas tus grandes aportaciones), Asunción Merino Peralta (siempre dispuesta a ayudar), Ana M^a Lanz Gil (a pesar de las dificultades que has tenido), Isabel Martínez, Juana Hermoso de Mendoza, Asunción Navallas Rebole, Elena Antoñanzas Baztán, M^a Isabel Osácar Equisoain, Marta Ancín Pagoto, M^o Jesús Armendáriz Andueza, Isabel Irigoyen Aristorena (gracias por tu disponibilidad y disposición a ayudarme), Teresa García Araguas, Arantxa Catalan Illumbe, Carmen Pegenaute Albistur, Pilar Cerdan

López, Ines Abad, Nekane Espelosin, Cristina Gárriz Murillo, Marta Zazpe Ustárroz, Mentxu Goñi, M^a José Barbarin, Isabel Pascual, Teresa Iguaz, Belen Martínez Abarca, Patricia de Ulibarri Navarcorena, Lourdes Albizu, Marian Arilla, Ana Campión, Raquel Abellaneda y Elena Labat Yanguas (gracias también por todas nuestras confianzas y por tu ofrecimiento siempre desinteresado). A todos vosotros gracias por haberme atendido en algún momento de este proyecto, por haberme escuchado y por haber conformado el excelente panel de expertos que habéis logrado.

A Berta Vicuña, Jefe de Unidad de Enfermería de Planes de Cuidados de Enfermería del Complejo Hospitalario de Navarra, por su inestimable aportación en lo referente al contacto con los panelistas y por su disponibilidad fuera, incluso, de su jornada laboral.

A Blanca Marín Fernández, Profesora Titular de Universidad del Área de Enfermería,

Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Pública de Navarra. Por todo su apoyo, dedicación, todos sus consejos y por tutorarme, sin ti no sería posible este trabajo.



ÍNDICE

ÍNDICE	PÁGINA
1.- INTRODUCCIÓN Y ESTADO DE LA CUESTIÓN	5
1.1.- La gestión por competencias	5
2.- OBJETIVOS	15
3.- METODOLOGÍA	17
3.1.-Elaboración del instrumento de evaluación por competencias	17
3.1.1.- Experiencias anteriores	17
3.1.2.- Selección del contenido y adecuación al entorno	23
3.1.3.- Diseño del cuestionario	47
3.1.4.- Pilotaje del cuestionario	56
3.2.-Estudio Delphi	57
3.2.1.-Procedimiento seguido	62
3.3.- Análisis de los datos	69
4.- RESULTADOS	75
4.1.- Interpretación de los resultados	75
4.1.1.- Resultados primera ronda Delphi	75
4.1.2.- Resultados segunda ronda Delphi	87

	PÁGINA
4.2.- Instrumento AL-COM.	95
5.- DISCUSIÓN	108
6.- CONCLUSIONES	115
7.- BIBLIOGRAFÍA	118
8.- ANEXOS	122



INTRODUCCIÓN: ESTADO DE LA CUESTIÓN.

La gestión por competencias

Estamos inmersos en una época de crisis global. Necesitamos, por tanto, buscar nuevas alternativas que ayuden a optimizar los recursos, entre ellos los humanos, y nos lleven por el camino de la eficiencia y la efectividad. Además este periodo de carencias puede ser aprovechado como una buena oportunidad para realizar cambios. Cambios en cuestiones hasta ahora incuestionables. La gestión por competencias es una herramienta estratégica que puede ayudarnos en este cambio. Tiene como principal objeto identificar el talento de cada persona para poder potenciarlo y maximizar resultados^{1,2}. Gestionar por competencias no es, hoy por hoy, nada nuevo. El concepto de competencia puede remontarse varios siglos atrás. Este tipo de gestión se está utilizando en el mundo empresarial para optimizar la utilización de los recursos, sobre todo recursos humanos.

¿Todos los profesionales son iguales? El concepto de competencia se basa, precisamente, en las diferencias entre las personas y las habilidades y comportamientos de los trabajadores, principalmente en los que son difíciles de adquirir. Las empresas que gestionan de manera adecuada sus recursos, no sólo materiales sino humanos (posiblemente los más importantes), serán capaces de generar una ventaja

competitiva¹ con respecto a otras que no lo consigan con tanto éxito. Esta ventaja competitiva generada repercute en la calidad, punto clave del éxito de una empresa, junto con la disposición de su equipo humano. Cuanto mejor integrado esté el equipo y más se aprovechen las cualidades de cada uno de sus integrantes, más fuerte será la empresa. A esto se refiere la gestión por competencias, la cual crece en importancia en el mundo empresarial. La aplicación de este modelo de gestión ofrece un novedoso estilo de dirección en el que prima el factor humano. Cada persona aporta sus mejores cualidades a la empresa, dando como resultado esa ventaja competitiva de la que hemos hablado anteriormente³.

Hasta hace 20 años, en los hospitales prevalecía una estructura muy jerarquizada, con mentalidad rígida y con un funcionamiento marcado por el reglamento. Todo esto conllevaba una escasa identificación por parte de los trabajadores con el centro, lo cual desembocaba en una escasa participación e implicación. Ya en los años ochenta apareció el modelo gerencial como referente para la dirección y gestión de los hospitales. Con él se consiguió una mayor implicación del profesional en la gestión y un mayor protagonismo del paciente. Este modelo ayudó a que la figura de la enfermera adquiriese más importancia y comenzase a despegar como una profesión autónoma en el mundo de la sanidad. A este hecho ha de unirse el desarrollo académico experimentado por esta

¹ Concepto desarrollado por E Porter. Es el conjunto de atributos de una empresa (y de sus productos) que la distinguen de sus competidores y que son reconocibles por sus clientes. Esta cualidad hace posicionarse a la empresa por encima de la media y de su competencia directa en el mercado durante un tiempo sostenido y prolongado.

profesión. Se incorporó, con este modelo, la competitividad, la eficiencia y la calidad como valores principales⁴.

Hoy en día, en Sanidad, ya se han abandonado los modelos sanitarios de beneficencia y biomédico, que acompañaban a la situación descrita líneas más arriba, y estamos inmersos en el modelo economicista. Pero en este ámbito, aunque se haya adoptado este modelo como en la empresa de producción, no se ha reproducido la estructura gerencial de éstas. La salud no tiene precio, pero la sanidad sí tiene un coste. La plantilla, es decir, el personal es lo que más "miedo" puede generar a los gestores puesto que no se asumen gastos sólo para la adquisición del personal, contratación en este caso, sino que el mantenimiento del mismo tiene un precio mucho más elevado que el de cualquier aparato que se pueda ser necesario y se adquiera.

Por este motivo, se refuerza la idea expuesta en párrafos anteriores de que, puesto que los recursos humanos en una empresa pueden llegar a ser el elemento más costoso en términos económicos, se hace necesario optimizarlo al máximo. Para ello podemos aplicar la gestión por competencias, cuyo objetivo principal es identificar el talento de las personas que trabajan en una organización o empresa y potenciarlo para maximizar los resultados.

El término competencia puede adoptar dos acepciones. La primera de ellas, hace referencia a la suma o conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes de un profesional que le permiten tomar las decisiones más apropiadas en cada situación. Puede entenderse como una cualidad de cada persona, aquello que el profesional hace. La

competencia puede entenderse también, en su segunda acepción, como el ámbito de responsabilidad en la práctica profesional, la delimitación del campo de actuación de cada profesional o grupo de profesionales. Es decir, puede entenderse como el área de responsabilidad.

La gestión por competencias se centra en la primera de las acepciones expuestas. Para que el profesional lleve a cabo buenas prácticas es necesario que se presenten los cinco elementos que componen la competencia: conocimientos (saber), habilidades (saber hacer), actitudes (saber ser), motivación (querer hacer) y aptitud profesional y medios (poder hacer)⁵. Para esto se requiere trabajar con equipos de salud renovados, capaces de asumir el cuidado de la salud de las personas y sus familias, en el escenario epidemiológico actual en el que se agregan los problemas emergentes como salud mental, enfermedades crónicas y envejecimiento de la población. Distintos actores plantean la falta de profesionales idóneos como un obstáculo para enfrentar este desafío⁶.

La evaluación de estas competencias profesionales, así como la formación continuada, son cualidades que se incluyen en los esquemas de gestión de los llamados "Hospitales Magnéticos"^{7,2}. Numerosos estudios demuestran que la gran mayoría de las enfermeras que trabajan en hospitales, no se encuentran demasiado satisfechas en su entorno laboral. Según estudios publicados en Estados Unidos, las enfermeras piensan que tienen un escaso control sobre su entorno

² Fue en un estudio pionero llevado a cabo en 1982 por la American Academy of Nursing el que identificó 41 hospitales "magnéticos" definidos como aquellos que atraían de manera constante y retenían a los profesionales de enfermería, que eran instituciones estupendas para trabajar y que proporcionaban unos cuidados de enfermería excelente a los pacientes. Las características de estos hospitales forman parte de las bases del Magnet Recognition Program desarrollado por el American Nurses Credentialing Center en 1991.

laboral y sienten que no son valoradas por el trabajo que realizan. En ese país a los hospitales que no generan estos sentimientos en las enfermeras los han denominado, como se indica líneas más arriba, Hospitales Magnéticos. Una de sus cualidades fundamentales es la prioridad que confieren a Enfermería. Los Hospitales Magnéticos se caracterizan por tener una estructura horizontal, con poco personal supervisor, dando a los profesionales enfermeros mayor autonomía, control sobre la práctica y satisfacción laboral. En ellos se da una buena comunicación entre enfermeras y médicos, es decir, consideran a la enfermera como el eje fundamental del cuidado hospitalario, lo que garantiza la calidad de los cuidados y una mejora en los resultados de los pacientes⁸. Durante unos 20 años el equipo formado por Marlene Kramer y Claudia Schmalenberg³ junto con otros colegas, han estudiado la cultura de la excelencia en los hospitales magnéticos y han comparado las experiencias y las percepciones del personal de enfermería que ejercen en estos hospitales con otros profesionales que no lo hacen. En un estudio que este grupo publicó en *Magnet Hospitals Revisited* (2002), los profesionales de enfermería de plantilla que trabajaban en 14 hospitales magnéticos identificaron 8 atributos como esenciales respecto a la calidad de cuidados:

- Medidas de apoyo a la formación.
- El trabajo con otros profesionales de enfermería clínicamente competentes.
- Relaciones profesional de enfermería/médico (PE/M) positivas.

³ Marlene Kramer es vicepresidenta de enfermería en Health Science Research Associates, en Apache, Arizona, Estados Unidos. Claudia Schmalenberg es investigadora asociada y consultora en Health Science Research Associates, en Tahoe City, California, Estados Unidos.

- Práctica de enfermería autónoma.
- Una cultura que valora la preocupación por el paciente.
- El control de la práctica profesional de enfermería.
- La percepción de una plantilla adecuada.
- El apoyo de la dirección de enfermería⁹.

De estos atributos, son principalmente cuatro los que resultan interesantes para el tema de este trabajo. Todos ellos están relacionados con las competencias enfermeras.

1.-El trabajo con otros profesionales de enfermería clínicamente competentes: Los profesionales de enfermería que trabajan en hospitales magnéticos siempre han considerado este aspecto como "importante" para la calidad de los cuidados y como "presente" en los Hospitales realmente Magnéticos mientras que en los otros hospitales, los profesionales de enfermería señalan que, aunque es un aspecto "importante", no suele estar "presente". Estos profesionales que forman parte de los Hospitales Magnéticos consideran como evidencia de **competencia clínica** los cursos de especialidad, los grados formativos y las revisiones y refuerzos formales e informales realizadas por los propios colegas. La plantilla de enfermeros de dichos hospitales también considera que sus colegas eran más competentes que los profesionales de enfermería que ejercen en los hospitales que aspiran a la calificación de magnéticos⁹.

2.- Práctica de enfermería autónoma: la definición que las autoras hacen de autonomía es la resultante de su propio estudio (encuesta a 289 profesionales de 14 Hospitales Magnéticos). Así

pues, definen la autonomía como *libertad* para que el profesional “haga lo que conoce”, para tomar decisiones clínicas independientes a un nivel que “exceda al de la práctica de enfermería estándar”, todo ello para el mejor interés del paciente. Según los resultados de este estudio, hoy en día, los enfermeros necesitan *conocer* exactamente qué es lo que tienen que hacer si un paciente presenta un problema. Tal como señaló uno de los profesionales que fue entrevistado por las autoras del trabajo, “Tú no puedes decir simplemente “el médico lo prescribió o no lo prescribió” y encogerte de hombros. Ésta no es la actitud correcta, ya no es aceptable”. Los enfermeros que ejercían en distintos hospitales magnéticos citaron la práctica **clínica “basada en la evidencia”** como la fuente principal del conocimiento necesario para la **práctica profesional autónoma** en enfermería¹⁰.

3.- El control de la práctica profesional de enfermería: El control sobre la práctica clínica es un proceso participativo promovido por una estructura visible, organizada y viable a través de la cual los profesionales de enfermería reciben aportaciones y participan en el proceso de toma de decisiones relativo a los protocolos y normas de práctica clínica, así como en todas las cuestiones laborales que afectan a los enfermeros. Control significa tanto *aportaciones recibidas* como **capacidad para la toma de decisiones**⁹.

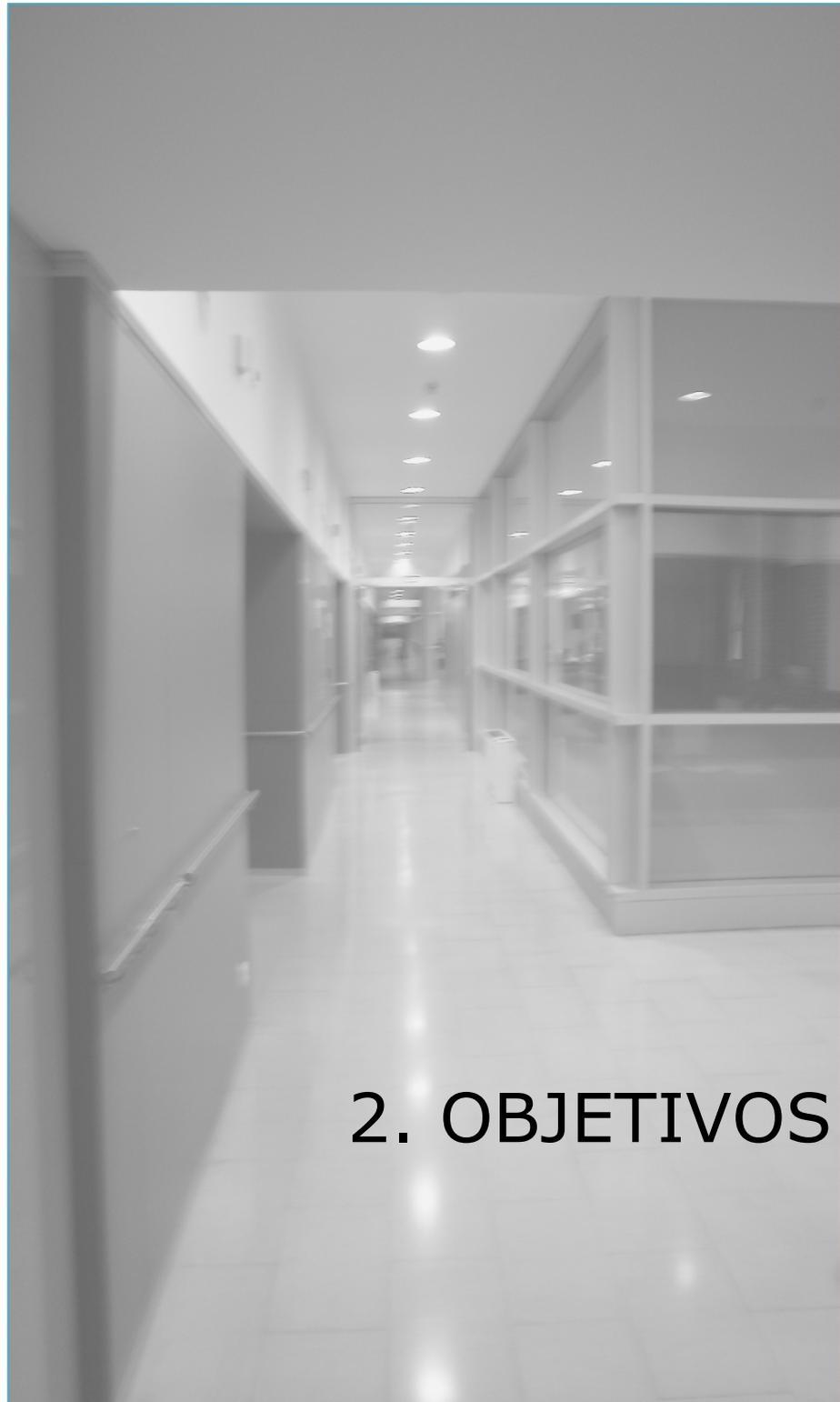
4.- La percepción de una plantilla adecuada: Tradicionalmente, para determinar la plantilla adecuada, los líderes de enfermería

utilizan indicadores objetivos (número de vacantes, el ritmo de bajas y altas, el parámetro horas de enfermería/paciente/día, los índices de gravedad/agudeza de los pacientes y el *case-mix* del hospital). Aunque no son indiferentes a estos parámetros, la percepción que tienen los propios profesionales de enfermería respecto a la adecuación de la plantilla está influida por otros factores: el **grado de competencia profesional** de los compañeros, la buena relación entre los componentes de la plantilla, la informatización de los registros y prescripciones, el número de nuevos graduados y de enfermeros correturnos, el grado de autonomía permitido, la idoneidad del apoyo y de los servicios auxiliares, y el sistema de cuidados que se proporciona¹¹.

De este modo puede observarse que existen, no sólo estudios que demuestran la importancia de las competencias enfermeras, sino también profesionales que las consideran importantes a la hora de ejercer su profesión: compañeros competentes, autonomía conseguida a través de la evidencia científica, control de la práctica profesional y percepción de una plantilla adecuada. Pero al trasladarnos a nuestro ámbito profesional las cosas no cambian mucho. Los sistemas de evaluación de competencias son una necesidad para un profesional que quiera mantener unos niveles de calidad adecuados y garantizar una asistencia correcta a sus pacientes. Aun entendiendo que no existe un instrumento perfecto, los circuitos de evaluación tipo Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECO) ya han demostrado su utilidad¹². La aplicación práctica de las mismas la encontramos en nuestro país

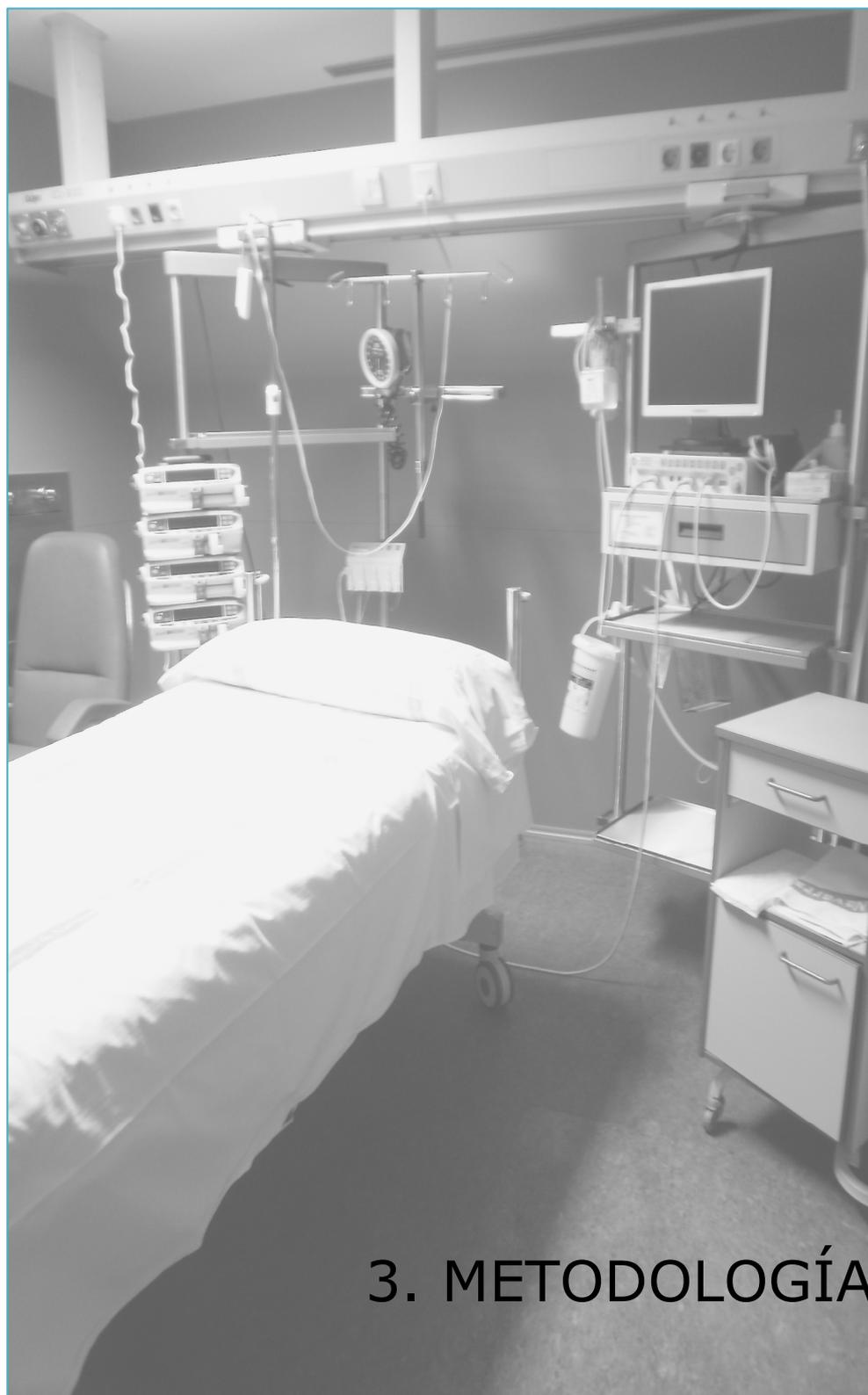
únicamente en las comunidades autónomas de Andalucía y Cataluña. Por este motivo de escasez de evaluación de las competencias enfermeras y aprovechamiento de los recursos humanos en nuestro Sistema Sanitario, el propósito de este proyecto es llevar a cabo la validación de un Instrumento para la Evaluación de las Competencias Enfermeras en la Comunidad Foral de Navarra, más concretamente en el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN).

Así mismo, la herramienta derivada de la evaluación de competencias enfermeras puede ser utilizada para conformar un sistema de incentivos dirigido a estos profesionales. Los incentivos más conocidos son los monetarios, pero también pueden tener otras naturalezas: promoción interna y mejoras en las condiciones de trabajo pueden servir como ejemplos. De cualquier modo, los incentivos pueden, no sólo racionalizar el gasto, sino también motivar a los profesionales y mejorar la calidad asistencial¹³.



2.-OBJETIVOS

- Construir un instrumento destinado a la evaluación de las competencias enfermeras en el Complejo Hospitalario de Navarra
- Realizar un proceso de validación del cuestionario que servirá como herramienta para la evaluación de las competencias de los profesionales de enfermería del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN).



3.- METODOLOGÍA

3.1.- Elaboración del instrumento de evaluación por competencias.

3.1.1.- Experiencias anteriores

Para valorar el estado de la cuestión en materia de salud, inicialmente se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como son: Pubmed, Cuiden, Scielo, Cochaine, Cinahl, Cuidatge, Enfispo o Guía Salud. Todas ellas bases de datos, bien de medicina basada en la evidencia o de temas enfermeros propiamente dichos. También se revisaron páginas web pertenecientes a los servicios de salud de otras comunidades autónomas y de la nuestra. Éstas son las que a continuación se citan:

www.juntadeandalucia.es,

www.iacs.aragon.es,

www.gencat.cat/ics/

www.navarra.es

Las palabras clave empleadas para la búsqueda fueron: valoración, análisis, gestión por competencias expertez, adquisición de habilidades, gestión hospitalaria, pericia clínica. También se realizó una búsqueda bibliográfica en inglés para ampliar el campo. En este caso las palabras clave utilizadas fueron nursing, personnel management, clinical competence.

De estas búsquedas se obtuvo información bibliográfica, de la cual aplicada al mundo sanitario no abundaban artículos. En concreto se encontraron artículos sanitarios relacionados con el tema de gestión por competencias en, principalmente, dos comunidades autónomas: Andalucía y Cataluña.

Dado que no eran muy abundantes en número, se realizó una lectura crítica de los artículos para tratar de valorar exhaustivamente los mismos. Afortunadamente la calidad de todos era alta con buenos grados de evidencia y pudo contarse con el apoyo de todos ellos.

Por otro lado, al observar que estas comunidades autónomas habían trabajado el tema de forma intensa, y de hecho, la gestión por competencias forma parte de su política sanitaria, se decidió formalizar un contacto directo con estas comunidades. Ambas han colaborado de forma muy activa.

La comunidad autónoma de Andalucía se dispone de datos de actividad en este ámbito desde el segundo trimestre de 2005¹⁴. En esta comunidad se ha elaborado el Programa de Acreditación de Competencias Profesionales del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) a través del cual se configuran los procesos de selección, evaluación del desempeño, gestión de la formación, promoción e incentivación⁵. En este caso, el conjunto de competencias que debe reunir el/la ocupante de un puesto de

trabajo es su "**Mapa de Competencias**". En él están identificadas las **Competencias** y las **Buenas Prácticas** (comportamientos observables) asociadas a las mismas, así como las **Evidencias** (o criterios de verificación para determinar la presencia de las buenas prácticas) y las **Pruebas** (instrumentos de medición y evaluación que determinan el cumplimiento de las evidencias de cada buena práctica integrada en una competencia profesional). Éstas se basan en lo que el profesional hace en situaciones reales.

Han elaborado Manuales para la Acreditación de los Profesionales Sanitarios a través de la formación de Comités Técnicos Asesores, conformados éstos, a su vez, por más de 500 profesionales sanitarios y la colaboración de representantes de las Sociedades Científicas. Se constituyó uno de estos Comités por cada especialidad o disciplina, de tal forma que se han generado diferentes Manuales de Competencias específicos para cada una de ellas. En todos los Manuales, las Competencias Profesionales están agrupadas en torno a cinco Bloques y diez Criterios, que dan respuesta al modelo de calidad del SSPA ⁵. (Anexo 1).

En el caso de Andalucía, se han establecido cuatro grados de acreditación o, lo que es lo mismo, cuatro niveles de complejidad que permiten verificar la presencia de una "Buena Práctica". Estos niveles van desde el considerado más imprescindible o

“Esencial” al aquel que convierte al profesional en un referente para sus compañeros del Sistema, “Grado III”. Los dos intermedios son el “Grado I” que indica que el profesional progresa hacia la madurez y el “Grado II”, el cual consolida dicha madurez. Así mismo, en función de los porcentajes que supongan las evidencias que el profesional pueda aportar, el resultado de acreditación podrá tener diferentes niveles dentro de cada grupo: avanzado, experto y excelente ¹⁵.

En lo relativo al proceso de acreditación en esta comunidad, es un proceso voluntario que sirve al profesional para establecer el punto de partida de un ciclo personal de mejora continua y así crecer en calidad. Este proceso dinámico plantea una evaluación dinámica cada cinco años. Las tres fases de las que consta el trámite de acreditación (solicitud, autoevaluación y reconocimiento y acreditación) pueden realizarse a través de la página web de la Junta de Andalucía. En esta web, los profesionales también disponen de material de apoyo para este proceso ¹⁵.

En el caso de Cataluña, la gestión por competencias, está enmarcada en el Proyecto COM VA[®]. Son varios los artículos encontrados en relación a dicho proyecto. Todos ellos han sido sometidos a lectura crítica obteniendo muy buenas conclusiones a cerca de la metodología y evidencia que aportan. Estos

artículos muestran las etapas en las que se instauró el proyecto.

En un primer momento se realizó un análisis del contexto y se relacionó con un marco teórico y conceptual. Para este análisis se utilizó el Nursing Work Index, en su versión adaptada y validada en 2000 por Aiken. Parten en este primer proyecto de las ideas de Zelaukas y Howes por las que defienden que el contexto organizativo idóneo para la prestación de cuidados incluye tres elementos principales: autonomía profesional de la enfermera; responsabilidad e implicación en la toma de decisiones; y control sobre el entorno en el que se prestan los cuidados. También consideran un cuarto factor, añadido por Grindel y otros autores: la relación interprofesional entre médicos y enfermeras. Son tenidos en cuenta, también los elementos esenciales del entorno organizativo propuestos por la Consejo Internacional de Enfermeras. Aunque bien puede estar considerado implícito en los tres factores anteriores. Los resultados indican que en su entorno o medio, los factores más desarrollados para aproximarse a la categoría de hospitales magnéticos¹ son "Autonomía" y "Control sobre la práctica. Concluyen, además que los gestores deberían hacer una profunda reflexión sobre el coste de no considerar los aspectos que facilitan la práctica enfermera en los hospitales¹⁶.

¹ Concepto introducido por L. Aiken, quien afirma que estos hospitales se caracterizan por: fomentar y permitir la autonomía profesional, el control sobre la práctica, tener una mejor relación con otros profesionales, y retener a enfermeras cualificadas que sean capaces de ejercer su juicio profesional en nombre de los pacientes.

Posteriormente, en un artículo titulado “¿Cómo definen los profesionales de enfermería hospitalarios sus competencias profesionales?”, cuyo objetivo principal era la definición del marco de competencias asistenciales del profesional de enfermería, obtienen un resultado que incluye seis dominios competenciales:

- Cuidar.
- Valorar, diagnosticar y abordar situaciones clínicas cambiantes.
- Ayudar al paciente a cumplir el tratamiento.
- Contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial.
- Facilitar el proceso de adaptación y afrontamiento.
- Trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante².

Finalmente, en sendos artículos, publican la relación entre los elementos del instrumento obtenido anteriormente (instrumento COM VA[®]) de evaluación de competencias asistenciales con los niveles de pericia, de aprendiz a experto, mediante el establecimiento del umbral de competencia; y el análisis del peso que cada dominio competencial del instrumento tiene en función del área asistencial hospitalaria en la que el profesional de enfermería presta sus cuidados ^{17,18}.

Entre la literatura consultada también se encontró un libro que

vislumbra datos de que este tipo de gestión, gestión por competencias, también se está llevando a cabo en la Comunidad Autónoma de Madrid⁴.

Así mismo se realizó otra búsqueda bibliográfica en las mismas bases de datos encaminada a la obtención de información acerca del método Delphi, el cual es herramienta clave en este proyecto. Las palabras clave utilizadas en este caso fueron: técnica Delphi, enfermería, metodología. Así mismo se utilizaron sus homónimos en lengua inglesa: Delphi method, nursing.

3.1.2.- Selección del contenido y adecuación al entorno

Tras la revisión bibliográfica descrita anteriormente, se ha realizado un estudio extrayendo las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades del análisis estratégico del ámbito para el que se desea sirva esta herramienta de evaluación de competencias enfermeras.

El área de estudio se ha situado en el CHN, analizándose por un lado, los recursos humanos asignados al mismo (sistema de contratación, de formación y carrera profesional) y por otro el marco normativo de dicho contexto. Tras el análisis se presenta la matriz DAFO con las conclusiones extraídas.

Marco normativo

En junio de 2010 tiene lugar la creación del CHN. Alguna de las preocupaciones reflejadas en el “Plan de Salud 2006-2012”, en relación a los Centros Sanitarios del Sistema Navarro, es el grado de especialización de los hospitales de la red pública, la justificación para la continuidad o sostenibilidad de los servicios con escasa demanda, la organización de las urgencias, el modelo de gestión centralizada que elude la responsabilidad gerencial y profesional ¹⁹.

Se pretendía, con esta unificación, “definir y desarrollar un modelo de organización funcional a través de la integración de los hospitales, de manera que se unifiquen los recursos humanos, financieros y tecnológicos, con el fin de alcanzar la máxima eficacia y calidad en el cuidado del paciente y la menor utilización y rentabilidad desde el punto de vista de las inversiones y la tecnología” ¹⁹.

Actualmente, nos encontramos inmersos en este proceso de unificación, en el cual se describen varias fases. La primera de ellas es aquella en la que se aprueba la estructura directiva y eliminación de las duplicidades estructurales. La segunda (fase actual), en la que de forma progresiva, se irá concretando la unificación de las unidades subordinadas ¹⁹.

El CHN, es un hospital público perteneciente al Servicio Navarro

de Salud-Osasunbidea (SNS-O), se encuentra ubicado en Pamplona (Navarra), calle Irunlarrea, nº 3, y lo integran los siguientes centros asistenciales:

- Hospital de Navarra.
- Hospital Virgen del Camino.
- Clínica Ubarmin.
- Centro de Especialidades Príncipe de Viana.
- Centro Sanitario Doctor San Martín.
- Ambulatorio de Tafalla.
- Actividad asistencial de especializada del Centro Sanitario Conde Oliveto.
- Otras consultas de asistencia especializada.

Misión y fines del CHN.

La misión de este centro es la prestación de asistencia sanitaria especializada a los ciudadanos de la Comunidad Foral de Navarra y de otras Comunidades Autónomas en los servicios de referencia, y con carácter universal en la atención urgente. Así mismo contribuye a la docencia pregrado, postgrado, la formación especializada y la investigación. El CHN orientará su actividad a la búsqueda de la mejora del nivel de salud de la población asistida y la satisfacción de sus usuarios, aplicando un sistema de gestión adecuado a tales objetivos.

Los fines a los que orientará su actividad son los siguientes:

- Mejorar la eficiencia desde el punto de vista asistencial.
- Adecuar la organización de las diferentes unidades asistenciales a los objetivos de mejora de la calidad y la eficacia.
- Se considerará de especial relevancia el desarrollo del concepto e implantación de las aéreas unidades clínicas.
- Establecer el nuevo centro hospitalario como referencia asistencial en la Región Sanitaria y modelo del nuevo sistema organizativo.
- La valoración organizativa contemplará la totalidad de las actuaciones del área, servicio y/o unidad, incluyendo la asistencia continuada y urgente.
- Adecuar la masa crítica asistencial de las unidades y servicios, de modo que se garantice la idoneidad en materia de especialización y subespecialización.
- Impulsar y racionalizar el desarrollo e implantación de nuevas tecnologías.
- Proporcionar los elementos formativos y técnicos necesarios para la divulgación e implantación de modelos basados en criterios de gestión clínica.
- Homogeneizar los procesos y protocolos asistenciales.
- Optimizar los recursos asistenciales y no asistenciales, incluidas las estructuras de dirección, control e información.
- Desarrollar e implantar los sistemas de información y registros necesarios.

- Facilitar el establecimiento de mecanismos de coordinación eficaces en el caso de las unidades multidisciplinares e impulsar alianzas estratégicas entre niveles y centros en función de criterios de racionalidad, calidad y demanda.
- Adecuar los horarios de funcionamiento de las diferentes unidades orientándolos a las necesidades de los ciudadanos y a un aprovechamiento racional de las instalaciones.
- Garantizar la cobertura de la prestación sanitaria en toda la Región Sanitaria con criterios de homogeneidad y optimización de recursos. Potenciar una cultura investigadora entre los profesionales sanitarios que permita la utilización de la totalidad de los recursos.

Recursos humanos.

El CHN cuenta con un total de 1562 profesionales de enfermería, de las cuales, 36 son matronas. La mención correspondiente a este colectivo en el Decreto Foral 19/2010, de 12 de abril, por el que se crea el Complejo Hospitalario de Navarra del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y se establece su estructura directiva, regulando la fusión, es más bien escasa. La referencia que se hace en el apartado "Capítulo V. Dirección de Enfermería", va dirigida a comentar las funciones de la dirección, correspondiéndole dos artículos. Si bien son pocas las líneas destinadas a este fin, de ellas

pueden extraerse varias ideas interesantes para destacar. Al Director de enfermería le corresponden funciones tales como dirigir, coordinar, impulsar y **evaluar el funcionamiento** de las unidades de enfermería y de las actividades del personal integrado en las mismas; promocionar y **evaluar la calidad de las actividades de atención, docencia e investigación** desarrolladas por el personal de enfermería; fijar y administrar procedimientos de coordinación de la actividad asistencial de enfermería de las diferentes unidades; coordinar las necesidades y disponibilidades del personal de enfermería; coordinar la actuación de los responsables de enfermería de las diferentes Áreas Clínicas y Unidades Clínicas, asegurando unidad de criterios en los aspectos de gestión de personal, docencia y formación; cualesquiera otras funciones que le sean encomendadas por el Gerente del Complejo Hospitalario. Atendiendo a las dos primeras funciones, podemos destacar que parece interesante evaluar tanto el funcionamiento de las unidades como la calidad de los servicios prestados en todos los ámbitos que a la enfermería le corresponden. Es interesante pensar en la idea de que actualmente se realizan estadísticas de forma frecuente para tener idea de estos conceptos, pero cabría preguntarse: ¿realmente medimos lo que deseamos medir?, ¿es necesario medir la actividad de nuestros hospitales? O ¿realmente es más necesario medir la efectividad de nuestras

acciones para esa valoración del funcionamiento y de la calidad de la atención prestada?

Continuando con el análisis del mismo decreto, se propone desde el mismo “debatir la utilidad de nuevas formas de gestión” de forma que se compartan responsabilidades entre gestores, profesionales y ciudadanos. Este punto también resulta de interés para el Plan de Salud 2006-2012.

Se resalta también en el documento el hecho de que los fines de la unificación son mejorar la eficiencia desde el punto de vista asistencial y analizar el esquema organizativo que mejor se adapte a los objetivos de mejora de la calidad asistencial y de la eficacia de la unidad, entre otros.

Así pues, puede concluirse tras de la lectura de este Decreto Foral, que tanto la evaluación del funcionamiento, como de la calidad son puntos importantes en la creación del nuevo Complejo Hospitalario de Navarra.

Hilando con las ideas anteriores extraídas del Decreto Foral 19/2010, el Plan de Salud 2006-2012, también tiene mucho que decir al respecto. “En tal sentido, el Plan de Salud de Navarra 2001-2005 puede considerarse pionero al planificar por procesos (...)” ²⁰, es decir podemos intuir que la actividad podría estar encaminada hacia una **especialización de los profesionales**, mayor que la que conocemos hoy en día. Con

esto se pretende mencionar que serán **necesarias unas competencias específicas** para cada área asistencial por parte los profesionales. Este documento también apunta al hecho de que la solución de la crisis del sistema sanitario pasa por, entre otras cosas, abordarse desde el “equilibrio competencial y el consenso de los actores del sistema público sanitario” ²⁰. De este modo, se afirma que han de incorporar líneas estratégicas para mejorar el rendimiento y la calidad del sistema y éste ha sido uno de los objetivos de dicho plan.

Tras un proceso de análisis necesario para su elaboración, el Plan de Salud ha propuesto una serie de prioridades. De ellas interesa destacar las numeradas como **prioridades 13 y 14** respectivamente:

“(...) 13.- Desarrollar nuevos instrumentos de gestión basados en la descentralización, la participación de los profesionales y la mejora de la eficiencia.

14.-Contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario de Navarra. (...)” ²⁰.

De nuevo vuelven a mencionarse actividades encaminadas a la mejora de la gestión a través de la participación de los profesionales sanitarios entre los que se encuentra enfermería.

No hay que olvidar, como también se refleja en este texto,

que el sistema sanitario o modelo actual ha de ser capaz de adaptarse y adoptar herramientas que afronten los constantes cambios y demandas sociales. Y puesto que la clave del correcto funcionamiento de los sistemas sanitarios y de su futuro radica en los profesionales sanitarios como poseedores de la capacidad de resolución de los problemas clínicos, un cambio ha de ser planteado en su propia organización, valoración e incentivación.

Este Plan de Salud de Navarra, finaliza su escritura con los fines que se plantean como consecuencia del minucioso análisis realizado para cada una de las líneas estratégicas marcadas. De nuevo cabe destacar uno de ellos que, por su estrecha relación con todo lo expuesto líneas más arriba, cobra relevancia en cuanto a que podría resumir de forma clara y concisa lo que en ellas se menciona. Es el fin destinado a adaptar el modelo organizativo del Sistema Sanitario de Navarra, a reorientar las políticas de personal, explorar **nuevas formas de contratación y regulación profesional**.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, únicamente se refiere al ejercicio libre de las profesiones sanitarias, sin afrontar su regulación, aunque prevé, como competencia del Estado, la homologación de programas de formación postgraduada, perfeccionamiento y especialización

de personal sanitario, así como la homologación general de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios. Ello es así porque la Ley General de Sanidad es una norma de naturaleza predominantemente organizativa, cuyo objetivo primordial es establecer la estructura y funcionamiento del sistema sanitario público ²¹. De este modo, es la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, la que se encarga de regular los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio, a la estructura general de la formación de los profesionales, al desarrollo profesional de éstos y a su participación en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias. Asimismo, establece los registros de profesionales que permitan hacer efectivos los derechos de los ciudadanos respecto a las prestaciones sanitarias y la adecuada planificación de los recursos humanos del sistema de salud ²¹. En relación a la regulación de la formación de los profesionales, en su Artículo 4, "Principios Generales", indica que éstos realizarán formación continuada a lo largo de su vida profesional y deberán acreditarla regularmente, es decir han de mostrar sus competencias. Corresponde ya al Artículo 7, "Diplomados Sanitarios", el establecer el tiempo mínimo (tres años) que tomarán los centros sanitarios para evaluar los requisitos que sus empleados han de cumplir para ejercer la profesión. Vuelve a hacer hincapié esta ley en este aspecto,

en su Título II, "De la formación de los profesionales sanitarios", concretamente en el Capítulo I, "Normas generales". Estos aspectos de regulación de formación continuada, tienen un capítulo destinado a establecer sus objetivos. Pero para profundizar más en el aspecto de la formación continuada de los profesionales sanitarios, en el Artículo 38 se exponen los aspectos que regulan la Carrera Profesional, detallando los grados que pueden conseguirse y el modo en el que se asciende en esta jerarquía de grados. A este respecto, se menciona que "La obtención del primer grado, y el acceso a los superiores, requerirá la **evaluación** favorable de los **méritos** del interesado, en relación a sus conocimientos, competencias, formación continuada acreditada, actividad docente e investigación. La evaluación habrá de tener en cuenta también los resultados de la actividad asistencial del interesado, la calidad de la misma y el cumplimiento de los indicadores que para su valoración se hayan establecido, así como su implicación en la gestión clínica" y "La evaluación se llevará a cabo por un comité específico creado en cada centro o institución. El comité estará integrado, en su mayoría, por profesionales de la misma profesión sanitaria del evaluado, y habrá de garantizarse la participación en el mismo de representantes del servicio o unidad de pertenencia del profesional evaluado, así como de evaluadores externos designados por agencias de

calidad o sociedades científicas de su ámbito de competencia". De todo ello puede extraerse la conclusión de que para acceder a la carrera profesional así como para ascender dentro de sus diferentes grados, además de acreditarse cinco años de ejercicio profesional, se requerirá una evaluación favorable de los méritos del interesado, en relación a sus conocimientos, competencias, formación continuada acreditada, actividad docente e investigación. Pero la realidad es que la carrera profesional puede resultar ser otro reconocimiento de antigüedad puesto que realmente con la acreditación de los años de ejercicio profesional es suficiente para escalar en los diferentes grados de los que consta la Carrera Profesional.

La Ley 14/1986 General de Sanidad, en su Capítulo VI, esboza también apuntes en relación a la necesidad a garantizar la formación y el perfeccionamiento continuados del personal sanitario ²².

Pero es la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Sanidad, la que profundiza más en el tema de evaluación de competencias. En su Capítulo III, menciona el requerimiento de la actualización permanente de conocimientos, orientada a mejorar la calidad del proceso asistencial y garantizar la seguridad del usuario. No obstante, en materia de evaluación de competencias enfermeras o de profesionales sanitarios en general, son los

artículos 35 y 42, los que hablan de la definición de los **criterios básicos de evaluación de las competencias** de los profesionales sanitarios. Citan textualmente: “La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud desarrollará las actividades de planificación, diseño de programas de formación y los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud y definirá los criterios básicos de evaluación de las competencias de los profesionales sanitarios” y “A los efectos de esta ley, la competencia profesional es la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le plantean. La Comisión de Recursos Humanos definirá los criterios básicos de evaluación de la competencia de los profesionales sanitarios, sin perjuicio de las competencias de las comunidades autónomas” ²³.

Dotación de recursos humanos.

De los 1562 profesionales de enfermería del CHN, durante los periodos vacacionales (meses de marzo-abril, mayo, julio, agosto, septiembre y diciembre), hasta un 80-85% de esas plazas pueden estar ocupadas temporalmente por personal eventual (datos actualizados el 24 de Agosto de 2011).

Además de los aspectos normativos, existen aspectos de la realidad que afectan al contexto que es objeto de estudio.

Estas realidades se hacen patentes, sobre todo en dichos periodos vacacionales (los cuales suponen un periodo importante del año completo: unos 6 meses aproximadamente), cuando ante la necesidad de cubrir a las personas que hacen uso de sus días de vacación, se contrata a personal eventual. En muchos de los casos, las personas que comienzan su trabajo en las diferentes unidades son inexpertas en las competencias que se requieren, bien por inexperiencia o bien por haber desarrollado más otras competencias que tuviesen relación con otras especialidades con las que hayan tenido contacto anteriormente. En el peor de los casos, varias de estas personas pueden coincidir en un mismo turno sin dar opción a poder preguntar posibles dudas a compañeras más expertas.

En lo referente a aspectos de contratación de personal de Enfermería existe normativa que establece prioridades a la hora de realizar las contrataciones de dicho personal.

La ORDEN FORAL 172/2009, de 24 de diciembre, de la Consejera de Salud, por la que se aprueban las normas sobre selección de personal para vinculaciones temporales en los centros y establecimientos sanitarios del SNS-O tiene por objeto regular la selección y contratación del personal temporal. Establece que la selección de personal temporal se realizará mediante convocatoria pública y a través de los sistemas concurso, oposición o concurso oposición. Con los

resultados de esta/s prueba/s se elaborará un listado de contratación que seguirá un orden de preferencia y teniéndose en cuenta, únicamente, la última convocatoria. En primer lugar se colocan los aprobados sin plaza, seguidos de los aspirantes que no hayan superado todas las pruebas. Dentro de este caso, se establecerá también un orden en función de la suma de la puntuación de las pruebas y de los baremos² establecidos en cada caso. Los aspirantes que, habiéndose presentado a la oposición no hubieran superado ninguna de las pruebas selectivas, podrán ser incluidos en la lista de contratación siempre y cuando hayan alcanzado un 30% de la puntuación exigida para superar la prueba.

Existe también un sistema de listas abiertas permanentes en las que podrán incorporarse a lo largo de todo el año nuevos aspirantes a los listados de contratación.

Se constituirán dos listas, una para contratos de larga duración (todos aquellos que tengan como fin la cobertura interina de plazas vacantes, la cobertura de plazas reservadas al personal de plantilla y, en general, todos aquellos contratos que inicialmente se prevea que vayan a superar los seis meses de duración) y otra para contratos de corta duración (entendiéndose éstos como todos aquellos que su duración no

² El baremo recogerá únicamente la experiencia profesional del aspirante en cualquier Administración Pública. En caso de empate en el baremo las solicitudes se ordenaran según la fecha y hora de entrada en el Registro.

supere inicialmente los seis meses y los contratos a tiempo parcial).

Así mismo, en esta Orden Foral se establece el hecho de que “(...) excepcionalmente podrán celebrarse contrataciones con las personas más indicadas en función de su adaptación y conocimiento del puesto a cubrir, siempre y cuando razones de probada urgencia así lo aconsejen. En estos casos, el órgano de contratación emitirá informe motivado por escrito que será incluido en el expediente de contratación. Siempre que se efectúe una contratación en estas condiciones se informará a la Secretaria de la Mesa de Seguimiento (...)” ²⁴.

De igual modo se autoriza la posibilidad de acuerdo de creación de listas de contratación especiales. Con este último punto se pone de manifiesto la necesidad de personal que desarrolle competencias específicas para su ámbito de trabajo específico.

Existe una modificación de esta Orden Foral que se acaba de analizar, publicada en el Boletín Oficial de Navarra (BON) número 51 de 15 de marzo de 2011 (Orden Foral 12/2011, de 7 de Febrero, de la Consejera de Salud, por la que se modifica la Orden Foral 172/2009, de 24 de diciembre, de la Consejera de Salud, por la que se aprueban las normas sobre selección de personal para vinculaciones temporales en los centros y establecimientos sanitarios del SNS-O). Esta modificación establece, entre otras cosas, “(...) la posibilidad

de dar prioridad en las diferentes listas de contratación temporal a aquellos empleados que, a la finalización de su contrato, sean mayores de 55 años y hayan prestado al menos 15 años de servicios a la Administración de la Comunidad Foral” ¹⁷. Incluye asimismo la “prioridad en las listas de contratación de los aspirantes que, teniendo un grado de discapacidad igual o superior al 33 por cien, superen las pruebas selectivas”. Contempla, también, la garantía de igualdad de trato en la gestión de las listas de contratación para aquellas mujeres que se encuentren en situación de licencia por maternidad o adopción ²⁵. Es decir, se mantiene todo lo establecido en base a la contratación de personal, siempre que no se presente uno de los supuestos anteriores. Es en la Resolución 1175/2011, de 23 de mayo, del Director Gerente del SNS-O, por la que se procede a la apertura de plazo para la presentación de los requisitos exigidos para la elaboración de listas especiales para atender las necesidades de contratación de sustituciones y eventualidades, que se produzcan en determinadas Unidades de los centros y establecimientos sanitarios dependientes del SNS-O, en la categoría de A.T.S./D.U.E; publicada en el BON número 110 de 8 de junio de 2011, donde se concreta la posibilidad de creación de listas especiales de contratación para el SNS-O. En dicha resolución se dispone la creación de listas que serán únicas para todos los centros del SNS-O, las cuales estarán

constituidas por los aspirantes incluidos en las listas de contratación. Estos aspirantes incluidos en las listas de contratación especiales tendrán derecho preferente sobre las ofertas de contratación que para atender las necesidades de contratación de sustituciones y eventualidades, realicen los centros del SNS-O, para las unidades establecidas. Estas unidades son las que a continuación se citan:

Diálisis, Psiquiatría, Quirófanos, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Unidad de Reanimación postanestésica (URPA), URCE, Unidad de Vigilancia Intensiva móvil (UVI móvil), Urgencias y Neonatología ²⁶.

Los aspirantes deberán acreditar estar en posesión del correspondiente título de especialista o bien acreditar formación post-grado y/o haber prestado servicios de al menos 6 meses en los últimos 3 años en las unidades de Diálisis, Psiquiatría, Quirófanos, UCI, URPA, URCE, UVI móvil, Urgencias y Neonatología ¹⁸.

Los aspirantes incluidos en estas listas especiales, mientras estén integrados en las mismas, serán excluidos provisionalmente de las listas generales, excepto los aprobados sin plaza que estarán integrados en ambas listas de contratación ¹⁸.

La materialización de dichas listas de contratación pone de manifiesto la necesidad real de las unidades de contar con profesionales sanitarios con competencias suficientes para

llevar a cabo su trabajo de forma autónoma y satisfactoria. Esta necesidad hasta este momento se ha hecho patente en el momento de la entrega de las contrataciones por parte de las Jefas de Unidad de Enfermería (JUE) a la sección de personal quien, hasta ahora, ha sido la entidad encargada de gestionar los recursos humanos.

Tras la fusión de los hospitales y la consecuente creación del CHN, la gestión de las contrataciones de personal en función de las necesidades expuestas por los JUEs se ha visto modificada en relación con la existente hasta ese momento. Se generan dos puntos de origen de selección de personal, los cuales se encargan de sendas listas de contratación, de corta y larga duración. Las primeras continúan dependiendo del área de personal del CHN, mientras que las contrataciones de larga duración pasan a ser gestionadas por el área de Servicios Generales del Servicio Navarro de Salud, ubicado en calle Irunlarrea, 39, planta baja. La selección del personal por parte de estos dos organismo no es idéntica, aunque sí similar. En el segundo de ellos el orden de selección de los profesionales, es el estrictamente marcado por las listas de contratación generadas a partir del resultado del concurso oposición o de las listas especiales, mientras que en el caso del área de personal del CHN, permite más la contratación en función de las competencias demostradas por los aspirantes en contrataciones anteriores. Realmente en este último caso

las contrataciones son de corta duración y se llevan a cabo con más urgencia (bajas por ejemplo), por tanto el supuesto está dentro de lo estipulado en La Orden Foral 172/2009.

En lo que respecta al sistema de formación continuada, existe legislación que indica únicamente la necesidad de mantener una formación continuada por parte del personal de enfermería. La selección de los temas objeto de dicha formación depende directamente de los intereses personales del profesional, los cuales pueden tener o no relación con las competencias que ese profesional necesita mejorar en su puesto de trabajo.

Finalmente, en lo referente al sistema de acreditación de la carrera profesional, al igual que en el caso anterior, existe normativa que regula su funcionamiento, la cual vuelve a diferir en la realidad. La consecución de los diferentes grados de carrera profesional se consigue a través de acreditación de los años trabajados, lo cual viene a ser asimilar a un suplemento por antigüedad en la profesión.

La modificación de estas situaciones para los/las profesionales de enfermería puede suponer un rechazo por su parte, puesto que la sistemática actual otorga directamente, sin más trámites que los burocráticos, el nivel de carrera profesional. Es importante tener presente estos sistemas puesto que conllevan cuantías importantes de dinero percibido todos los meses por los profesionales de enfermería asociadas a los

diferentes niveles de carrera profesional. A continuación se muestra una tabla con las retribuciones salariales correspondientes al año 2011 en base a los diferentes niveles de carrera profesional.

TABLA 4.1: RETRIBUCIONES SALARIALES 2012 EN BASE A CARRERA PROFESIONAL.

CARRERA PROFESIONAL				
NIVEL	Pers. Facultativo Sanitario		Pers. Diplomado Sanitario	
	AÑO	MES	AÑO	MES
I			1.749,30	124,95
II	2.889,04	206,36	3.498,88	249,92
III	5.778,08	412,72	5.248,18	374,87
IV	8.667,12	619,08	6.997,76	499,84
V	11.556,30	825,45		

FUENTE: www.navarra.es

En el caso del personal Diplomado Sanitario (parte derecha de la tabla), la cuantía mínima que es percibida por los profesionales es de 124,95€ / mes, o lo que es lo mismo, un total de 1.749,30 €/ año. La cuantía máxima supone casi seis veces más la anterior. Todo ello conlleva una importante partida de dinero anual destinada a los profesionales con plaza que debe estar justificada de forma adecuada.

Matriz DAFO

ANÁLISIS INTERNO

DEBILIDADES	FORTALEZAS
Inestabilidad del personal contratado.	Actual proceso de cambio: formación del CHN
Dificultad para el cambio.	Alto porcentaje de personal contratado eventual.
Inclusión del personal fijo en el sistema de evaluación (hasta ahora no sometidos a ninguna evaluación)	Amplio periodo vacacional del personal fijo.
Oposición al cambio por parte del personal fijo	Objetivos: máxima eficacia y calidad.
Rechazo a introducción de nuevas modificaciones en sistemática de carrera profesional por parte del personal con plaza	Gestión orientada a satisfacción de usuarios.
	Optimización de recursos como fin del CHN.
	Número importante de personal eventual.
	Extrapolable a otros gremios del CHN.
	Cuantías importantes de dinero destinadas a sistemas de carrera profesional, contrataciones y formación.

ANÁLISIS EXTERNO

AMENAZAS	OPORTUNIDADES
Selección por riguroso orden de listas de contratación (Orden Foral 172/2009)	Debate de nuevas formas de gestión (Decreto Foral 19/2010)
	Mayor especialización del profesional (Plan de Salud 2006-2012)
	Contribución a la solución de la crisis del sistema.
	Desarrollo de nuevos instrumentos de gestión (Plan de Salud 2006-2012)
	Sostenibilidad del sistema (Plan de Salud 2006-2012)
	Explorar nuevas formas de contratación y regulación del personal (Plan de Salud 2006-2012)
	Especialización del personal sanitario (Ley 14/1986, Ley General de Sanidad)
	Evaluación de requisitos sanitarios, evaluación de los centros (Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias)
	Evaluación de méritos (conocimientos, competencias...) para carrera profesional (Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias)
	Formación y perfeccionamiento continuados (Ley 14/1986, Ley General de Sanidad)
	Actualización permanente de

	conocimientos (Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad)
	Posibilidad de creación de listas especiales (Orden Foral 172/2009)
	Materialización de listas especiales de contratación (Resolución 1175/2011)

3.1.3.- Diseño del cuestionario

Este cuestionario (anexo 2) surge de un análisis de las herramientas utilizadas en dos comunidades autónomas para este mismo fin. Se analizan los instrumentos utilizados en Andalucía, "Manual de Competencias de la/del Enfermera/o de Atención Hospitalaria", y en Cataluña, Instrumento COM-VA (anexo 3). Dicho análisis, se ha unido a las conclusiones extraídas del análisis estratégico del ámbito de estudio mencionado, dando como resultado un cuestionario que sirve para la valoración de las competencias enfermeras en el CHN. En ambos casos, Cataluña y Andalucía, se han desarrollado varias herramientas para los diferentes ámbitos de trabajo de la enfermería, puesto que las competencias enfermeras varían en función del mismo. Con este proyecto se propone una herramienta genérica que puede y debe ser analizada y validada como ha sido objeto. De dicha validación pueden surgir variantes con el mismo fin para los diferentes ámbitos dentro del Sistema Navarro de Salud.

El cuestionario (anexo 2) consta de:

- 5 dominios competenciales

Estos dominios se entienden como los constructos que significan el dominio competencial, de forma que, agregados, explican el significado de cada una de las competencias.

Los dominios son los siguientes:

- 1.- Orientación al usuario / paciente
- 2.- Proporcionar una atención sanitaria integral
- 3.- El profesional sanitario
- 4.- El equipo de trabajo
- 5.- Ser eficiente y evaluar resultados

- 25 elementos competenciales

Se entiende por elemento competencial las proposiciones conceptuales explícitas del contenido de cada dominio, que pueden incluir el detalle de las intervenciones enfermeras, es decir, el conjunto de prescripciones de cuidados y actuaciones enfermeras.

Estos 25 elementos están repartidos en los diferentes dominios, perteneciendo 5 elementos a cada uno de los dominios.

Los elementos son y se agrupan como sigue:

- 1.- Orientación al usuario / paciente
 - 1.1.-Respeto por sus derechos
 - 1.2.-Oferta de servicios
 - 1.3.-Oferta de información y soporte emocional
 - 1.4.-Preservar la dignidad y confidencialidad
 - 1.5.-Adecuar las actuaciones a los principios bioéticos

2.- Proporcionar una atención sanitaria integral

2.1.-Promoción – prevención de la Salud

2.2.-Atención al individuo

2.3.-Atención a la familia y / o cuidador

2.4.-Identificación precozmente signos de alarma o cambios significativos

2.5.-Utilización de la evidencia científica en el proceso asistencial

3.- El profesional sanitario

3.1.-Establecimiento de una adecuada relación terapéutica

3.2.- Modificar los planes de cuidados según el estado del paciente y los recursos disponibles

3.3.-Establecimiento de una comunicación eficiente con el paciente / usuario

3.4.-Organizar, planificar y coordinar las necesidades de atención de múltiples pacientes simultáneamente.

3.5.-Compromiso con la Docencia,

Investigación

4.- El equipo de trabajo

4.1.-Trabajar en equipo con otros profesionales de enfermería

4.2.-Crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo

4.3.-Crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo con otros profesionales de otras disciplinas

4.4.-Equilibrar y delegar la responsabilidad de ejecución de tareas indirectas u organizar las condiciones

4.5.-Participar en el proceso de aprendizaje de los otros miembros del equipo y de los alumnos

5.- Ser eficiente y evaluar resultados

5.1.-Uso eficiente de los recursos

5.2.-Velar por la correcta implantación y cumplimiento de los estándares

5.3.-Utilizar la documentación necesaria y cumplimentar adecuadamente los registros de enfermería, Historia Clínica y otros

5.4.-Evaluación integral del proceso asistencial

5.5.-Orientación a resultados en el desempeño profesional

- 25 criterios de evaluación

Éstos sirven para determinar si el elemento competencial se cumple de forma adecuada. Existe, por tanto, un criterio de evaluación por cada elemento competencial.

Los criterios de evaluación se citan a continuación:

1.-Orientación al usuario / paciente

1.1.-Respeto por sus derechos: Conocer y respetar los derechos del paciente/usuario. Mostrarse respetuoso.

1.2.-Oferta de servicios: Conocer, adecuar y ofertar la información necesaria a las necesidades y capacidades y / o limitaciones del usuario/paciente.

1.3.-Oferta de información y soporte emocional: Adecuar la información a las necesidades y capacidad del usuario /paciente. Expresarse en un lenguaje claramente comprensible

Transmitir optimismo, dar ánimo, canalizar los sentimientos

1.4.-Preservar la dignidad y confidencialidad: Discreción mantener y proteger la privacidad de la información personal y clínica

1.5.-Adecuar las actuaciones a los principios

bioéticos: Beneficencia / no maleficencia (procurar el bienestar). Justicia (trato igual a todos obviando diferencias de sexo, raza...) Autonomía (respetar el derecho del paciente a decidir)

2.-Proporcionar una atención sanitaria integral

2.1.-Promoción-prevención de la salud: Prevenir lesiones y /o enfermedades asesorando al paciente/usuario sobre hábitos saludables. Realizar actividades educativas.

2.2.-Atención al individuo: Identificar el estado basal del paciente / usuario, planificar el PAE y modificarlo en función de las necesidades y recursos.

2.3.-Atención a la familia y / o cuidador: Influir en la aptitud familia/cuidador para afrontar el proceso. Enseñar a la familia/cuidador a realizar las actividades terapéuticas prescritas. Involucrarles en el proceso asistencial

2.4.-Identificación precozmente de signos de alarma o cambios significativos: Reconocer signos específicos, manifestaciones inespecíficas a tiempo, actuación en casos de urgencia.

2.5.-Utilización de la evidencia científica en el proceso asistencial: Aplicar resultados de estudios a la práctica diaria, actualización de los

conocimientos

3.- El profesional sanitario

3.1.-Establecimiento de una adecuada relación terapéutica: Empatía, actitud de ayuda, cordialidad y trato amable, escucha activa. Accesibilidad y disponibilidad, trasmisión de tranquilidad, inspirar confianza

3.2.-Modificar los planes de cuidados según el estado del paciente y los recursos disponibles: Contrastar de manera continuada el estado del paciente, saber priorizar, adecuar la capacidad/voluntad del paciente para implicarse en su autocuidado

3.3.-Establecimiento de una comunicación eficiente con el paciente/usuario: Demostrar habilidades de comunicación, pactar consensos, ser capaz de procesar la información relevante transmitida por el paciente

3.4.-Organizar, planificar y coordinar las necesidades de atención de múltiples pacientes simultáneamente: Ser capaz de procesar la información relevante y priorizar. Coordinar las actuaciones de los diferentes profesionales del equipo de salud.

3.5.-Compromiso con la docencia y la investigación: Realización de trabajos y estudios, disponibilidad y acceso para los alumnos que cursan sus prácticas asistenciales

4.- El equipo de trabajo

4.1.-Trabajar en equipo con otros profesionales de enfermería: Cordialidad y sintonía en el equipo, ofrecer disponibilidad y colaboración.

4.2.-Crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo: Equilibrar la demanda y oferta de ayuda, ser asertivo, transmitir tranquilidad en situaciones de estrés, canalizar el esfuerzo tanto propio como de otros compañeros.

4.3.-Crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo con otros profesionales de otras disciplinas: Equilibrar la demanda y oferta de ayuda, ser asertivo, transmitir tranquilidad en situaciones de estrés, canalizar el esfuerzo tanto propio como de los otros compañeros.

4.4.-Equilibrar y delegar la responsabilidad de ejecución de tareas directas u organizar las condiciones: Fomentar y establecer la participación

del personal en el proceso de cuidar. Organizar, pactar y coordinar las condiciones de la delegación

4.5.-Participar en el proceso de aprendizaje de los otros miembros del equipo y de los alumnos: Expresarse claramente en un lenguaje adecuado al interlocutor. Compartir el conocimiento. Colaborar activamente en la formación del personal.

5.- Ser eficiente y evaluar resultados

5.1.-Uso eficiente de los recursos: Optimizar el material, los recursos físicos y el tiempo, tanto del paciente/usuario como de los profesionales.

5.2.-Velar por la correcta implantación y cumplimiento de los estándares: Liderar participativamente el proceso de implantación de protocolos o estándares. Hacer el seguimiento de la aplicación de los protocolos. Colaborar en la elaboración, revisión y actualización de los protocolos

5.3.-Utilizar la documentación necesaria y cumplimentar adecuadamente los registros de enfermería, Historia Clínica y otros: Hacer una correcta historia clínica de enfermería. Registrar la actividad y evolución del estado del paciente. Seguir las normas básicas de cumplimentación de

los registros

5.4.-Evaluación del proceso asistencial: Reflexión sobre las actuaciones y razonamiento de los procedimientos enfermeros. Evaluación de resultados.

5.5.-Orientación a resultados en el desempeño profesional: Marcar objetivos a corto y largo plazo en el proceso asistencial del paciente/usuario

3.1.4.- Pilotaje del cuestionario.

Previo al inicio de la primera ronda de la Técnica Delphi, se realizó una adaptación del cuestionario de valoración de las competencias enfermeras para ser susceptible de puntuación y modificaciones (anexo 4). Se puso en marcha, también antes del comienzo de la Técnica Delphi, un pequeño pilotaje del material que se envió al panel de expertos para asegurar que el lenguaje era comprensible y que realmente se expresaba aquello que se pretendía. Este pilotaje se realizó con profesionales de enfermería, seis concretamente las cuales contaban con un mínimo de cinco años de trabajo en la profesión y con independencia del puesto de trabajo (gestión o asistencial). Se les remitió, vía mail, tanto el cuestionario adaptado para las rondas Delphi como la hoja de instrucciones (anexo 5) sobre cómo cumplimentar dicho cuestionario. Los profesionales que

colaboraron en este pilotaje previo contaban con una pequeña encuesta referida al material comentado líneas más arriba para poder evaluarlo (anexo 6). De aquí surgen pequeñas modificaciones sobre cuestiones de forma de la hoja de instrucciones, dando lugar a los documentos que definitivamente fueron remitidos al panel de experto durante este trabajo.

3.2.- Estudio Delphi

El método Delphi inspira su nombre en las consultas que en la Antigua Grecia se hacían al Oráculo de Delphos. El papel del experto de un ejercicio Delphi es similar a la del Oráculo. Es creado a comienzos de los años 50 en el Centro de Investigación estadounidense RAND Corporation por Olaf Helmer y Theodore J. Gordon. Fue, inicialmente, utilizado como instrumento para la predicción sobre un caso de catástrofe nuclear. A partir de entonces, su misión ha sido servir como método para obtener información sobre el futuro²⁷. Se encuentra incluido dentro de la familia de los métodos de pronóstico en el subgrupo de métodos cualitativos.

Linston y Turoff definen la técnica Delphi como un método de estructuración de un proceso de comunicación grupal que es efectivo a la hora de permitir a un grupo de individuos, como un todo, tratar un problema complejo. Esta técnica ha sido ampliamente difundida y empleada, por lo que existen diferentes adaptaciones y estudios sobre su estructura y funcionamiento²⁸.

De este modo, la Técnica Delphi consiste en la selección de un grupo de expertos a los que se les consulta su opinión, de manera iterativa y

forma anónima (actualmente es habitual realizarla a través del correo electrónico o mediante cuestionarios preestablecidos disponibles online), con el propósito de obtener sus opiniones y propuestas, buscando puntos en común y organizándolas para llegar a un consenso sobre el tema consultado. Por lo tanto, la capacidad de predicción de la Técnica Delphi se basa en la utilización sistemática de un juicio intuitivo emitido por un grupo de expertos con la ayuda de cuestionarios sucesivos, a fin de poner de manifiesto convergencias de opiniones y deducir consensos o acuerdos.

La formulación teórica del método comprende varias etapas sucesivas de envío de cuestionarios. El objetivo, el mismo siempre a pesar de las diferentes variaciones que existen de esta técnica ²⁹, de los cuestionarios sucesivos es disminuir el espacio intercuartil, esto es cuando se desvía la opinión del experto del conjunto, precisando la mediana.

Características de la técnica Delphi

- Anonimato: ningún experto conoce la identidad de los otros, lo cual presenta a su vez, una serie de beneficios.
 - o Impide la posibilidad de influencias de unos expertos sobre otros.
 - o Permite que un miembro pueda cambiar sus opiniones sin que eso suponga una pérdida de imagen.
 - o El experto puede defender sus argumentos con la tranquilidad que da saber que en caso de que sean

erróneos, su equivocación no va a ser conocida por los otros expertos.

- Retroalimentación controlada: se consigue que los expertos vayan conociendo los distintos puntos de vista y puedan ir modificando su opinión si los argumentos presentados les parecen más apropiados que los suyos.
- Respuesta estadística de grupo: se presentan todas las opiniones indicando el grado de acuerdo que se ha obtenido.

Principales ventajas

- Recomendable cuando existe gran incertidumbre en los datos o se encuentran muy dispersos.
- La actitud del entrevistado es de búsqueda de respuestas y no de resistencia como podría ocurrir en caso de reunir a los expertos en grupo.
- Por el carácter anónimo de los expertos permite reunir información de personas antagónicas entre sí y evita efecto de liderazgo por parte de algún experto.

Principales desventajas

- Prolongado tiempo de su aplicación y alto costo
- Se pueden dirigir en un alto grado los resultados
- La nula interacción “cara a cara” entre los expertos produce una sensación de duda por la manera en la que se interpretaran las respuestas.

- El proceso solo identifica las prioridades de los participantes y promueve el acuerdo.

Procedimiento

1.- Formulación del problema

Etapa fundamental en la realización de un Delphi. En un método de expertos, la importancia de definir con precisión el campo de investigación es muy grande por cuanto que es preciso estar muy seguros de que los expertos reclutados y consultados poseen todos la misma noción de este campo ²⁸.

2.- Establecimiento de los objetivos y resultados esperados

Es necesario concretar y dejar claros los objetivos, la necesidad del estudio, los alcances y las limitaciones de la técnica y la clase de resultados que se pretende alcanzar. Es recomendable también aclarar los recursos humanos y financieros y el tiempo mínimo para la aplicación de la técnica ²⁸.

3.- Selección y contacto con los expertos

Una vez convenidas las características de los expertos, se procede a su selección. Se busca que los participantes tengan un peso específico en el tema, interés y conocimientos y experiencias importantes en relación a él. Una persona que sea

respetada por los entrevistadores establece el contacto por cualquiera de las vías telefónica, mail o en persona. Se les describe claramente los objetivos del estudio, las características de la técnica y los compromisos que adquiere como participante. No existe consenso en las diferentes literaturas sobre el número exacto de entrevistados necesarios. A pesar de ello, en la mayoría se habla de un número de entre 10 y 15 personas para lograr un grupo homogéneo. Varios expertos recomiendan que el número máximo de entrevistados sea de 30 ²⁸.

4.- Elaboración y lanzamiento de los cuestionarios ²⁷

Puede comenzarse de forma paralela a la realización de la fase anterior (selección de expertos). Los cuestionarios se elaboran de manera que faciliten, en la medida de lo posible, la respuesta por parte de los encuestados. Las respuestas, preferentemente, habrán de poder ser cuantificadas y ponderadas. Se formularán cuestiones relativas, principalmente, a probabilidad o / y a prioridad.

En ocasiones, se recurre a respuestas categorizadas (Si/No; Mucho/Medio/Poco; Muy de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/Muy en desacuerdo) y después se tratan las respuestas en términos porcentuales tratando de ubicar a la mayoría de los consultados en una categoría.

5.- Desarrollo práctico y explotación de resultados ²⁷

El cuestionario es enviado a cierto número de expertos (hay que tener en cuenta las no-respuestas y abandonos).

Naturalmente el cuestionario va acompañado por una nota de presentación que precisa las finalidades, el espíritu del Delphi, así como las condiciones prácticas del desarrollo de la encuesta (plazo de respuesta, garantía de anonimato).

El objetivo de los cuestionarios sucesivos es disminuir la dispersión de las opiniones. En el curso de la 2ª consulta, los expertos son informados de los resultados de la primera consulta de preguntas y deben dar una nueva respuesta y sobre todo deben justificarla en el caso de que sea fuertemente divergente con respecto al grupo. Si resulta necesaria, en el curso de la 3ª consulta se pide a cada experto comentar los argumentos de los que disienten de la mayoría. Un cuarto turno de preguntas, permite la respuesta definitiva: opinión consensuada media y dispersión de opiniones (intervalos intercuartiles).

6.- Elaboración de un informe final

Debe incluir los objetivos, los criterios tenidos en cuenta, el número de cuestionarios y sus respuestas, los resultados y las conclusiones, así como los nombres de los participantes.

3.2.1.- Procedimiento seguido

Se realizó un estudio de cohorte cualitativo y descriptivo basado en la técnica Delphi, mediante la cual se pretende conocer la opinión de un grupo de expertos (profesionales de la enfermería) sobre la evaluación por competencias en el Complejo Hospitalario de Navarra, más concretamente para la validación de una herramienta cuya utilidad sea la valoración de las competencias enfermeras. El ámbito de estudio está compuesto por diferentes centros sanitarios, como son: Hospital de Navarra, Hospital Virgen del Camino, Clínica Ubarmin, Centro de Especialidades Príncipe de Viana, Centro Sanitario Doctor San Martín, Ambulatorio de Tafalla, Actividad asistencial de especializada del Centro Sanitario Conde Oliveto. El trabajo se desarrolló entre Noviembre de 2011 y Septiembre de 2012.

Primeramente se estableció contacto una persona de referencia (Berta Vicuña Urtasun, Jefa de la Unidad de Enfermería de Planes de Cuidados adscrita a la Dirección de Enfermería del Complejo Hospitalario de Navarra B del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, en este caso) la cual consiguió colaboración de diferentes Jefes de Unidad y, a su vez, a través de ellos, candidatos procedentes de las diferentes unidades del Complejo Hospitalario de Navarra a las que pertenecían dichos JUEs. De la misma manera se consiguió la forma de contacto (teléfono de la unidad de procedencia) de los diferentes candidatos al panel de expertos que no poseían cargos de gestión (puesto que las direcciones de correo electrónico de los diferentes JUEs son

accesibles de forma pública a través de la web navarra.es).

De esta forma logró establecerse un **grupo o panel de expertos** conformado por profesionales de enfermería del Complejo Hospitalario de Navarra. El grupo de expertos o panel de expertos, estuvo constituido por enfermeras y enfermeros del Complejo Hospitalario de Navarra, que independientemente de su edad, cumplieran con los siguientes requisitos.

PROCEDENCIA: Complejo Hospitalario de Navarra.

CRITERIOS CONSIDERACIÓN EXPERTOS:

- Tener en vigencia un contrato de profesional de enfermería con la empresa (CHN), ya sea fijo o eventual.
- Tener más de cinco años consecutivos de experiencia en el Servicio.
- En caso de pertenencia a un cargo de supervisión, llevar cinco años consecutivos en el puesto.

Un tercio de los profesionales de este panel de expertos procedía del área de gestión (Jefes de Unidad o Jefes de Área), los dos tercios restantes fueron enfermeros y enfermeras asistenciales procedentes de las mismas Unidades o Áreas de trabajo a las que pertenecían los Jefes de Unidad o de Área seleccionados. Se seleccionó un grupo de 30 expertos, de los cuales, uno de ellos

rechazó la participación y con nueve de ellos no se consiguió formalizar contacto o respuesta por su parte. De este modo el grupo de expertos resultante de la fase de contacto fue de un total de 20 profesionales.

Las características de este grupo de expertos, así como la procedencia son las que se citan en la tabla 4.2.

TABLA 4.2: CARACTERÍSTICAS DEL PANEL DE EXPERTOS

Variable	Frecuencia	Porcentaje	
Sexo	F	19	95%
	M	1	5%
Procedencia	CCI	3	15%
	CHN	2	10%
	CHNA	6	30%
	CHNB	9	45%
Años de experiencia	Menos de 20 años	6	30%
	Entre 20 y 30 años	12	60%
	Más de 30 años	1	5%

Nivel profesional		
Asistencial	10	50%
Gestión	10	50%
Total	20	100%

FUENTE: elaboración propia

Tras la selección aleatoria de Jefes de Unidad o Área, se procedió a un **contacto** vía mail con ellos invitándoles a colaborar en el proyecto a través de una carta de presentación (Anexo 7). Así mismo se procedió al contacto con los enfermeros / asistenciales procedentes de sus unidades (dos de cada unidad o área concretamente fue el número de personas contactadas) (anexo 7). En este caso el primer contacto fue vía telefónica (utilizando el teléfono de la unidad de trabajo de cada uno de ellos) puesto que, al contrario que sucedía con las jefaturas, sus direcciones de correo no son públicas. Una vez se hubo hablado con todos y expuesto el caso brevemente, se contactó de nuevo vía mail para enviarles la misma carta de presentación que a las jefaturas. De este modo se obtuvieron todos los colaboradores que conforman el panel de expertos de este proyecto. La tabla 4.3 resume los participantes finales de este proyecto.

TABLA 4.3: INTEGRANTES DEL PANEL DE EXPERTOS

EXPERTO	PUESTO	CENTRO
Xabier Antomás Osés	JUE Psiquiatría A	CHN A
Asunción Merino Peralta	JUE C. Vascular	CHN A
Ana M^a Lanz Gil	JUE Cardiología	CHN A
Isabel Martínez	JUE Área del Corazón	CHN A
Juana Hermoso de Mendoza	JUE Enfermería II	CCI
Asunción Navallas Rebole	JUE Enfermería IV	CCI
Elena Antoñanzas Baztán	JUE Área de Procesos de Hospitalización Materno-Infantil	CHN B
M^a Isabel Osácar Equisoain	JUE Planta 6 ^o General - Medicina Interna	CHN B
Marta Ancín Pagoto	JUE Planta 5 ^o General - Neumología y Cardiología	CHN B
M^o Jesús Armendáriz Andueza	JUE Psiquiatría B	CHN B
Isabel Irigoyen Aristorena	DUE	CHN A
Teresa García Araguas	DUE	CNH A
Nekane Espelosín	DUE Planta de Hospitalización de Cardiología	CHN A
Cristina Gárriz Murillo	DUE Psiquiatría A	CHN A

Teresa Iguaz	DUE CCI Principe de Viana IV	CCI
Patricia de Ulibarri Navarcorena	DUE Neonatología	CHN B
Lourdes Albizu	DUE 6ª GENERAL	CHN B
Marian Arilla	DUE 6ª GENERAL	CHN B
Ana Campión	DUE 5ª GENERAL	CHN B
Elena Labat Yanguas	DUE	CHN

F

U

FUENTE: elaboración propia

Una vez conseguida la colaboración de un total de 20 expertos se procedió al comienzo de las rondas. Fueron necesarias dos rondas para lograr consenso entre los participantes. A cada participante se le enviaron sucesivamente los dos cuestionarios en los cuales aparecen tanto las competencias como los elementos competenciales (con sus correspondientes criterios de evaluación) que son objeto de evaluación de este proyecto. Además se adjuntaba la hoja de instrucciones para poder llevar a cabo de forma correcta la cumplimentación (anexo 5). La vía de contacto inicial fue la telefónica, pasando a la vía informática para llevar a cabo las diferentes rondas. El plazo para la cumplimentación de los cuestionarios se determinó en 8 días. Pasados esos ocho días, una carta solicitando nuevamente la colaboración fue remitida en los casos de no respuesta en el plazo previsto. A los encuestados se les se les pedía que respondieran a cada pregunta de forma detallada y precisa de acuerdo con su criterio a través de una escala tipo Likert que expresaba su grado de acuerdo con cada ítem. En esta escala 1 era el mínimo grado de acuerdo y cinco el máximo grado de acuerdo.

El cronograma de trabajo que se llevó a cabo fue el que a continuación se muestra

ACTIVIDADES	NOV '11	DIC '11	ENE '12	FEB '12	MAR '12	ABR '12	MAY '12	JUN '12	JUL '12	AGO '12	SEP '12
BUSQUEDA BIBLIOGRÁFICA											
LECTURA CRÍTICA											
ELABORACIÓN CUESTIONARIO											
TÉCNICA DELPHI											
ANÁLISIS RESULTADOS											
PRESENTACIÓN PROYECTO											

3.3.- Análisis de los datos

Cada uno de los ítems del cuestionario, tanto los elementos competenciales como los criterios de evaluación, actúo como una variable de estudio.

Todos los datos de cada una de las rondas fueron inicialmente recogidos en ficheros de datos Excel. Cada una de las variables (ítems) se codificó de una forma especial para poder facilitar el manejo de los datos. La codificación resultó de la siguiente

manera:

- Cada dominio competencial fue codificado con la letra "C" y el número que le correspondía según su orden de aparición. De esta manera la competencia primera, "orientación al paciente/usuario" sería C1; la segunda, "proporcionar una atención sanitaria integral" sería C", y así sucesivamente.
- Cada *elemento competencial* fue codificado con su número de competencia (codificado como se ha explicado líneas más arriba) y la letra E seguido del número que indica el orden que ocupa dentro de ese dominio competencial. Así, el elemento competencial primero que pertenece al primer dominio competencial ("Respeto por sus derechos") quedaría de la siguiente forma C1E1. Lo mismo ocurriría con el resto.
- En el caso de los *criterios de evaluación* vuelve a ocurrir lo mismo. Cada criterio de evaluación se corresponde con un elemento competencial por lo que están codificados de la misma manera, pero el que se refiere al primero lleva añadido detrás "CE" y el número de elemento con el que se corresponde. De este modo el criterio de evaluación del ejemplo anterior ("Conocer, respetar y defender los derechos del paciente/usuario. Mostrarse respetuoso") finalmente sería C1E1CE1.

Posteriormente, el tratamiento de los resultados y análisis

estadístico se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS versión 17.0.

Los estadísticos que principalmente se utilizan son medidas de tendencia central y dispersión: media, mediana, moda, máximo, mínimo y desviación típica. Éstos nos permiten tener una visión de conjunto de los resultados obtenidos en las diferentes rondas. La media, la mediana y la moda indican la tendencia central de la distribución (conjunto de datos que se han obtenido por parte de los encuestados).

El máximo y el mínimo indican las respuestas extremas obtenidas.

La desviación típica o estándar señala el grado de dispersión en las respuestas (es decir, si la mayoría de las respuestas de los expertos se hayan en torno a la media). A esto también contribuyen los cuartiles. El cuartil 1 (Q1), que es igual al percentil 25, sería el valor que deja el 25% de las respuestas por debajo de ella y el 75% por encima. El cuartil 3 (Q3), que es igual al percentil 75, sería el valor que deja el 75% de las respuestas por debajo de ella y el 25% por encima. Es decir entre Q1 y Q3, se situaría la mitad central de las respuestas obtenidas

Alpha de Crombach

El coeficiente Alfa de Cronbach es un modelo de consistencia interna (fiabilidad), basado en el promedio de las correlaciones entre los ítems. Entre las ventajas de esta medida se encuentra

la posibilidad de evaluar cuánto mejoraría (o empeoraría) la fiabilidad de la prueba si se excluyera un determinado ítem ³³. A mayor valor de Alfa, mayor fiabilidad. El mayor valor teórico de Alfa es 1, y en general 0.80 se considera un valor aceptable. Por tanto, cuanto más cercano a 1 sea, mayor será la fiabilidad, es decir, más consistentes son los ítems de la escala entre sí.



4.- RESULTADOS

Como comentamos, la metodología empleada para la validación del contenido se desarrolló mediante Técnica Delphi ejecutada vía mail.

El instrumento a validar (versión preliminar) constaba de 50 ítems (25 elementos competenciales y 25 criterios de resultados). Se pedía a los integrantes del panel de expertos, sus valoraciones en relación al “nivel de acuerdo en cuando a la capacidad de esos elementos competenciales de representar cada competencia y la de los criterios de evaluación de representar cada elemento competencial”.

La puntuación otorgada estaba marcada por una escala tipo Likert en la que 1 expresaba mínimo grado de acuerdo y 5 máximo grado de acuerdo.

De los 30 expertos contactados inicialmente, se consiguió colaboración por parte de 20 de ellos. De acuerdo con los resultados obtenidos fueron necesarias únicamente dos rondas para la obtención de consenso entre todos los expertos. Realmente en grado de acuerdo en la primera era alto, pero puesto que los expertos consideraron interesante incluir mejoras, se introdujeron y se volvió a realizar una nueva ronda en la que se consiguió un grado de acuerdo mejor si cabe.

4.1.- interpretación de los resultados

4.1.1.- Primera ronda Delphi

Los primeros datos que arroja el análisis estadístico son las

tablas de frecuencia en las que podemos observar los datos de tendencia central: media, moda, mediana y desviación típica o estándar.

TABLA 5.1: ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS DE LA PRIMERA RONDA DELPHI

Ítem	N	Media	Mediana	Moda	Desv tip	Mín.	Máx.	Perc. 25	Perc. 50	Perc 75
C1E1	20	4,75	5,00	5	0,444	4	5	4,25	5,00	5,00
C1E1CE1	20	4,75	5,00	5	0,560	3	5	5,00	5,00	5,00
C1E2	20	4,10	4,00	5	0,968	2	5	3,00	4,00	5,00
C1E2CE2	20	4,35	4,50	5	0,745	3	5	4,00	4,50	5,00
C1E3	20	4,55	5,00	5	0,686	3	5	4,00	5,00	5,00
C1E3CE3	20	4,40	5,00	5	0,754	3	5	4,00	5,00	5,00
C1E4	20	4,85	5,00	5	0,366	4	5	5,00	5,00	5,00
C1E4CE4	20	4,70	5,00	5	0,571	3	5	4,25	5,00	5,00
C1E5	20	4,80	5,00	5	0,410	4	5	5,00	5,00	5,00
C1E5CE5	20	4,85	5,00	5	0,366	4	5	5,00	5,00	5,00
C2E1	20	4,65	5,00	5	0,671	3	5	4,25	5,00	5,00
C2E1CE1	20	4,65	5,00	5	0,587	3	5	4,00	5,00	5,00
C2E2	20	4,80	5,00	5	0,410	4	5	5,00	5,00	5,00

RESULTADOS

C2E2CE2	20	4,60	5,00	5	0,681	3	5	4,00	5,00	5,00
C2E3	20	4,60	5,00	5	0,681	3	5	4,00	5,00	5,00
C2E3CE3	20	4,50	5,00	5	0,688	3	5	4,00	5,00	5,00
C2E4	20	4,65	5,00	5	0,587	3	5	4,00	5,00	5,00
C2E4CE4	20	4,60	5,00	5	0,598	3	5	4,00	5,00	5,00
C2E5	20	4,55	5,00	5	0,686	3	5	4,00	5,00	5,00
C2E5CE5	20	4,40	5,00	5	0,754	3	5	4,00	5,00	5,00
C3E1	20	4,70	5,00	5	0,571	3	5	4,25	5,00	5,00
C3E1CE1	20	4,75	5,00	5	0,550	3	5	5,00	5,00	5,00
C3E2	20	4,70	5,00	5	0,657	3	5	5,00	5,00	5,00
C3E2CE2	20	4,65	5,00	5	0,587	3	5	4,00	5,00	5,00
C3E3	20	4,65	5,00	5	0,587	3	5	4,00	5,00	5,00
C3E3CE3	20	4,55	5,00	5	0,686	3	5	4,00	5,00	5,00
C3E4	20	4,50	5,00	5	0,688	3	5	4,00	5,00	5,00
C3E4CE4	20	4,30	5,00	5	1,081	1	5	4,00	5,00	5,00
C3E5	20	4,45	5,00	5	0,759	3	5	4,00	5,00	5,00
C3E5CE5	20	4,30	5,00	5	0,923	2	5	4,00	5,00	5,00
C4E1	20	4,80	5,00	5	0,616	3	5	5,00	5,00	5,00
C4E1CE1	20	4,25	5,00	5	1,164	1	5	3,00	5,00	5,00
C4E2	20	4,65	5,00	5	0,587	3	5	4,00	5,00	5,00

C4E2CE2	20	4,50	5,00	5	0,688	3	5	4,00	5,00	5,00
C4E3	20	4,35	5,00	5	0,813	3	5	4,00	5,00	5,00
C4E3CE3	20	4,35	5,00	5	0,813	3	5	4,00	4,00	5,00
C4E4	20	4,25	5,00	5	0,967	2	5	3,25	5,00	5,00
C4E4CE4	20	4,15	4,00	5	1,089	1	5	4,00	4,50	5,00
C4E5	20	4,56	5,00	5	0,606	3	5	4,00	5,00	5,00
C4E5CE5	20	4,20	4,50	5	0,951	2	5	3,25	5,00	5,00
C5E1	20	4,65	5,00	5	0,671	3	5	4,25	5,00	5,00
C5E1CE1	20	4,40	5,00	5	0,995	2	5	3,25	5,00	5,00
C5E2	20	4,45	5,00	5	0,826	3	5	4,00	5,00	5,00
C5E2CE2	20	4,25	5,00	5	0,967	2	5	3,25	5,00	5,00
C5E3	20	4,80	5,00	5	0,410	4	5	5,00	5,00	5,00
C5E3CE3	20	4,56	5,00	5	0,686	3	5	4,00	5,00	5,00
C5E4	20	4,55	5,00	5	0,759	3	5	4,00	5,00	5,00
C5E4CE4	20	4,35	5,00	5	0,933	2	5	4,00	5,00	5,00
C5E5	20	4,55	5,00	5	0,686	3	5	4,00	5,00	5,00
C5E5CE5	20	4,30	5,00	5	0,923	2	5	4,00	5,00	5,00

FUENTE: elaboración propia

En cada uno de los ítems analizados puede observarse que la puntuación media otorgada por los expertos con respecto al

grado de acuerdo en la escala tipo Likert ofrecida (1 totalmente en desacuerdo; 2, en desacuerdo; 3, indiferente; 4, de acuerdo; 5 totalmente de acuerdo) está por encima de 4. Así mismo mediana (5 en todos los ítems) y moda (5 también), las cuales indican valor central de todas la puntuaciones y valor de puntuación que más se repite, respectivamente, apoyan este dato favorable. En el caso también de todos los ítems puede observarse a través de la desviación típica que el grado de dispersión es pequeño, es decir las respuestas de todos los expertos están muy próximas, los valores de respuesta son muy parecidos. Los valores máximo y mínimo, además de su utilidad en análisis estadístico para comprobar la ausencia de errores en la transcripción de datos, nos muestran una puntuación mínima de respuesta inferior a 3 en 11 casos:

Ítems puntuados con 1 (totalmente en desacuerdo):

- C3E4CE4: criterio de evaluación correspondiente a la competencia "El profesional sanitario", elemento competencial 14 (cuarto de esta competencia), "Ser capaz de procesar la información relevante y priorizar. Coordinar las actuaciones de los diferentes profesionales del equipo de salud". La principal razón argumentada en este caso es que "el elemento hace referencia a un profesional y varios pacientes, los criterios a varios profesionales

y un paciente” y por ello puede resultar “demasiado general”.

- C4E1CE1: criterio de evaluación correspondiente a la competencia “El equipo de trabajo”, elemento competencial 16 (primero de esta competencia), “Cordialidad y sintonía en el equipo, ofrecer disponibilidad y colaboración”. En este caso el argumento que se relaciona con estas puntuaciones es el siguiente: “la cordialidad es bonita, pero prescindible. Había que valorar la capacidad para trabajar en equipo compartiendo información”
- C4E4CE4: criterio de evaluación correspondiente a la competencia “el equipo de trabajo”, elemento competencial 19 (cuarto de esta competencia), “Fomentar y establecer la participación del personal en el proceso de cuidar. Organizar, pactar y coordinar las condiciones de la delegación”.

Ítems puntuados con 2 (en desacuerdo):

- C1E2: elemento competencial 2 correspondiente a la competencia “Orientación al usuario/paciente”, “Oferta de servicios”
- C3E5CE5: criterio de evaluación correspondiente a la competencia “El profesional sanitario”, elemento

competencial 15 (quinto elemento de esta competencia), Realización de trabajos y estudios, disponibilidad y acceso para los alumnos que cursan sus prácticas asistenciales. En este caso apelan más a la participación directa en el proceso formativo durante la jornada de trabajo más que a la disponibilidad como tal.

- C4E4: elemento competencial 19 (cuarto de su competencia) correspondiente a la competencia “El equipo de trabajo”, “Equilibrar y delegar la responsabilidad de ejecución de tareas indirectas u organizar las condiciones”
- C4E5CE5: criterio de evaluación correspondiente a la competencia “El equipo de trabajo”, elemento competencial 20 (quinto de esta competencia), “Expresarse claramente en un lenguaje adecuado al interlocutor. Compartir el conocimiento. Colaborar activamente en la formación del personal”. En este caso la argumentación de los expertos que no expresan grado de acuerdo alto con él está relacionada con el hecho de “el lenguaje debe ser enfermero. Si el interlocutor es auxiliar, enfermera u otra profesión sanitaria, debe tener nivel para entenderlo”.

- C5E1CE1: criterio de evaluación correspondiente a la competencia “Ser eficiente y evaluar resultados”, elemento competencial 21 (primero en dicha competencia), “Optimizar el material, los recursos físicos y el tiempo, tanto del paciente/usuario como de los profesionales”
- C5E2CE2: criterio de evaluación correspondiente a la competencia “Ser eficiente y evaluar resultados”, elemento competencial 22 (segundo en dicha competencia), “Liderar participativamente el proceso de implantación de protocolos o estándares. Hacer el seguimiento de la aplicación de los protocolos. Colaborar en la elaboración, revisión y actualización de los protocolos”
- C5E4CE4: criterio de evaluación correspondiente a la competencia “Ser eficiente y evaluar resultados”, elemento competencial 24 (cuarto de la competencia), “Reflexión sobre las actuaciones y razonamiento de los procedimientos enfermeros. Evaluación de resultados”
- C5E5CE5: criterio de evaluación correspondiente a la competencia “Ser eficiente y evaluar resultados”, elemento competencial 25 (quinto), Marcar objetivos a corto y largo plazo en el proceso

asistencial del paciente/usuario.

En el caso de los ítems relativos a esta competencia (5.- Ser eficiente y evaluar resultados) la mayoría de las puntuaciones argumentadas por los panelistas están encaminadas a la falta de tiempo real durante la jornada de trabajo para realizar estas actividades tanto de evaluación de resultados como de trabajar en base a la Enfermería Basada en la Evidencia.

El resto de ítems que no muestran un argumento particular repetido por los expertos en sus evaluaciones, muestran grados de acuerdo bajos por cuestiones de redacción.

Así pues pueden observarse puntuaciones más bajas, indicando un menor grado de acuerdo, principalmente en los criterios de evaluación y resultando más afectadas las competencias 4 y 5 "El equipo de trabajo" y "Ser eficiente y evaluar resultados".

Observando las tablas de frecuencias realizadas de forma individual para cada variable (ítem) (anexo 8), puede observarse que los ítems anteriormente expuestos son los que han obtenido un grado de calificación más bajo (menor grado de acuerdo) aunque la frecuencia con la que se ha expresado este bajo grado de acuerdo en todos los casos ha sido muy pequeña (1).

Por otro lado, a pesar de estar calificaciones con mayor grado de desacuerdo (aquellas que han dado lugar a las modificaciones del instrumento) podemos también observar que las puntuaciones otorgadas por la mayoría expertos en los ítems todos los ítems se colocan ya por encima del segundo cuartil, siendo en los casos C1E4, C1E5, C1E5CE5, C2E2, C3E1CE1, C3E3, y C4E1 5, la puntuación otorgada por los expertos que deja por debajo el 25% de las puntuaciones del conjunto de colaboradores. En el resto de los casos, la puntuación correspondiente al primer cuartil también resulta halagüeña para la primera ronda de esta técnica empleada: 4 en la mayoría de los casos y 3 en los más desfavorables. Esto nos indica que pocos son los expertos que muestran un grado bajo grado de acuerdo.

Con respecto a los datos resultantes del análisis de fiabilidad (consistencia interna) a partir del cálculo del **Alfa de Cronbach** se obtienen los siguientes resultados:

TABLA 5.2: ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD DE LA PRIMERA RONDA DELPHI

ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,976	,978	50

FUENTE: elaboración propia

Puede observarse que el valor de Alfa es 0,976, por encima, no sólo de 0,80 (valor considerado aceptable), sino muy próximo a 1. Esto indica un alto grado de consistencia interna.

Otro aporte de este análisis es el cuadro de "Estadísticos total-elemento" el cual se muestra a continuación.

TABLA 5.3: ESTADÍSTICOS TOTAL ELEMENTO DE LA PRIMERA RONDA DELPHI

Estadísticos total-elemento					
	MEDIA DE LA ESCALA SI SE ELIMINA EL ELEMENTO	VARIANZA DE LA ESCALA SI SE ELIMINA EL ELEMENTO	CORRELACIÓN ELEMENTO-TOTAL CORREGIDA	CORRELACIÓN MÚLTIPLE AL CUADRADO	ALFA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ELEMENTO
C1E1	221,80	611,011	,518	.	,976
C1E1CE1	221,80	605,958	,602	.	,976
C1E2	222,45	591,208	,647	.	,976
C1E2CE2	222,20	596,168	,710	.	,976
C1E3	222,00	595,579	,792	.	,975
C1E3CE3	222,15	598,239	,644	.	,976
C1E4	221,70	618,221	,232	.	,977
C1E4CE4	221,85	604,766	,622	.	,976
C1E5	221,75	610,408	,592	.	,976
C1E5CE5	221,70	612,642	,540	.	,976
C2E1	221,90	598,621	,716	.	,976
C2E1CE1	221,90	598,832	,814	.	,976
C2E2	221,75	607,566	,734	.	,976
C2E2CE2	221,95	597,734	,733	.	,976
C2E3	221,95	599,208	,687	.	,976
C2E3CE3	222,05	597,945	,718	.	,976

RESULTADOS

C2E4	221,90	604,411	,617	.	,976
C2E4CE4	221,95	605,418	,571	.	,976
C2E5	222,00	602,737	,575	.	,976
C2E5CE5	222,15	594,239	,755	.	,976
C3E1	221,85	602,345	,710	.	,976
C3E1CE1	221,80	604,274	,666	.	,976
C3E2	221,85	601,397	,644	.	,976
C3E2CE2	221,90	599,463	,792	.	,976
C3E3	221,90	598,621	,822	.	,976
C3E3CE	222,00	593,579	,853	.	,975
C3E4	222,05	601,208	,619	.	,976
C3E4CE4	222,25	583,987	,716	.	,976
C3E5	222,10	597,884	,650	.	,976
C3E5CE5	222,25	592,303	,655	.	,976
C4E1	221,75	607,145	,496	.	,976
C4E1CE1	222,30	581,168	,714	.	,976
C4E2	221,90	601,568	,717	.	,976
C4E2CE2	222,05	596,261	,769	.	,976
C4E3	222,20	593,011	,730	.	,976
C4E3CE3	222,20	588,168	,856	.	,975
C4E4	222,30	581,589	,859	.	,975
C4E4CE4	222,40	587,200	,648	.	,976
C4E5	222,00	602,421	,667	.	,976
C4E5CE5	222,35	585,924	,776	.	,976
C5E1	221,90	597,674	,746	.	,976
C5E1CE1	222,15	582,976	,804	.	,975
C5E2	222,10	594,726	,675	.	,976
C5E2CE2	222,30	587,168	,736	.	,976
C5E3	221,75	609,776	,623	.	,976
C5E3CE3	222,00	595,895	,782	.	,976

C5E4	222,00	600,526	,577	.	,976
C5E4CE4	222,20	588,484	,734	.	,976
C5E5	222,00	602,632	,578	.	,976
C5E5CE5	222,25	600,303	,473	.	,976

FUENTE : elaboración propia

En él se puede observar la "Correlación elemento-total corregida" que es el coeficiente de homogeneidad corregido. Si es cero o negativo se elimina. En el caso del cuestionario inicial tras la primera valoración por parte del panel de expertos, no existe ningún ítem que se cero o negativo, lo cual indica que ninguno de ellos habría de eliminarse.

El "Alfa de Cronbach si se elimina el elemento", equivale al valor de Alfa si eliminamos cada uno de los ítems. Puede observarse que ninguno de los casos este valor supera el Alfa obtenido. Es decir no sería pertinente excluir ninguno de los ítems del cuestionario puesto que los datos de consistencia interna con ello no mejorarían.

4.1.2.- Segunda ronda Delphi

En este caso volvieron a participar los 20 expertos que lo habían hecho en la primera ronda. Dado lo favorable de los resultados de la primera ronda, se introdujeron en el instrumento las aportaciones hechas por los expertos y se establecieron los

mismos criterios de evaluación.

La tabla de frecuencias de los ítems planteados en la segunda ronda de validación para el instrumento de evaluación por competencias de enfermería, fue la siguiente:

TABLA 5.4: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA SEGUNDA RONDA DELPHI

Ítem	N	Media	Mediana	Moda	Desv. tip	Mín.	Máx.	Perc 25	Perc 50	Perc 75
C1E1	20	4,90	5,00	5	0,308	4	5	5,00	5,00	5,00
C1E1CE1	20	4,95	5,00	5	0,224	4	5	5,00	5,00	5,00
C1E2	20	4,65	5,00	5	0,671	3	5	4,25	5,00	5,00
C1E2CE2	20	4,75	5,00	5	0,560	3	5	5,00	5,00	5,00
C1E3	20	4,80	5,00	5	0,410	4	5	5,00	5,00	5,00
C1E3CE3	20	4,90	5,00	5	0,308	4	5	5,00	5,00	5,00
C1E4	20	4,95	5,00	5	0,224	4	5	5,00	5,00	5,00
C1E4CE4	20	4,90	5,00	5	0,308	4	5	5,00	5,00	5,00
C1E5	20	4,90	5,00	5	0,308	4	5	5,00	5,00	5,00
C1E5CE5	20	4,90	5,00	5	0,308	4	5	5,00	5,00	5,00
C2E1	20	4,90	5,00	5	0,308	4	5	5,00	5,00	5,00

C2E1CE1	20	4,90	5,00	5	0,308	4	5	5,00	5,00	5,00
C2E2	20	4,90	5,00	5	0,308	4	5	5,00	5,00	5,00
C2E2CE2	20	4,90	5,00	5	0,308	4	5	5,00	5,00	5,00
C2E3	20	4,75	5,00	5	444	4	5	4,25	5,00	5,00
C2E3CE3	20	4,80	5,00	5	0,410	4	5	5,00	5,00	5,00
C2E4	20	4,95	5,00	5	0,224	4	5	5,00	5,00	5,00
C2E4CE4	20	4,95	5,00	5	0,224	4	5	5,00	5,00	5,00
C2E5	20	4,65	5,00	5	0,745	2	5	4,25	5,00	5,00
C2E5CE5	20	4,80	5,00	5	0,410	4	5	5,00	5,00	5,00
C3E1	20	4,85	5,00	5	0,489	3	5	5,00	5,00	5,00
C3E1CE1	20	4,95	5,00	5	0,224	4	5	5,00	5,00	5,00
C3E2	20	4,90	5,00	5	0,308	4	5	5,00	5,00	5,00
C3E2CE2	20	4,80	5,00	5	0,523	3	5	5,00	5,00	5,00
C3E3	20	4,85	5,00	5	0,489	3	5	5,00	5,00	5,00
C3E3CE3	20	4,90	5,00	5	0,308	4	5	5,00	5,00	5,00
C3E4	20	4,85	5,00	5	0,489	3	5	5,00	5,00	5,00
C3E4CE4	20	4,85	5,00	5	0,489	3	5	5,00	5,00	5,00
C3E5	20	4,65	5,00	5	0,671	3	5	4,25	5,00	5,00
C3E5CE5	20	4,55	5,00	5	0,759	3	5	4,00	5,00	5,00
C4E1	20	4,95	5,00	5	0,224	4	5	5,00	5,00	5,00
C4E1CE1	20	4,90	5,00	5	0,308	4	5	5,00	5,00	5,00

C4E2	20	4,90	5,00	5	0,308	4	5	5,00	5,00	5,00
C4E2CE2	20	4,85	5,00	5	0,366	4	5	5,00	5,00	5,00
C4E3	20	4,80	5,00	5	0,410	4	5	5,00	5,00	5,00
C4E3CE3	20	4,80	5,00	5	0,410	4	5	5,00	5,00	5,00
C4E4	20	4,80	5,00	5	0,410	4	5	5,00	5,00	5,00
C4E4CE4	20	4,75	5,00	5	0,444	4	5	4,25	5,00	5,00
C4E5	20	4,75	5,00	5	0,550	3	5	5,00	5,00	5,00
C4E5CE5	20	4,75	5,00	5	0,550	3	5	5,00	5,00	5,00
C5E1	20	4,90	5,00	5	0,308	4	5	5,00	5,00	5,00
C5E1CE1	20	4,85	5,00	5	0,366	4	5	5,00	5,00	5,00
C5E2	20	4,65	5,00	5	0,587	3	5	4,00	5,00	5,00
C5E2CE2	20	4,65	5,00	5	0,587	3	5	4,00	5,00	5,00
C5E3	20	4,80	5,00	5	0,523	3	5	5,00	5,00	5,00
C5E3CE3	20	4,75	5,00	5	0,555	3	5	5,00	5,00	5,00
C5E4	20	4,90	5,00	5	0,308	4	5	5,00	5,00	5,00
C5E4CE4	20	4,90	5,00	5	0,308	4	5	5,00	5,00	5,00
C5E5	20	4,80	5,00	5	0,410	4	5	5,00	5,00	5,00
C5E5CE5	20	4,80	5,00	5	0,410	4	5	5,00	5,00	5,00

FUENTE: elaboración propia

En este caso desaparecen las puntuaciones que expresan menor grado de acuerdo en la escala tipo Likert ofrecida (1, totalmente

en desacuerdo y 2, en desacuerdo). La puntuación menor encontrada en esta segunda ronda es de 3 (indiferente) sin ser representativa su frecuencia en ninguno de los ítems del cuestionario. En el caso también de todos los ítems puede observarse, de nuevo, a través de la desviación típica que el pequeño grado de dispersión de las valoraciones de los expertos del panel. La media, en este caso de la segunda ronda continua estando por encima de 4, moda y mediana se mantienen en 5.

Pueden observarse en el análisis de los datos que se desprenden de esta segunda ronda que las puntuaciones más bajas, indicando un menor grado de acuerdo, que principalmente aparecían en los criterios de evaluación y resultando relativos a las competencias 4 y 5 "El equipo de trabajo" y "Ser eficiente y evaluar resultados" han dejado ser las dominantes.

Observando las tablas de frecuencias realizadas de forma individual para cada variable (ítem) en este caso (anexo 9), puede observarse que en relación a estas competencias, la calificación de menor envergadura otorgada es 3 (indiferente) y aparece en los casos de los elementos competenciales C4E5, C4E5CE5, C5E2, C5E2CE2, C5E3 Y C5E3CE3, siendo además la frecuencia muy baja (1).

Por otro lado, entrando a la lectura de los cuartiles, podemos observar que en esta ronda, la puntuación 4 (de acuerdo) vuelve a ser aquella que dejan por debajo el 25% de las puntuaciones

del conjunto de colaboradores, desapareciendo de este cuartil la puntuación 3 (indiferente) que por el contrario sí aparecía en este cuartil en el caso de los datos arrojados por la primera ronda.

Con respecto a los datos resultantes del análisis de fiabilidad (consistencia interna) a partir del cálculo del **Alfa de Crombach** se obtienen los siguientes resultados en esta segunda ronda:

TABLA 5.5: ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD DE LA SEGUNDA RONDA DELPHI

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
.976	,980	50

FUENTE: elaboración propia

Puede observarse que el valor de Alfa es 0,976, por encima, no sólo de 0,80 (valor considerado aceptable), sino muy próximo a 1. Esto indica un alto grado de consistencia interna. Otra observación que puede hacerse es que este valor no ha cambiado a pesar de las modificaciones del cuestionario.

Otro aporte del nuevo análisis vuelve a ser el cuadro de "Estadísticos total-elemento" el cual se muestra a continuación:

TABLA 5.6: ESTADÍSTICOS TOTAL - ELEMENTO DE LA SEGUNDA RONDA DELPHI

Estadísticos total-elemento					
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
C1E1	236,60	206,358	,669	.	,975
C1E1CE1	236,55	207,839	,695	.	,976
C1E2	236,85	199,818	,638	.	,976
C1E2CE2	236,75	200,724	,728	.	,975
C1E3	236,70	204,432	,662	.	,975
C1E3CE3	236,60	205,726	,742	.	,975
C1E4	236,55	207,839	,695	.	,976
C1E4CE4	236,60	206,358	,669	.	,975
C1E5	236,60	205,726	,742	.	,975
C1E5CE5	236,60	208,253	,453	.	,976
C2E1	236,60	205,726	,742	.	,975
C2E1CE1	236,60	205,726	,742	.	,975
C2E2	236,60	206,042	,705	.	,975
C2E2CE2	236,60	206,358	,669	.	,975
C2E3	236,75	203,039	,721	.	,975
C2E3CE3	236,70	204,853	,625	.	,976
C2E4	236,55	207,839	,695	.	,976
C2E4CE4	236,55	207,839	,695	.	,976
C2E5	236,85	200,345	,544	.	,976
C2E5CE5	236,70	204,642	,644	.	,975
C3E1	236,65	207,397	,336	.	,976

RESULTADOS

C3E1CE1	236,55	210,261	,317	.	,976
C3E2	236,60	206,042	,705	.	,975
C3E2CE2	236,70	206,958	,341	.	,976
C3E3	236,65	207,397	,336	.	,976
C3E3CE3	236,60	210,674	,179	.	,976
C3E4	236,65	201,608	,757	.	,975
C3E4CE4	236,65	201,608	,757	.	,975
C3E5	236,85	194,450	,934	.	,975
C3E5CE5	236,95	195,524	,766	.	,975
C4E1	236,55	207,839	,695	.	,976
C4E1CE1	236,60	206,042	,705	.	,975
C4E2	236,60	205,726	,742	.	,975
C4E2CE2	236,65	203,924	,794	.	,975
C4E3	236,70	202,116	,864	.	,975
C4E3CE3	236,70	202,116	,864	.	,975
C4E4	236,70	202,116	,864	.	,975
C4E4CE4	236,75	200,618	,918	.	,975
C4E5	236,75	197,671	,931	.	,975
C4E5CE5	236,75	197,671	,931	.	,975
C5E1	236,60	206,042	,705	.	,975
C5E1CE1	236,65	204,239	,764	.	,975
C5E2	236,85	199,608	,748	.	,975
C5E2CE2	236,85	199,608	,748	.	,975
C5E3	236,70	202,537	,642	.	,976
C5E3CE3	236,75	201,355	,686	.	,975
C5E4	236,60	206,042	,705	.	,975
C5E4CE4	236,60	206,042	,705	.	,975
C5E5	236,70	202,116	,864	.	,975
C5E5CE5	236,70	202,116	,864	.	,975

FUENTE: elaboración propia

En él se puede observar de nuevo la columna correspondiente a la "Correlación elemento-total corregida" que, recordemos, es el coeficiente de homogeneidad corregido (en caso de ser cero o negativo se elimina). En el caso de este segundo cuestionario tras la segunda ronda y valoración por parte del panel de expertos, no existe ningún ítem que se cero o negativo, lo cual indica que ninguno de ellos habría de eliminarse. Incluso pueden observarse valores superiores de la correlación elemento-total corregida que en el caso del análisis de la primera ronda.

El "Alfa de Cronbach si se elimina el elemento" (valor de Alfa si eliminamos cada uno de los ítems) en este segundo análisis vuelve a no superar el valor del Alfa obtenido. Seguiría, tras la segunda ronda, sin ser pertinente excluir ninguno de los ítems del cuestionario puesto que los datos de consistencia interna con ello no mejorarían.

4.2.- Instrumento AL_COM

Por todo ello, tras este estudio, la versión final de este instrumento pasa a llamarse AL_COM (anexo 10), sobre el que se continuará la línea de investigación. Este instrumento, al igual que el ave rapaz con el que casi comparte el nombre, permitirá tanto obtener una "vista de pájaro" de las aptitudes y destrezas de los profesionales de enfermería del

Complejo Hospitalario de Navarra como la detección de los temas necesarios para trabajar en formación y organización de las contrataciones.

Tras las modificaciones pertinentes realizadas a partir de las aportaciones del panel de expertos y de los correspondientes análisis estadísticos, surge el dicho instrumento, el cual mantiene las 5 competencias iniciales, pero ha sufrido modificaciones en algunos de los elementos competenciales y de los criterios de evaluación.

El instrumento AL_COM consta de 5 dominios competenciales, 25 elementos competenciales y 25 criterios de evaluación. Todos ellos, en su forma final, se detallan a continuación.

1.-Orientación al usuario / paciente

1.1-Respeto por sus derechos: Conocer y respetar los derechos del paciente/usuario. Mostrarse respetuoso.

1.2.-Oferta de servicios: Conocer, adecuar y ofertar la información necesaria a las necesidades y capacidades y / o limitaciones del usuario/paciente.

1.3.-Oferta de información y soporte emocional: Adecuar la información a las necesidades y capacidad del usuario /paciente. Expresarse en un lenguaje claramente comprensible

Transmitir optimismo, dar ánimo, canalizar los sentimientos

1.4.-Preservar la dignidad y confidencialidad: Discreción

mantener y proteger la privacidad de la información personal y clínica

1.5.-Adecuar las actuaciones a los principios bioéticos: Beneficencia / no maleficencia (procurar el bienestar). Justicia (trato igual a todos obviando diferencias de sexo, raza...) Autonomía (respetar el derecho del paciente a decidir)

2.-Proporcionar una atención sanitaria integral

2.1.-Promoción-prevención de la salud: Prevenir lesiones y /o enfermedades asesorando al paciente/usuario sobre hábitos saludables. Realizar actividades educativas.

2.2.-Atención al individuo: Identificar el estado basal del paciente / usuario, planificar el PAE y modificarlo en función de las necesidades y recursos.

2.3.-Atención a la familia y / o cuidador: Influir en la aptitud familia/cuidador para afrontar el proceso. Enseñar a la familia/cuidador a realizar las actividades terapéuticas prescritas. Involucrarles en el proceso asistencial

2.4.-Identificación precozmente de signos de alarma o cambios significativos: Reconocer signos específicos, manifestaciones inespecíficas a tiempo, actuación en casos de urgencia.

2.5.-Utilización de la evidencia científica en el proceso asistencial: Aplicar resultados de estudios a la práctica diaria, actualización de los conocimientos

3.- El profesional sanitario

3.1.-Establecimiento de una adecuada relación terapéutica: Empatía, actitud de ayuda, cordialidad y trato amable, escucha activa. Accesibilidad y disponibilidad, transmisión de tranquilidad, inspirar confianza

3.2.-Modificar los planes de cuidados según el estado del paciente y los recursos disponibles: Contrastar de manera continuada el estado del paciente, saber priorizar, adecuar la capacidad/voluntad del paciente para implicarse en su autocuidado

3.3.-Establecimiento de una comunicación eficiente con el paciente/usuario: Demostrar habilidades de comunicación, pactar consensos, ser capaz de procesar la información relevante transmitida por el paciente

3.4.-Organizar, planificar y coordinar las necesidades de atención de múltiples pacientes simultáneamente: Ser capaz de procesar la información relevante y priorizar. Coordinar las actuaciones de los diferentes profesionales del equipo de salud.

3.5.-Compromiso con la docencia y la investigación: Realización de trabajos y estudios, disponibilidad y acceso para los alumnos que cursan sus prácticas asistenciales

4.- El equipo de trabajo

4.1.-Trabajar en equipo con otros profesionales de enfermería: Cordialidad y sintonía en el equipo, ofrecer

disponibilidad y colaboración.

4.2.-Crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo: Equilibrar la demanda y oferta de ayuda, ser asertivo, transmitir tranquilidad en situaciones de estrés, canalizar el esfuerzo tanto propio como de otros compañeros.

4.3.-Crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo con otros profesionales de otras disciplinas: Equilibrar la demanda y oferta de ayuda, ser asertivo, transmitir tranquilidad en situaciones de estrés, canalizar el esfuerzo tanto propio como de los otros compañeros.

4.4.-Equilibrar y delegar la responsabilidad de ejecución de tareas directas u organizar las condiciones: Fomentar y establecer la participación del personal en el proceso de cuidar. Organizar, pactar y coordinar las condiciones de la delegación

4.5.-Participar en el proceso de aprendizaje de los otros miembros del equipo y de los alumnos: Expresarse claramente en un lenguaje adecuado al interlocutor. Compartir el conocimiento. Colaborar activamente en la formación del personal.

5.- Ser eficiente y evaluar resultados

5.1.-Uso eficiente de los recursos: Optimizar el material, los recursos físicos y el tiempo, tanto del paciente/usuario como de los profesionales.

5.2.-Velar por la correcta implantación y cumplimiento de

los estándares: Liderar participativamente el proceso de implantación de protocolos o estándares. Hacer el seguimiento de la aplicación de los protocolos. Colaborar en la elaboración, revisión y actualización de los protocolos

5.3.-Utilizar la documentación necesaria y cumplimentar adecuadamente los registros de enfermería, Historia Clínica y otros: Hacer una correcta historia clínica de enfermería. Registrar la actividad y evolución del estado del paciente. Seguir las normas básicas de cumplimentación de los registros

5.4.-Evaluación del proceso asistencial: Reflexión sobre las actuaciones y razonamiento de los procedimientos enfermeros. Evaluación de resultados.

5.5.-Orientación a resultados en el desempeño profesional: Marcar objetivos a corto y largo plazo en el proceso asistencial del paciente/usuario

Evaluación y puntuación

Cada uno de los elementos competenciales ha de ser puntuado por el evaluador a través de su correspondiente criterio de evaluación por medio de una escala tipo Likert de 1 a 5 en la que 1 es ejecución deficiente; 2 es ejecución mínima aceptable; 3,

ejecución correcta; 4, ejecución muy buena y 5, ejecución excelente. La puntuación mínima que puede obtenerse es 25 y la máxima es de 125 puntos.

El método de evaluación incluye la evaluación por parte de la/el Jefe de Unidad y la autoevaluación por parte de la propia enfermera asistencial. Una vez llevada a cabo la evaluación por las dos partes (puntuados con escala tipo Likert de 1 a 5 cada uno de los elementos competenciales y sus correspondientes criterios de evaluación) la puntuación final o índice de experiencia se obtiene haciendo la media de las dos puntuaciones (evaluación y autoevaluación) siempre y cuando la diferencia de las dos puntuaciones no sea superior al 20%. Esta puntuación final puede traducirse en puntos de Carrera Profesional (aspecto que abre una nueva línea de investigación en el tema de competencias que concierne a este proyecto). En el caso de que la puntuación final entre la evaluación y la autoevaluación sea discrepante ($> 20\%$), intervendrá un tercer evaluador. Éste ha de ser designado por la dirección de enfermería y será conocido como evaluador externo. Es recomendable que el tercer evaluador tenga un perfil más técnico (asistencial) que jerárquico. Debe tener un índice de especialización alto. El evaluador externo realizará una observación participante (2-3 horas) del evaluado y a continuación cumplimentará el Cuestionario de Evaluación de Competencias, el cual entregará en mano y en un sobre cerrado a la Dirección de Enfermería. El

profesional evaluado tiene la opción de rechazar al evaluador externo propuesto (hasta una vez). Es muy conveniente que el tercer evaluador no conozca a priori las puntuaciones de las evaluaciones anteriores. En este caso de participación de un evaluador externo por discrepancia en las puntuaciones anteriores, la puntuación final se obtiene realizando la media de las puntuaciones más concordantes. Independientemente de que este instrumento fuera utilizado para la valoración de la carrera profesional o de otros métodos de incentivos, es recomendable evaluar las competencias como mínimo cada dos años y siempre que se cambie de servicio, área o unidad con una estancia mínima de seis meses.

Puntuación final de la evaluación: umbral de pericia

Según Kane, un profesional es competente en la medida en que “utiliza sus conocimientos, habilidades, aptitudes y el buen juicio asociado a su profesión para desenvolverse de forma eficaz en las situaciones que corresponden al campo de sus práctica”¹⁶. El Modelo de Adquisición de Habilidades (MAH) de los profesores Hubert y Stuart Dreyfus, desarrollado en el marco del programa de investigación en inteligencia artificial de la Universidad de California en la década de los 70, explica que la adquisición de pericia es un proceso que depende de las características individuales y del contexto. Se desarrolla en cinco fases o niveles: aprendiz, principiante, competente, proeficiente y experto. (Figura 5.1) Otras premisas incluidas en este modelo

exponen que:

- En todas las poblaciones o grupos, la pericia suele distribuirse siguiendo una curva normal.
- No todos los individuos llegan a ser expertos
- Los niveles más altos de pericia requieren, *sine qua non*, práctica continuada y reflexiva.

Esta conceptualización se basa en el análisis de centenares de actuaciones profesionales derivadas de los procesos de toma de decisión en el contexto de la práctica profesional real. En los estudios de los hermanos Dreyfus, este análisis se realizó en dos poblaciones: pilotos de aviación y jugadores de ajedrez.

FIGURA 5.1: CARACTERISTICAS DE LOS DISTINTOS NIVELES DE PERICIA DESCRITOS EN EL MODELO DE ADQUISICION DE HABILIDAD

CUADRO I. Características de los distintos niveles de pericia descritos en el Modelo de Adquisición de Habilidad	
Nivel	Características
Aprendiz	No tiene o tiene poca experiencia práctica Su actuación se basa en normas y protocolos No sabe priorizar No sabe identificar excepciones. No sabe actuar ante imprevistos
Principiante	Ha afrontado suficientes situaciones reales para empezar a determinar los aspectos más significativos y recurrentes de cada caso Aún necesita guía y supervisión para establecer prioridades Su actuación sigue basándose en la norma Aún no es capaz de identificar aquello que es realmente importante, especialmente en situaciones clínicas complejas
Competente	Actúa de forma organizada, pues ya ha integrado la aplicación práctica de los estándares o protocolos Sabe priorizar Es capaz de cuestionarse sus prácticas
Proeficiente	Empieza a saber manejarse en situaciones imprevistas Es capaz de percibir las situaciones como un todo en su conjunto Esta comprensión holística, le permite una toma de decisiones es más completa, rápida y acertada Es capaz de percibir intangibles y anticiparse al problema empleando algunos de los elementos de juicio intuitivo
Experto	Tiene un enorme acopio de experiencia y reflexión sobre su práctica Basa la toma de decisiones en los principios del juicio intuitivo Es reconocido de forma natural por los demás como alguien excepcional Tiene una gran certeza perceptiva y seguridad de criterio

FUENTE: Gaceta Sanitaria Dic2008/Ene 2009; 11(10):8-15

La Dra. Benner, en trabajos posteriores, estudio las actuaciones y toma de decisiones en el caso de enfermeras hospitalarias. Esta investigadora llega a describir con detalle la relación entre los elementos que se toman en consideración en el proceso de toma de decisiones, por parte de cada uno de los profesionales de Enfermería, en los distintos grados de pericia ¹⁶.

En el caso que concierne a este proyecto, para establecer un grado de pericia final y correlacionarlo con la puntuación obtenida en la evaluación de las competencias enfermeras, se tomó como referencia la clasificación utilizada en el MAH. El grado de pericia se definió como el nivel de adquisición de habilidades, de

conocimientos y de actitudes de un profesional para la ejecución de los elementos competenciales, traducido a un valor numérico el cual se correlaciona con un nivel en de este MAH. La correlación y consecuente puntuación final se muestra en la tabla que sigue (tabla 5.7).

TABLA 5.7: CORRELACIÓN PUNTUACIÓN / NIVEL DE PERICIA EN LOS RESULTADOS DEL INSTRUMENTO AL_COM.

PUNTUACIÓN OBTENIDA	FINAL	NIVEL DE PERICIA
25		Aprendiz
De 26 a 50		Principiante
De 51 a 75		Competente
De 75 a 100		Proeficiente
De 101 a 125		Experto

FUENTE: elaboración propia

Los profesionales de enfermería podrán ascender en el nivel de pericia en base a su mejoría de las competencias, la cual se verá

reflejada en las evaluaciones realizadas de forma periódica.



5.- DISCUSIÓN

El objetivo general del presente estudio ha sido construir y validar mediante la Técnica Delphi, un instrumento para la evaluación por competencias en el CHN, con el fin de ser utilizado en la práctica clínica para identificar necesidades formativas, crear listas de contratación y gestionar los sistemas de incentivos actuales.

Este instrumento surge tanto del análisis de instrumentos similares utilizados en otras comunidades (Cataluña y Andalucía) como del propio entorno en el que pretende utilizarse. De esta manera se consiguió realizar una propuesta de intervención, la cual se decidió validar a través de la revisión por expertos. Las características de los panelistas fueron similares a las utilizadas por los equipos de trabajo de las mencionadas comunidades.

Tras analizar el perfil seleccionado, se observó que respondió a un amplio rango de edad, en consonancia con el perfil múltiple elegido, y, al género mujer, coincidiendo con el perfil general de la profesión en España y más concretamente en Navarra según las últimas encuestas (2011) del Instituto Nacional de Estadística (INE), que refieren la existencia de 19 enfermeras frente a un enfermero en Navarra ^{34, 35}.

También se revela la prevalencia del nivel académico de diplomado/a debido a la existencia del rango de diplomatura hasta 2010 de la disciplina.

Con respecto a la fiabilidad del instrumento analizada a través del

análisis de los estadísticos descriptivos y del Alpha de Cronbach existe una buena concordancia entre los ítems del cuestionario y un alto grado de consistencia interna. Los valores del Alpha de Cronbach. Porcel Gálvez, en la validación del instrumento INICIARE (validado a través de la misma técnica que en el presente caso) obtiene valores del Alpha de Cronbach de entre 0,846-0,987 ³⁶. En el caso particular del instrumento AL_COM, se evaluó este parámetro obteniendo resultados excelentes (0,976). Además en nuestro caso, las correlaciones total – elemento y los valores del Alpha de Cronbach si se elimina el elemento, apuntan a una gran consistencia interna.

Estos datos mencionados, así como el hecho de obtener consenso con la necesidad de dos rondas de circulación entre los panelistas (incluso obteniendo importante grado de consenso en la primera de las rondas) se sustentan en el origen del instrumento AL_COM. Como bien es sabido, surge de dos herramientas validadas y utilizadas ya en otras comunidades para este mismo fin que se pretende con el instrumento en el caso de la Comunidad Foral.

La investigación-acción participativa se basa en la colaboración total entre investigadores y participantes (profesionales de enfermería). Esta aproximación se fundamenta en la asunción de que los participantes desean implicarse en la mejora de su práctica y quieren comprender mejor y aprender más sobre el ámbito de su responsabilidad profesional. En el caso del proyecto COM_VA se empleó este método porque contempla la implicación activa de los profesionales de

enfermería en el desarrollo del proyecto, y así se garantiza su aceptación y su integración en la práctica a corto y a largo plazo. Estos mismos argumentos son los que llevan a la elección de esta técnica en el caso del instrumento AL_COM. Kelly y Simpson sugieren que en los proyectos de investigación-acción la participación e implicación de los participantes es clave para su éxito, pero a su vez esta implicación puede hacerles sentirse, de alguna forma, coaccionados a responder. Por ello, Dewing recomienda centrar en lo posible este tipo de estudios en un enfoque más grupal que individual, porque permite que los participantes se sientan "menos expuestos" y facilita el desarrollo de la confianza en el grupo, al tiempo que el proceso reflexivo de participación en las definiciones de los elementos de interés; en nuestro caso, el significado de las competencias y de los elementos competenciales². Estas líneas apuntan a una de las limitaciones de este proyecto. Se pretendía la realización de un grupo de discusión contando con la colaboración nuevamente de los panelistas. Dadas las fechas en las que había de tener lugar este grupo de discusión (periodo estival) resultó imposible la puesta en marcha del mismo. Reconocemos que es una limitación que hubiera conferido al proceso de validación consistencia extra. Así mismo, con este proyecto queda abierta una nueva línea de investigación enfocada a matizar este instrumento para cada una de las áreas o especialidades en las que la enfermería entra en juego (gestión, asistencial, y dentro de esta, unidades médicas, quirúrgicas, unidades especiales...)

La adecuación de una parte de estos elementos corresponde a las direcciones de los centros. Por el contrario, otros factores dependen de la normativa que regula la gestión de recursos humanos en los hospitales públicos, por lo que el control sobre el entorno en el que se prestan cuidados, elemento esencial en la idoneidad contextual, está muy condicionado por el modelo actual de gestión eminentemente funcionarial y difícilmente mejorable si no se actualizan estas normativas¹⁶.

Se hace necesario el desarrollo de programas que faciliten oportunidades de promoción profesional en el área asistencial y no sólo hacia la gestión, como la implantación de programas de enfermería clínica o gestión de casos, e incluso, la posibilidad de introducir elementos innovadores en la gestión de recursos que permitan liberar parcialmente de la asistencia a enfermeras proeficientes o expertas, para que ejerzan funciones de consultoría, formación, asesoramiento a la clínica o a la gestión e investigación¹⁶. Esta son algunas de las utilidades del instrumento AL_COM.

Aunque numerosos autores concluyen en sus trabajos que la relación colegiada entre enfermeras y médicos es un elemento esencial para minimizar los errores clínicos, aumentar la productividad y mejorar los resultados, este es uno de los factores que recibe peor puntuación. Este resultado es probablemente un reflejo adecuado de la realidad, aunque la mejora de este elemento implica a todos los actores (enfermeras, médicos y gestores) y muy posiblemente arrastra connotaciones

históricas y culturales¹⁶.

El pleno desarrollo de las competencias enfermeras en el contexto de la legislación vigente, de la nueva estructura de los estudios universitarios amparado en el marco de Bolonia, que permite acceder a los estudios de doctorado, y un despliegue adecuado de las especialidades enfermeras vinculado, no sólo a las aspiraciones profesionales, sino a las demandas y necesidades reales de la sociedad, pueden contribuir a crear instrumentos sociológicos que permitan modificar esta asimetría¹⁶.

La investigación en el área de los aspectos organizativos que afectan a la prestación de cuidados en los centros sanitarios es necesaria para avanzar en la evaluación de la aportación enfermera al sistema de salud¹⁶. Muchas de las enfermeras que han colaborado en el panel de expertos para la elaboración de este proyecto, apuntaban a la falta de medios y de motivación para introducir la investigación o la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) en su práctica diaria. El instrumento AL_COM, pretende también ayudar a gestionar un sistema de incentivos que permita incluirlas y con ello hacer que la calidad asistencial en el Complejo Hospitalario de Navarra vaya en aumento. El actual sistema de contratación y de incentivos así como de acceso a una plaza en este entorno, premia el esfuerzo personal en una etapa de la carrera profesional enfermera pudiendo generar una pérdida de la calidad asistencial por falta de incentivos del personal que trabaje en el sistema de forma continua. Con esto nos planteamos una pregunta: ¿nuestros esfuerzos han de ir dirigidos hacia estabilidad profesional únicamente o

hacia la superación profesional por el bien personal y de nuestros pacientes?

Los gestores de los hospitales del sistema público de salud deberían considerar seriamente el impacto de los elementos contenidos en el instrumento de evaluación de las competencias enfermeras y evaluar minuciosamente, en términos económicos y de resultados de salud, el coste de mantener los actuales entornos organizativos y el coste de mejorarlos utilizando estos tipos de gestión propuestos.



6. CONCLUSIONES

6.- CONCLUSIONES

1.- Con esta investigación se ha generado un instrumento (AL_COM) que permite valorar por competencias a los profesionales de enfermería del CHN.

2.- El instrumento AL_COM constituye un primer paso en la reorganización de los actuales sistemas de gestión de personal.

3.- El Instrumento AL_COM es un cuestionario que consta de 50 ítems (elementos competenciales) con un criterio de evaluación para cada uno de ellos mediante una escala tipo Likert en la que 1 corresponde a "ejecución deficiente"; 2 a ejecución mínima aceptable; 3 a ejecución correcta; 4 a ejecución muy buena y finalmente 5 a ejecución excelente.

4.- Para su elaboración y validez de contenido se ha contado con el juicio de expertos, basado en la técnica de consenso Delphi. El panel de expertos lo formaron 20 profesionales de enfermería con una media de 23,11 años de profesión, Diplomadas/os Universitarios y de la Comunidad Foral de Navarra y procedentes de ambos ámbitos, gestión y asistencial.

5.- Los análisis de fiabilidad demostraron un alto grado de consistencia interna para el instrumento valorado, con valores de Alpha de cronbach de 0,976.

6.- Los ítems que menor grado de acuerdo mostraron en la primera de

las rondas fueron los relacionados con el dominio competencial “ser eficiente y evaluar resultados”, apuntando principalmente a la falta de tiempo en su jornada laboral y a la falta de motivación para ello.

7.- Se ha obtenido un instrumento final fiable y consistente que ayudaría a mejorar la calidad asistencial optimizando los recursos humanos.



7. BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA.

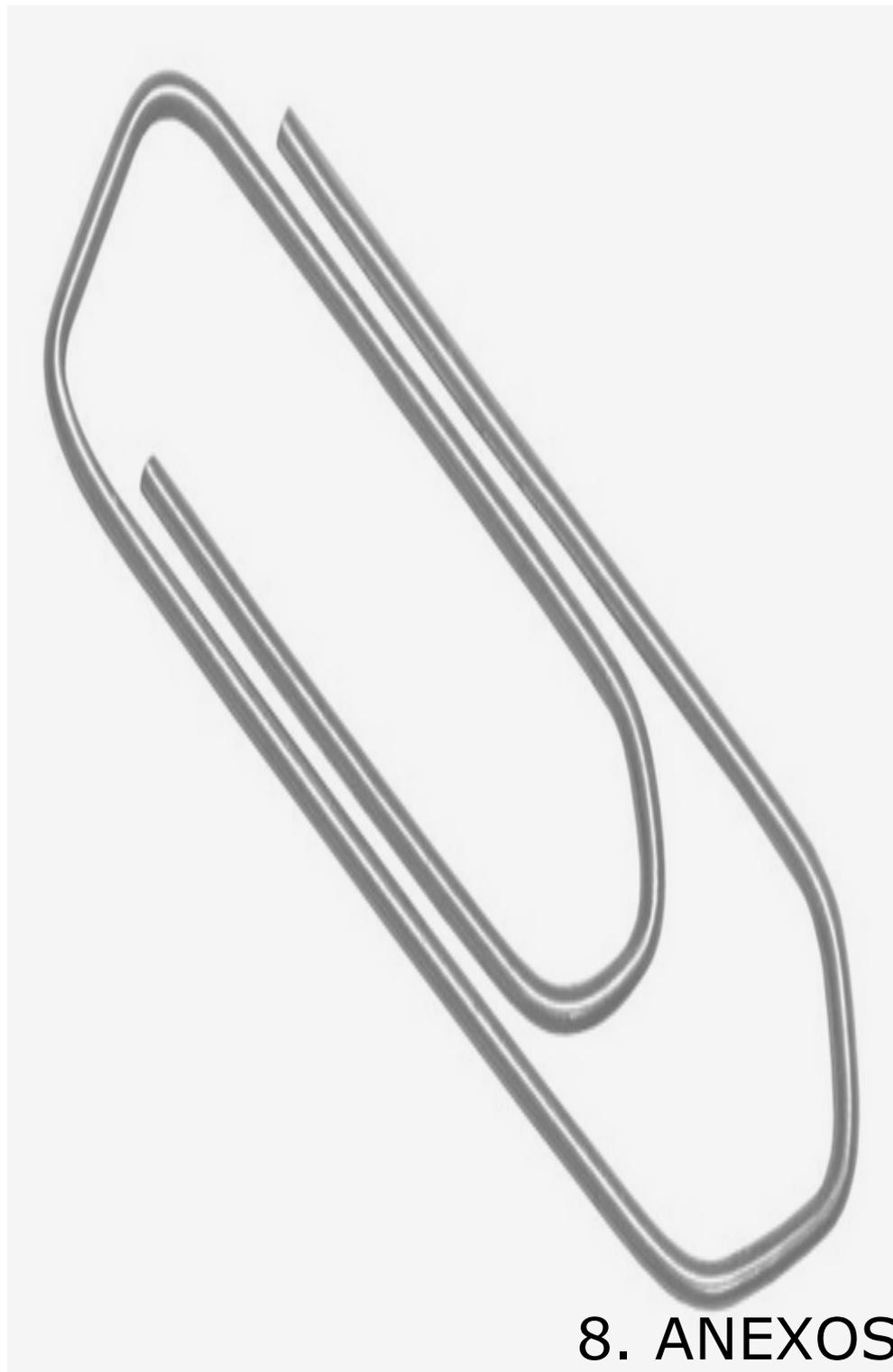
1. Juvé ME, Huguet M, Monteverde D, Sanmartin MJ, Martí N, Cuevas B, et al. Marco Teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. *Nursing* 2007; 25 (4): 56-61.
2. JuvéUdina ME, Farrero Muñoz S, Matud Calvo C, Monteverde Prat D, Fierro Barrabés G, Marsal Serra R, et al. ¿Cómo definen los profesionales de enfermería hospitalarios sus competencias asistenciales? *Nursing* 2007; 25(7):50-61.
3. Ernst & Young Consultores. Manual del director de recursos humanos. Gestión por competencias. Madrid: Ernst & Young Consultores; 2006.
4. Cuevas Santos C, Martínez González I, Baltanás Gentil FJ. La gestión por competencias en enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2006.
5. http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/programas_de_a_creditacion/profesionales/competencias_profesionales.html
6. Montero J, Rojas MP, Castel J, Muñoz N, Brunner A, Sáez Y, Scharager J. Competencias médicas requeridas para el buen desempeño en Centros de Salud Familiares en Chile. *Rev Méd Chile* 2009; 137: 1561-1568.
7. Juvé Udina ME, Farrero Muñoz S, Matud Calvo C, Rius Ferrus L, Monteverde Prat D, Cruz Llauna R, et al. Pesos competenciales asociados a las diferentes áreas de cuidados en el ámbito hospitalario. *Nursing* 2009; 27 (7):54-8.
8. García N, García R, Vila M, Torres P, Moreno MM. Entorno Clínico de la

- Enfermera de Hemodiálisis en la Provincia de Cádiz. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2004; 7 (3): 150/156.
9. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos Esenciales del Trabajo Enfermero en los Hospitales Magnéticos. Parte I. Nursing. 2005 Mar, 23(3): 8-13.
 10. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos Esenciales del Trabajo Enfermero en los Hospitales Magnéticos. Parte II. Nursing. 2005 Abr, 23(4): 15-19.
 11. Kramer M, Schmalenberg C, Maguire P. Aspectos Esenciales del Trabajo Enfermero en los Hospitales Magnéticos. Parte III. Nursing. 2005 May, 23(5): 14-17.
 12. Prados JA, Almendro C, Quesada F, Guerra G, Arbonies JC, Arnau J et al. Mapa de Evaluación para la evaluación de competencias en la práctica clínica. Porfolio semFYC. 2005 Jun 14.
 13. Gervás J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA. Incentivos en Atención Primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. Rev Esp Salud Pública 2007 Nov; 6 (81): 589-596.
 14. http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/resultados_de_acreditacion/competencias_profesionales/datos_de_actividad.html
 15. http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/programas_de_acreditacion/profesionales/grados_acreditacion.html
 16. Juvé ME, Farrero S, Monterde D, Hernandez O, Sistac M, Rodriguez A, et al. Análisis del contexto organizativo en la práctica enfermera. El Nursing Work Index en los hospitales públicos. Metas de Enferm sep 2007; 10(7): 67-73.

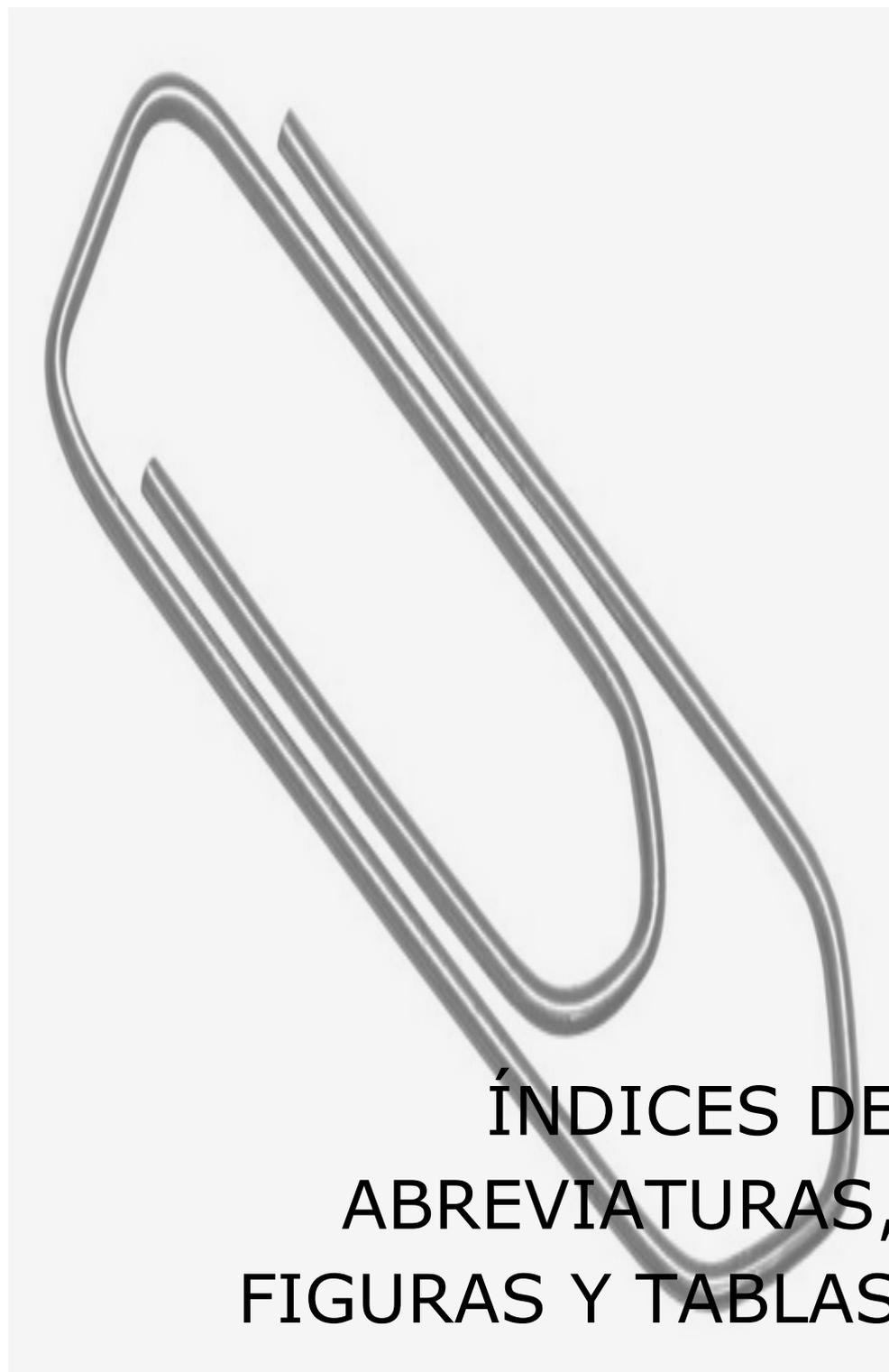
17. Juvé ME, Farrero S, Monterde D, Sevillano MM, Olivé C, Casado A, et al. Umbral de pericia requerido para la ejecución competencial enfermera. *Metas de Enfermería* 2009 Ene; 11 (10):8-15
18. Juvé Udina ME, Farrero Muñoz S, Matud Calvo C, Rius Ferrus L, Monteverde Prat D, Cruz Llauna R, et al. Pesos competenciales asociados a las diferentes áreas de cuidados en el ámbito hospitalario. *Nursing* 2009; 27 (7):54-8.
19. Decreto Foral 19/2010, de 12 de abril, por el que se crea el Complejo Hospitalario de Navarra del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y se establece su estructura directiva.
20. Plan de Salud de Navarra 2006-2012.
21. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
22. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad
23. Ley 16/2003, de 18 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud
24. La ORDEN FORAL 172/2009, de 24 de diciembre, de la Consejera de Salud, por la que se aprueban las normas sobre selección de personal para vinculaciones temporales en los centros y establecimientos sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
25. La Orden Foral 12/2011, de 7 de Febrero, de la Consejera de Salud, por la que se modifica la Orden Foral 172/2009, de 24 de diciembre, de la Consejera de Salud, por la que se aprueban las normas sobre selección de personal para vinculaciones temporales en los centros y establecimientos sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
26. Resolución 1175/2011, de 23 de mayo, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea, por la que se procede a la apertura de

- plazo para la presentación de los requisitos exigidos para la elaboración de listas especiales para atender las necesidades de contratación de sustituciones y eventualidades, que se produzcan en determinadas Unidades de los centros y establecimientos sanitarios dependientes del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea en la categoría de A.T.S/D.U.E
27. Igarza R. Método Delphi. Apuntes para una implementación exitosa. Buenos Aires: Editorial Universidad Austral; 2008
 28. De las Nieves G. Técnicas participativas para la planeación. México:Fundación ICA; 2003.p. 127-140.
 29. Ryan SM, Jorm AF, Kelly CM, Hart LM, Morgan AJ, Lubman D. Parenting strategies for reducing adolescent alcohol use: a Delphi consensus study. BMC Public Health 2011, 11:13.
 30. Cantú G, Reyes A, Romero B, Luque M, Rodríguez G, Reyes R et all. Utilidad del método Delphi para la construcción de acuerdos en la asignación de riñones de donante fallecido en seis hospitales de México. Cuad Bioét XXI, 2010;3:357-374.
 31. Faulkner G, Grootendorst P, Nguyen VH, Andreyeva T, Arbour-Nicitopoulos K, Auld C et all. Economic instruments for obesity prevention: results of a scoping review and modified Delphi survey. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2011, 8:109
 32. Boukdedid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Alberti C. Using and Reporting the Delphi Method for Selecting Healthcare Quality Indicators: A Systematic Review. Plos One 2011 Jun, 6:9.
 33. García-Bellido, R, González Such, J y Jornet Meliá, J.M. SPSS: análisis de fiabilidad. Grupo de Innovación Educativa de la Universidad de

- Valencia.2010. Disponible en
34. <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p416/a2011/&file=pcaxis>
 35. <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
 36. Porcel AM. Construcción y validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de pacientes hospitalizados [Tesis Doctoral]. Granada, España: Universidad de Granada;2011



8. ANEXOS



ÍNDICES DE ABREVIATURAS, FIGURAS Y TABLAS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ECOE: Evaluación Clínica Objetiva Estructurada

CHN: Complejo Hospitalario de Navarra

SSPA: Sistema Sanitario Público Andaluz

DAFO: Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades

SNS-O: Sistema Navarro de Salud - Osasunbidea

BON: Boletín Oficial de Navarra

ATS: Auxiliar Técnico Sanitario

DUE: Diplomado Universitario en Enfermería

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

URPA: Unidad de Reanimación postanestésica

UVI: Unidad de Vigilancia Intensiva

JUE: Jefe de Unidad de Enfermería

MAH: Modelo de Adquisición de Habilidades

INE: Instituto Nacional de Estadística

EBE: Enfermería Basada en la Evidencia

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 5.1: Características de los diferentes niveles de pericia descritos por el Modelo de Adquisición de Habilidad. PÁGINA 102

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 4.1: Retribuciones salariales 2012 en base a la carrera profesional. PÁGINA 42

TABLA 4.2: Características del panel de expertos. PÁGINA 65

TABLA 4.3: Integrantes del panel de expertos. PÁGINA 66-67

TABLA 5.1: Estadísticos descriptivos de la primera ronda Delphi. PÁGINA 75-77

TABLA 5.2: Estadísticos de fiabilidad de la primera ronda Delphi. PÁGINA 83

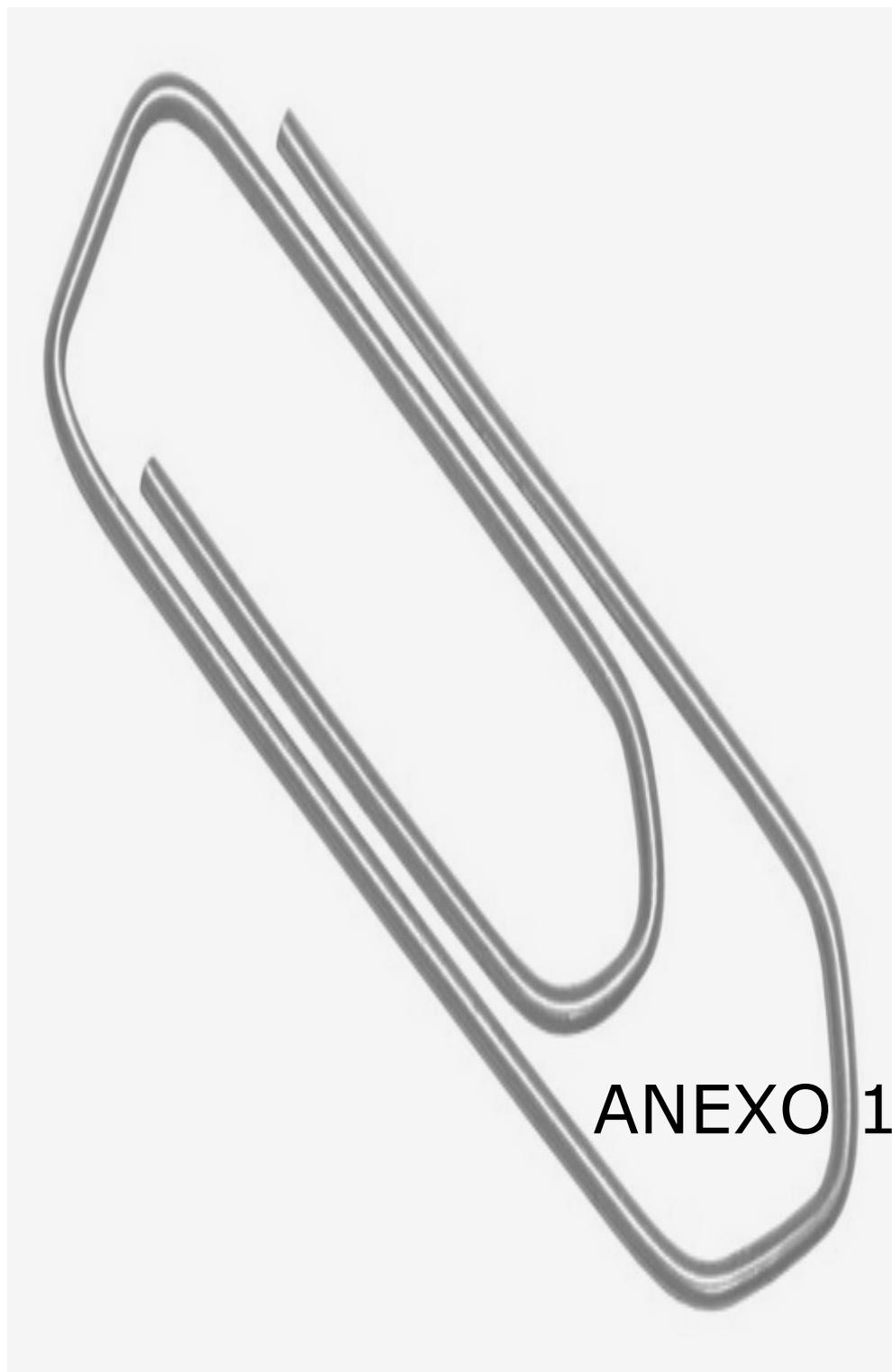
TABLA 5.3: Estadísticos total - elemento de la primera ronda Delphi. PÁGINA 84-85

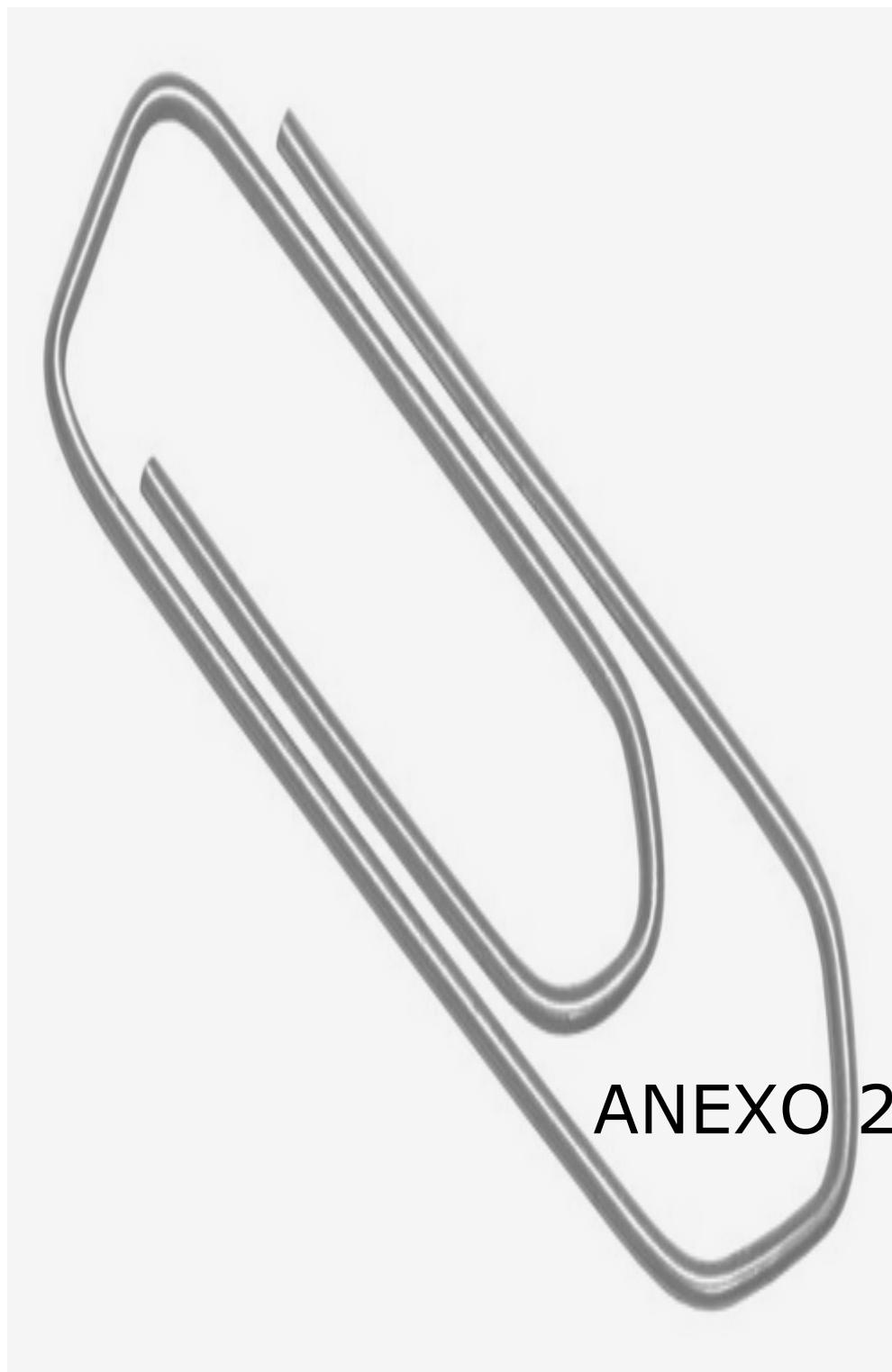
TABLA 5.4: Estadísticos descriptivos de la segunda ronda Delphi. PÁGINA 91

TABLA 5.5: Estadísticos de fiabilidad de la primera ronda Delphi. PÁGINA 92-93

TABLA 5.6: Estadísticos total - elemento de la primera ronda Delphi. PÁGINA 104

TABLA 5.7: Correlación puntuación / nivel de pericia en los resultados del instrumento AL_COM. PÁGINA







***VALORACIÓN DE COMPETENCIAS ENFERMERAS
EN EL ÁMBITO ASISTENCIAL.***

DATOS GENERALES

Apellidos:

Nombre / centro:

Unidad:

Turno:

RESULTADOS

Autoevaluación:

Evaluación del experto:

Nombre del evaluador:

EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL

COMPETENCIA 1 ORIENTACIÓN AL USUARIO/PACIENTE

ELEMENTO COMPETENCIAL	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTUACIÓN
Respeto por sus derechos	Conocer y respetar los derechos del paciente/usuario. Mostrarse respetuoso.	
Oferta de servicios	Adecuar y ofertar la información necesaria a las necesidades y capacidades y / o limitaciones del usuario/paciente.	
Oferta de información y soporte emocional	Adecuar la información a las necesidades y capacidad del usuario /paciente. Expresarse en un lenguaje claramente comprensible Transmitir optimismo, dar ánimo, canalizar los sentimientos	
Preservar la dignidad y confidencialidad	Discreción, mantener y proteger la privacidad de la información personal y clínica	
Adecuar las actuaciones a los principios bioéticos	Beneficencia / no maleficencia (procurar el bienestar). Justicia (trato igual a todos obviando diferencias de sexo, raza...)Autonomía (respetar el derecho del paciente a decidir)	

PUNTUACIÓN

- 1 ejecución deficiente
- 2 ejecución mínima aceptable
- 3 ejecución correcta
- 4 ejecución muy buena
- 5 ejecución excelente

COMPETENCIA 2 PROPORCIONAR UNA ATENCIÓN SANITARIA INTEGRAL

ELEMENTO COMPETENCIAL	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTUACIÓN
Promoción de la Salud y prevención	Prevenir lesiones y /o enfermedades asesorando al paciente/usuario sobre hábitos saludables. Realizar actividades educativas.	
Atención al individuo	Identificar el estado basal del paciente / usuario, planificar el PAE y modificarlo en función de las necesidades y recursos.	
Atención a la familia y / o cuidador	Influir en la aptitud de la familia / cuidador para afrontar el proceso. Enseñar a la familia/cuidador a realizar las actividades terapéuticas prescritas. Involucrarles en el proceso asistencial.	
Identificar precozmente signos de alarma o cambios significativos	Reconocer signos específicos, manifestaciones inespecíficas a tiempo, actuación en casos de urgencia.	
Utilización de la evidencia científica en el proceso asistencial	Aplicar resultados de estudios a la práctica diaria, actualización de los conocimientos	

PUNTUACIÓN

1. ejecución deficiente
2. ejecución mínima aceptable
3. ejecución correcta
4. ejecución muy buena
5. ejecución excelente

COMPETENCIA 3

EL PROFESIONAL SANITARIO

ELEMENTO COMPETENCIAL	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTUACIÓN
Establecimiento de una adecuada relación terapéutica	Empatía, actitud de ayuda, cordialidad y trato amable, escucha activa. Accesibilidad y disponibilidad, transmisión de tranquilidad, inspirar confianza	
Modificar los planes de cuidados según el estado del paciente y los recursos disponibles	Contrastar de manera continuada el estado del paciente, saber priorizar, adecuar la capacidad/voluntad del paciente para implicarse en su autocuidado	
Establecimiento de una comunicación eficiente con el paciente / usuario	Demostrar habilidades de comunicación, pactar consensos, ser capaz de procesar la información relevante transmitida por el paciente	
Organizar, planificar y coordinar las necesidades de atención de múltiples pacientes simultáneamente.	Ser capaz de procesar la información relevante y priorizar. Coordinar las actuaciones de los diferentes profesionales del equipo de salud.	
Compromiso con la Docencia, Investigación	Realización de trabajos y estudios, disponibilidad y acceso para los alumnos que cursan sus prácticas asistenciales.	

PUNTUACIÓN

1. ejecución deficiente
2. ejecución mínima aceptable
3. ejecución correcta
4. ejecución muy buena
5. ejecución excelente

COMPETENCIA 4

EL EQUIPO DE TRABAJO

ELEMENTO COMPETENCIAL	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTUACIÓN
Trabajar en equipo con otros profesionales de enfermería	Cordialidad y sintonía en el equipo, ofrecer disponibilidad y colaboración.	
Crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo	Equilibrar la demanda y oferta de ayuda, ser asertivo, transmitir tranquilidad en situaciones de estrés, canalizar el esfuerzo tanto propio como de los otros compañeros.	
Crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo con otros profesionales de otras disciplinas	Equilibrar la demanda y oferta de ayuda, ser asertivo, transmitir tranquilidad en situaciones de estrés, canalizar el esfuerzo tanto propio como de los otros compañeros por un objetivo común.	
Equilibrar y delegar la responsabilidad de ejecución de tareas indirectas u organizar las condiciones	Establecer la participación del personal del personal en el proceso de cuidar. Organizar, pactar y coordinar las condiciones de la delegación	
Participar en el proceso de aprendizaje de los otros miembros del equipo y de los alumnos	Expresarse claramente en un lenguaje adecuado al interlocutor. Compartir el conocimiento. Colaborar activamente en la formación del personal.	

PUNTUACIÓN

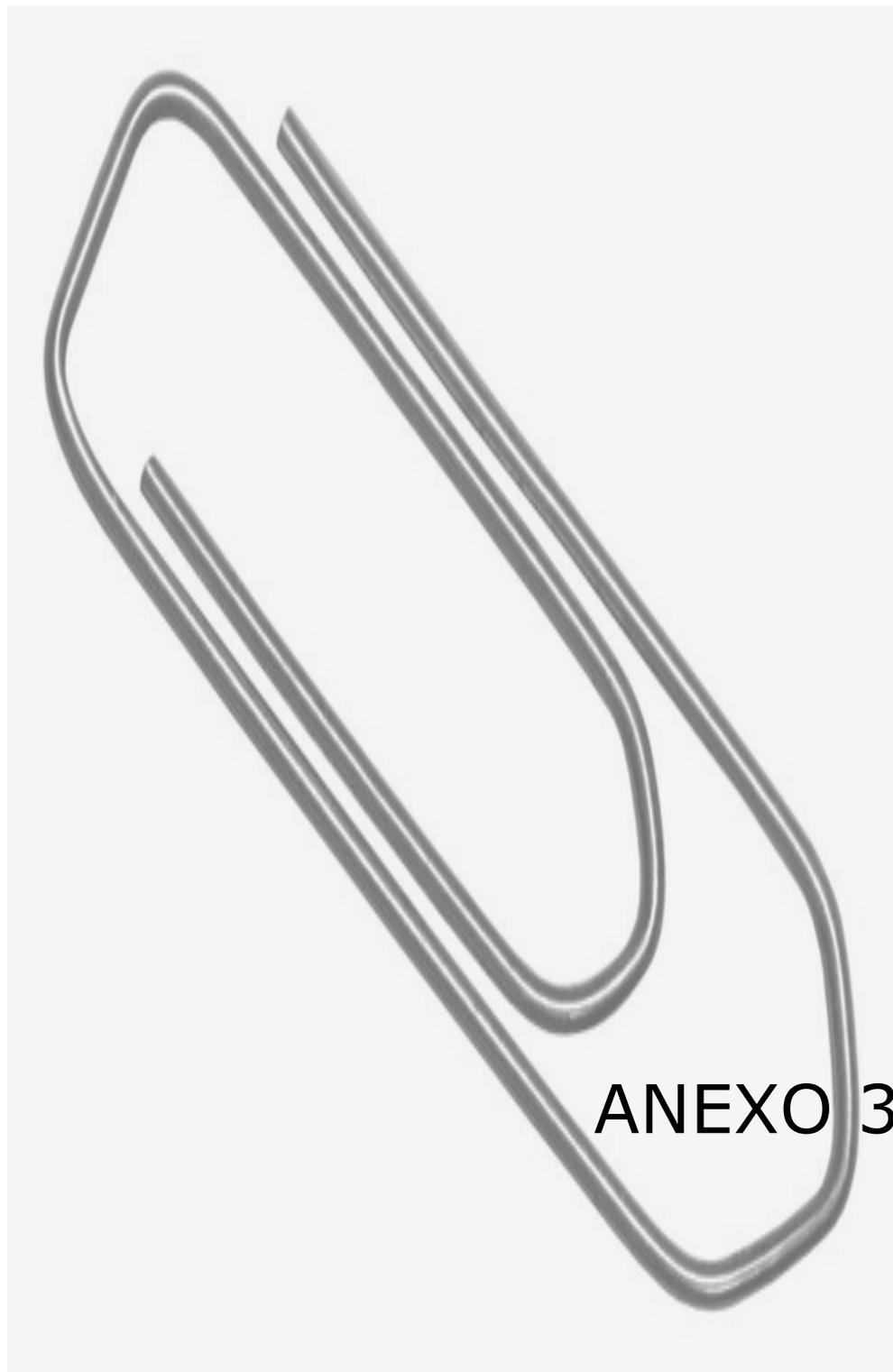
1. ejecución deficiente
2. ejecución mínima aceptable
3. ejecución correcta
4. ejecución muy buena
5. ejecución excelente

COMPETENCIA 5**SER EFICIENTE Y EVALUAR RESULTADOS**

ELEMENTO COMPETENCIAL	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTUACIÓN
Uso eficiente de los recursos	Optimizar el material, los recursos físicos y el tiempo, tanto del paciente/usuario como de los profesionales	
Velar por la correcta implantación cumplimentando los estándares	Liderar participativamente el proceso de implantación de protocolos o estándares. Hacer el seguimiento de la aplicación de los protocolos. Colaborar en en la elaboración, revisión y actualización de los protocolos	
Utilizar la documentación necesaria y cumplimentar adecuadamente los registros de enfermería	Hacer una correcta historia clínica de enfermería. Registrar la actividad y evolución del estado del paciente. Seguir las normas básicas de cumplimentación de los registros	
Evaluación del proceso asistencial	Reflexión sobre las actuaciones y razonamiento de los procedimientos enfermeros. Evaluación de resultados.	
Orientación a resultados en el desempeño profesional	Marcar objetivos a corto y largo plazo en el proceso asistencial del paciente/usuario.	

PUNTUACIÓN

1. ejecución deficiente
2. ejecución mínima aceptable
3. ejecución correcta
4. ejecución muy buena
5. ejecución excelente





COM_VA_IC® Avaluació de competències de la infermera clínica en l'àmbit hospitalari.

Instrument d'avaluació de competències per a les infermeres clíniques

Infermera Clínica

Infermer/a de programa, amb activitat assistencial directa, generalment en la consulta o com a interconsultora en malalts ingresstas, i que a més, dóna suport a l'equip d'infermeria, mitjançant l'assessorament, la docència i la recerca.

Exemples:

Infermera clínica del malalt diabètic

Infermera clínica del malalt ostomitzat

Infermera clínica del malalt amb teràpia de nutrició parenetral

Infermera clínica del malalt amb UPP

Infermera clínica del malalt amb dolor

Infermera clínica del malalt geriàtric

Infermeres de referència o referents

(o d'altres programes específics en el centre)

Dades generals

Cognoms:

Nom:

Hospital:

Unitat:

Torn:

Autoavaluació []

Avaluació del cap []

Nom i cognoms de l'avaluador :

© ICS. Tots els drets reservats.

© Els instruments COM-VA i COM-VAs i de la resta de material relacionat al projecte de Definició i avaluació de competències, poden reproduir-se per a finalitats públiques no comercials, com activitats docents o de recerca,



Institut Català de la Salut
Divisió Hospitalària
Coordinació d'Infermeria.

especificant l' autoria. L' ús d' aquests materials o qualsevol de les seves parts amb altres finalitats requereix l' autorització dels autors o de l' Institut Català de la Salut.

Autors: Juvé ME, Farrero S, Matud C.



COM_VA_IC® Avaluació de competències de la infermera clínica en l'àmbit hospitalari.

Competència 1. TENIR CURA

<u>Codi</u>	<u>Element competencial</u>	<u>Críteris d'avaluació / Conductes a valorar</u>	<u>Puntuació</u>
1.1	Establir una relació terapèutica i ser present.	Empatia. Actitud d'ajuda. Cordialitat i tracte amable. Escolta activa. Accessibilitat i disponibilitat . Transmet tranquil·litat . Inspira confiança.	
1.2	Adequar les actuacions als principis bioètics.	Beneficència: Procura el benestar Justícia: No fa diferències per raó d'edat, sexe, ètnia, religió o capacitats (discriminació positiva) Autonomia : Implica el pacient en la presa de decisions	
1.3	Preservar la dignitat, la confidencialitat i la intimitat, malgrat les limitacions estructurals i organitzatives.	Discreció . Manté la privacitat de la informació personal i clínica (verbal i escrita) Actua protegint la privacitat física i emocional del malalt Es mostra respectuós amb la situació del malalt	
1.4	Suplir, ajudar o supervisar al malalt en la realització d'activitats que contribueixen a mantenir o millorar el seu estat de salut (o a una mort digne).	Afavoreix la participació del malalt/família en l' autocura . Es sensible a les necessitats. Orienta les actuacions cap a la independència del pacient.	
1.5	Proporcionar informació i suport emocional.	Adequa la informació a les necessitats i capacitats del malalt. S'expressa clarament amb un llenguatge a l'abast del pacient. Transmet optimisme . Dona ànims, evitant seguretats prematures. Canalitza l'expressió emocional	

Puntuï cada element competencial amb un sol número.

Puntuació

0, 1 o 2	Execució molt deficient.
3 o 4	Execució insuficient. Requereix supervisió i/o ajuda constant.
5	Execució mínima acceptable. Pot requerir ajuda ocasional.
6 o 7	Execució autònoma, correcte
8 o 9	Execució molt bona
10	Execució excel·lent, molt destacada

Execució fa referència a l'actuació/conducta habitual; la forma de fer natural, quotidiana del professional



COM_VA_IC[®] Avaluació de competències de la infermera clínica en l'àmbit hospitalari.

Competència 2. VALORAR, DIAGNOSTICAR I ABORDAR SITUACIONS CLÍNiques CANVIANTS

<u>Codi</u>	<u>Element competencial</u>	<u>Criteris d'avaluació / Conductes a valorar</u>	<u>Puntuació</u>
2.1	Identificar l'estat basal del malalt i planifica les cures adients	Realitza la valoració inicial , identifica els problemes principals que se'n deriven i pauta les cures adients Situació: ingrés o primer contacte amb el pacient	
2.2	Identificar canvis significatius en l'estat del malalt i actua en conseqüència	Coneix l'estat del pacient i reconeix noves manifestacions Contrasta i analitza la informació prèvia amb la valoració actual. Actua o planifica l'actuació en concordança amb la nova situació. Situació: evolució, el malalt presenta signes o símptomes nous	
2.3	Identificar precoçment senyals d'alarma: previsió de complicacions abans de que es confirmin clarament les manifestacions	Sap interpretar signes inespecífics i anticipar l'inici d'una complicació . Detecta precoçment i s'anticipa al problema. Intensificant la vigilància i iniciant accions correctores i/o preventives. Rapidesa i seguretat de criteri. Situació: el malalt es troba en les fases més inicials d'una complicació	
2.4	Identificar i executar correctament i a temps, actuacions en casos d'extrema urgència amb risc per la vida del malalt o en el cas d'una crisi o complicació greu sobtada, fins a l'arribada del metge	Valora i identifica la gravetat de la complicació . Aplica el protocol d'actuació urgent correctament adaptat al pacient. Actua coordinant-se amb la resta de professionals. Situació: complicació greu amb risc vital ; situació d'emergència (un malalt)	
2.5	Preparar amb antelació i abordar de forma ordenada i eficient el desenvolupament de situacions greus o d'alta intensitat de cures quasi-simultànies o "en cadena" en diferents malalts	Preveu i prioritza les actuacions en situacions de pic de pressió assistencial. S' organitza adequadament el temps i es coordina amb els altres, actuant com a líder en cas necessari. Actua de forma ràpida i eficaç (aplicació protocol d'actuació urgent si escau). Situació: Pic de pressió assistencial o situació d'urgència (varis malalts)	



COM_VA_IC[®] Avaluació de competències de la infermera clínica en l'àmbit hospitalari.

Competència 3. DONAR SUPORT A LA PRESTACIÓ DE CURES

<u>Codi</u>	<u>Element competencial</u>	<u>Criteris d'avaluació / Conductes a valorar</u>	<u>Puntuació</u>
3.1	Utilitzar la recerca i l'evidència científica per millorar la planificació de cures i els resultats clínics dels pacients	Realitza treballs de recerca en cures . Aplica els resultats de la recerca en cures per adequar els estàndards i les cures individualitzades. Coneix l' estat dels malalts i dona suport a la infermera en la planificació, execució i avaluació de les cures	
3.2	Dona suport a la infermera assistencial en casos complexos	Actua com a referent per ajudar a la infermera en la cura de malalts complexos. Facilita les eines clíniques necessàries en casos de complexitat Ajuda a la infermera a contrastar l'estat del pacient amb la prescripció a realitzar, retardant, suspeneu o modificant puntualment el pla de cures i el pla terapèutic, segons els resultats de la valoració.	
3.3	Vetllar per la correcta implantació i compliment dels estàndards de cures.	Lidera participativament el procés d'implantació de nous protocols o estàndards de cures Fa el seguiment de l'aplicació dels protocols i normatives Col.labora en l'elaboració, revisió i actualització dels protocols i estàndards de cures	
3.4	Participa activament en altres processos de millora i d'avaluació de la qualitat i d'avaluació de materials i tecnologies de cures	Fa el seguiment i informa dels resultats de l'avaluació periòdica dels objectius pactats. S'implica en els grups de millora. Col.labora proactivament en l'avaluació de productes sanitaris	
3.5	Combinar els diferents estils de lideratge per tal d'afavorir les dinàmiques dels equips i l'assoliment d'objectius	Aplica el lideratge participatiu de manera habitual. Sap adequar puntualment l'estil de lideratge (autoritari, concessiu, etc.) al contexte o situació determinada. Sap donar una ordre, delegar, implicar i entusiasmar al personal.	

Puntuï cada element competencial amb un sol número.

Puntuació

0, 1 o 2	Execució molt deficient.
3 o 4	Execució insuficient. Requereix supervisió i/o ajuda constant.
5	Execució mínima acceptable. Pot requerir ajuda ocasional.
6 o 7	Execució autònoma, correcte
8 o 9	Execució molt bona
10	Execució excel·lent, molt destacada

Execució fa referència a l'actuació/conducta habitual; la forma de fer natural, quotidiana del professional



COM_VA_IC® Avaluació de competències de la infermera clínica en l'àmbit hospitalari.

Competència 4. **CONTRIBUIR A GARANTIR LA SEGURETAT I EL PROCÉS ASSISTENCIAL**

<u>Codi</u>	<u>Element competencial</u>	<u>Críteris d'avaluació / Conductes a valorar</u>	<u>Puntuació</u>
4.1	Prevenir lesions i/o abordar adequadament les respostes emocionals que posen en perill la seguretat del pacient o d'altres al seu voltant.	Realitza activitats per garantir la integritat física i els dispositius terapèutics. Assertivitat. Pacte , negociació. Procura un entorn segur . Reconduex el desbordament emocional/ agressivitat . Situació: alteracions de la consciència o psicoemocionals per encefalopaties, demències, intoxicacions farmacològiques, abús de substàncies, tumors cerebrals...Dificultats d'adaptació, procés de dol, disfuncions organitzatives.	
4.2	Utilitzar la documentació necessària i complimentar adequadament els registres d'infermeria.	Fa un us correcte de la història clínica. Registra l'activitat i l'evolució de l'estat del pacient. Segueix les normes bàsiques de complementació dels registres (llenguatge clar, llegible...).	
4.3	Modificar els plans de cures i/o els plans terapèutics segons l'estat del pacient i actuar en conseqüència.	Contrasta de manera continuada l'estat del pacient amb la prescripció a realitzar, retardant, suspeneu o modificant puntualment el pla terapèutic .	
4.4	Comunicar-se amb el metge per suggerir, obtenir i/o pactar modificacions del pla terapèutic més adients a l'estat del pacient	Demostra habilitats de comunicació i relació . Sap descriure l'estat del pacient. Sap argumentar les propostes terapèutiques. Pacta/consensua les modificacions el pla terapèutic.	
4.5	Organitzar, planificar i coordinar les necessitats d'atenció de múltiples pacients simultàniament. I/o Comunicar-se amb els serveis de suport per adequar les intervencions clíniques a l'estat del pacient	Es capaç de processar la informació rellevant de diferents malalts. Sense obviar dades importants. Sap prioritzar . Sap coordinar-se amb altres professionals de diferents serveis (dietètica, RX, admissions, fisioteràpia...).	

Puntuació

0, 1 o 2	Execució molt deficient.
3 o 4	Execució insuficient. Requereix supervisió i/o ajuda constant.
5	Execució mínima acceptable. Pot requerir ajuda ocasional.
6 o 7	Execució autònoma, correcte
8 o 9	Execució molt bona
10	Execució excel·lent, molt destacada

Execució fa referència a l'actuació/conducta habitual; la forma de fer natural, quotidiana del professional



COM_VA_IC® Avaluació de competències de la infermera clínica en l'àmbit hospitalari.

Competència 5. FACILITAR EL PROCÉS D'ADAPTACIÓ I AFRONTAMENT

<u>Codi</u>	<u>Element competencial</u>	<u>Criteris d'avaluació / Conductes a valorar</u>	<u>Puntuació</u>
5.1	Valorar l'estat i els recursos del malalt per afrontar el procés.	Identificar la interpretació que el malalt fa del seu estat de salut, tenint en compte les seves creences i valors. Avalua la capacitat/voluntat del pacient per implicar-se en l'autocura.	
5.2	Facilitar una interpretació adequada del seu estat i proporcionar pautes explicatives que afavoreixin recuperar la sensació de control de la situació.	Realitza mesures informatives i de suport per ajudar-lo a comprendre els canvis i les pèrdues (dol) . Dosifica adequadament la informació en funció de l'estat del pacient.	
5.3	Ensenyar al pacient a realitzar les activitats terapèutiques prescrites que pugui dur a terme ell mateix.	Transmet esperança amb una visió realista . Realitza adequadament activitats educacionals per potenciar la participació del pacient en la seva recuperació física i per implicar-lo en la prevenció de la dependència .	
5.4	Valorar l'estat i els recursos de la família/ cuidador per afrontar el procés i potenciar-lo si cal.	Identifica la interpretació que fa la família/ cuidador principal de l'estat de salut del pacient . Avalua la capacitat/ voluntat de la família/cuidador principal per implicar-se en l' autocura.	
5.5	Influir en l'aptitud de la família/cuidador per afrontar el procés . Ensenyar a la família/cuidador a realitzar les activitats terapèutiques prescrites que pugui dur a terme .	Realitza activitats educacionals per potenciar la participació de la família/cuidador en el procés de recuperació i en la prevenció de la dependència . Tutela, quan cal, el procés d'adaptació al rol de cuidador	

Puntuació

0, 1 o 2	Execució molt deficient.
3 o 4	Execució insuficient. Requereix supervisió i/o ajuda constant.
5	Execució mínima acceptable. Pot requerir ajuda ocasional.
6 o 7	Execució autònoma, correcte
8 o 9	Execució molt bona
10	Execució excel·lent, molt destacada

Execució fa referència a l'actuació/conducta habitual; la forma de fer natural, quotidiana del professional



COM_VA_IC® Avaluació de competències de la infermera clínica en l'àmbit hospitalari.

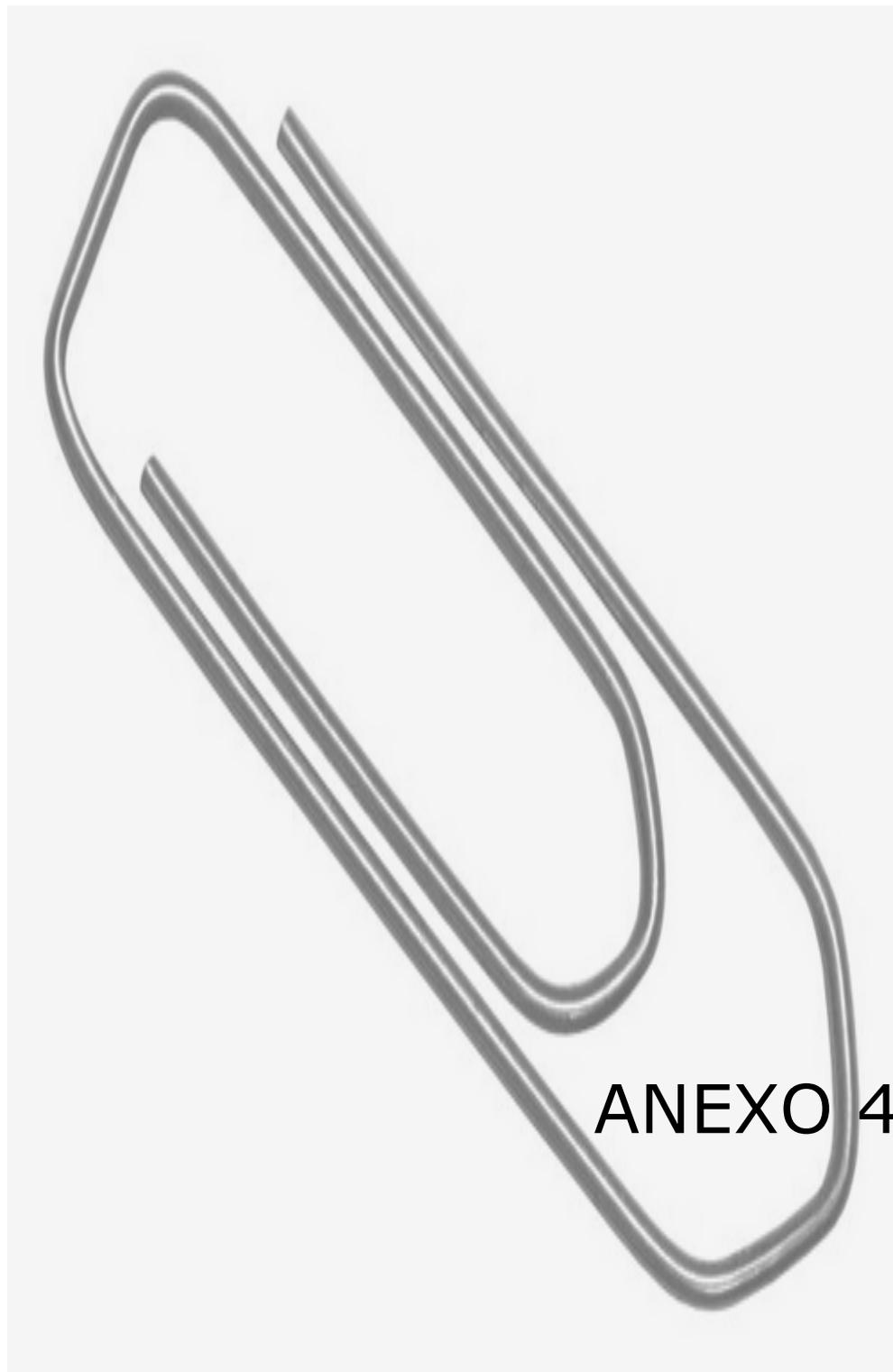
Competència 6. TREBALLAR EN EQUIP I ADAPTAR-SE A UN ENTORN CANVIANT

<u>Codi</u>	<u>Element competencial</u>	<u>Criteris d'avaluació / Conductes a valorar</u>	<u>Puntuació</u>
6.1	Treballar en equip amb altres comandaments d'infermeria	Cordialitat i sintonia amb l'equip. Ofereix disponibilitat i col·laboració amb l'equip de treball. S'adapta a la dinàmica dels equips Situació: equips d'infermeria de diferents unitats	
6.2	Crear cohesió i facilitar el treball en equip (dins l'equip d'infermeria)	Procura equilibrar la demanda i l'oferta d'ajuda. Es mostra assertiu . Transmet tranquil·litat en situacions d'estrès. Canalitza els esforços propis i dels altres cap a la consecució d'objectius comuns. S'implica i manté una actitud resolutiva . Situació: equip infermeria	
6.3	Crear cohesió i facilitar el treball en equip amb diferents professionals de múltiples disciplines i diferents entorns.	Procura equilibrar la demanda i l'oferta d'ajuda. Es mostra assertiu. Transmet tranquil·litat en situacions d'estrès. Canalitza els esforços propis i dels altres cap a la consecució d' objectius comuns . S'implica i manté una actitud resolutiva . Situació: altres professionals	
6.4	Establir i delegar la responsabilitat d'execució de tasques indirectes i organitzar i participar en l'establiment/pacte de les condicions de la delegació de tasques o actuacions als membres de l'equip assistencial	Estableix la participació del personal en el procés de cures. Organitza, pacta i coordina les condicions de delegació de tasques i en fa el seguiment.	
6.5	Participar en el procés d'aprenentatge dels nous membres de l'equip i dels alumnes d'infermeria	S'expressa clarament amb un llenguatge adequat a l'interlocutor. Comparteix el seu coneixement . Reforça positivament l'aprenentatge. Col·labora activament en la formació del personal en relació a la seva àrea d'expertesa.	

Puntuació

0, 1 o 2	Execució molt deficient.
3 o 4	Execució insuficient. Requereix supervisió i/o ajuda constant.
5	Execució mínima acceptable. Pot requerir ajuda ocasional.
6 o 7	Execució autònoma, correcte
8 o 9	Execució molt bona
10	Execució excel·lent, molt destacada

Execució fa referència a l'actuació/conducta habitual; la forma de fer natural, quotidiana del professional



**INFORME PANEL DE EXPERTOS DE LA HERRAMIENTA PARA LA EVALUACION DE LAS
COMPETENCIAS ENFERMERAS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA.**

FECHA

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS:

E-mail:

PUESTO DE TRABAJO ACUTAL:

Centro:

Unidad / Servicio

CALIFICACION PROFESIONAL:

Titulo Universitario:

Máster:

Doctor/a:

AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA PROFESIÓN:

ORIENTACIÓN AL USUARIO / PACIENTE

ELEMENTO COMPETENCIAL	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
1. Respeto por sus derechos.  1 2 3 4 5	1.1. Conocer y respetar los derechos del paciente/usuario. Mostrarse respetuoso.  1 2 3 4 5
2. Oferta de servicios.  1 2 3 4 5	2.1. Conocer, adecuar y ofertar la información necesaria a las necesidades y capacidades y / o limitaciones del usuario/paciente.  1 2 3 4 5
3. Oferta de información y soporte emocional.  1 2 3 4 5	3.1. Adecuar la información a las necesidades y capacidad del usuario /paciente. Expresarse en un lenguaje claramente comprensible. Transmitir optimismo, dar ánimo, canalizar los sentimientos.  1 2 3 4 5
4. Preservar la dignidad y confidencialidad.  1 2 3 4 5	4.1. Discreción, mantener y proteger la privacidad de la información personal y clínica.  1 2 3 4 5
5. Adecuar las actuaciones a los principios bioéticos.  1 2 3 4 5	5.1. Beneficencia / no maleficencia (procurar el bienestar). Justicia (trato igual a todos obviando diferencias de sexo, raza...) Autonomía (respetar el derecho del paciente a decidir).  1 2 3 4 5

PROPORCIONAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL

ELEMENTO COMPETENCIAL	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
6. Promoción - prevención de la Salud.  1 2 3 4 5	6.1. Prevenir lesiones y /o enfermedades asesorando al paciente/usuario sobre hábitos saludables. Realizar actividades educativas.  1 2 3 4 5
7. Atención al individuo.  1 2 3 4 5	7.1. Identificar el estado basal del paciente / usuario, planificar el PAE y modificarlo en función de las necesidades y recursos.  1 2 3 4 5
8. Atención a la familia y / o cuidador.  1 2 3 4 5	8.1. Influir en la aptitud de la familia / cuidador para afrontar el proceso. Enseñar a la familia/cuidador a realizar las actividades terapéuticas prescritas. Involucrarles en el proceso asistencial.  1 2 3 4 5
9. Identificación precozmente signos de alarma o cambios significativos.  1 2 3 4 5	9.1. Reconocer signos específicos, manifestaciones inespecíficas a tiempo, actuación en casos de urgencia.  1 2 3 4 5
10. Utilización de la evidencia científica en el proceso asistencial.  1 2 3 4 5	10.1 Aplicar resultados de estudios a la práctica diaria, actualización de los conocimientos.  1 2 3 4 5

EL PROFESIONAL SANITARIO

ELEMENTO COMPETENCIAL	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
11. Establecimiento de una adecuada relación terapéutica.  1 2 3 4 5	11.1. Empatía, actitud de ayuda, cordialidad y trato amable, escucha activa. Accesibilidad y disponibilidad, trasmisión de tranquilidad, inspirar confianza.  1 2 3 4 5
12. Modificar los planes de cuidados según el estado del paciente y los recursos disponibles.  1 2 3 4 5	12.1. Contrastar de manera continuada el estado del paciente, saber priorizar, adecuar la capacidad/voluntad del paciente para implicarse en su autocuidado.  1 2 3 4 5
13. Establecimiento de una comunicación eficiente con el paciente / usuario.  1 2 3 4 5	13.1. Demostrar habilidades de comunicación, pactar consensos, ser capaz de procesar la información relevante transmitida por el paciente.  1 2 3 4 5
14. Organizar, planificar y coordinar las necesidades de atención de múltiples pacientes simultáneamente.  1 2 3 4 5	14.1. Ser capaz de procesar la información relevante y priorizar. Coordinar las actuaciones de los diferentes profesionales del equipo de salud.  1 2 3 4 5
15. Compromiso con la Docencia, Investigación.  1 2 3 4 5	15.1. Realización de trabajos y estudios, disponibilidad y acceso para los alumnos que cursan sus prácticas asistenciales.  1 2 3 4 5

EL EQUIPO DE TRABAJO

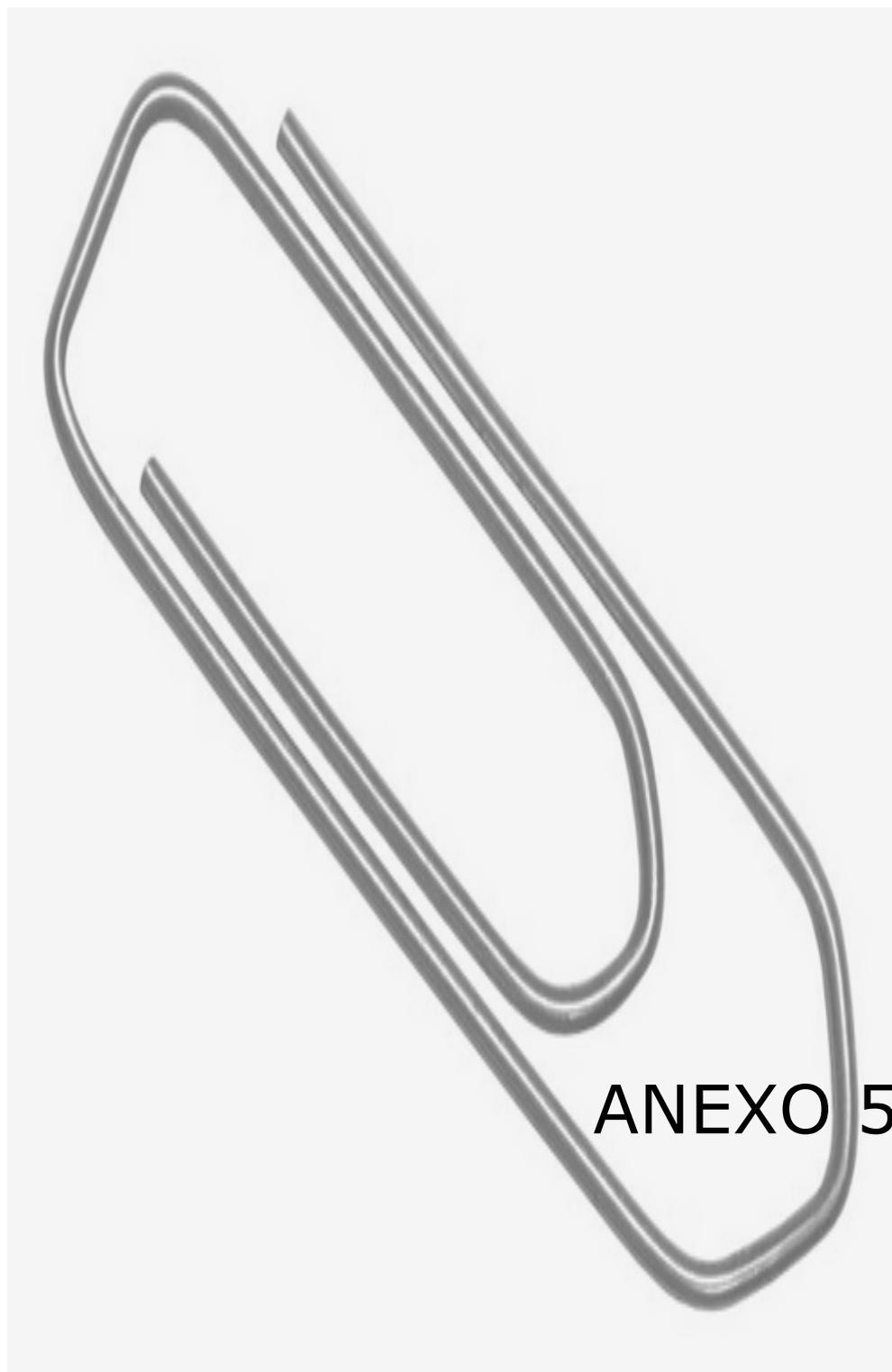
ELEMENTO COMPETENCIAL	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
16. Trabajar en equipo con otros profesionales de enfermería. <input type="radio"/> 1 2 3 4 5	16.1. Cordialidad y sintonía en el equipo, ofrecer disponibilidad y colaboración. <input type="radio"/> 1 2 3 4 5
17. Crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo. <input type="radio"/> 1 2 3 4 5	17.1. Equilibrar la demanda y oferta de ayuda, ser asertivo, transmitir tranquilidad en situaciones de estrés, canalizar el esfuerzo tanto propio como de los otros compañeros. <input type="radio"/> 1 2 3 4 5
18. Crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo con otros profesionales de otras disciplinas. <input type="radio"/> 1 2 3 4 5	18.1. Equilibrar la demanda y oferta de ayuda, ser asertivo, transmitir tranquilidad en situaciones de estrés, canalizar el esfuerzo tanto propio como de los otros compañeros por un objetivo común. <input type="radio"/> 1 2 3 4 5
19. Equilibrar y delegar la responsabilidad de ejecución de tareas indirectas u organizar las condiciones. <input type="radio"/> 1 2 3 4 5	19.1. Fomentar y establecer la participación del personal en el proceso de cuidar. Organizar, pactar y coordinar las condiciones de la delegación. <input type="radio"/> 1 2 3 4 5
20. Participar en el proceso de aprendizaje de los otros miembros del equipo y de los alumnos. <input type="radio"/> 1 2 3 4 5	20.1. Expresarse claramente en un lenguaje adecuado al interlocutor. Compartir el conocimiento. Colaborar activamente en la formación del personal. <input type="radio"/> 1 2 3 4 5

SER EFICIENTE Y EVALUAR RESULTADOS

ELEMENTO COMPETENCIAL	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
21. Uso eficiente de los recursos. <input type="radio"/> 1 2 3 4 5	21.1. Optimizar el material, los recursos físicos y el tiempo, tanto del paciente/usuario como de los profesionales. <input type="radio"/> 1 2 3 4 5
22. Velar por la correcta implantación cumplimentando los estándares. <input type="radio"/> 1 2 3 4 5	22.1. Liderar participativamente el proceso de implantación de protocolos o estándares. Hacer el seguimiento de la aplicación de los protocolos. Colaborar en la elaboración, revisión y actualización de los protocolos. <input type="radio"/> 1 2 3 4 5
23. Utilizar la documentación necesaria y cumplimentar adecuadamente los registros de enfermería, Historia Clínica y otros. <input type="radio"/> 1 2 3 4 5	23.1. Hacer una correcta historia clínica de enfermería. Registrar la actividad y evolución del estado del paciente. Seguir las normas básicas de cumplimentación de los registros. <input type="radio"/> 1 2 3 4 5
24. Evaluación del proceso asistencial. <input type="radio"/> 1 2 3 4 5	24.1. Reflexión sobre las actuaciones y razonamiento de los procedimientos enfermeros. Evaluación de resultados. <input type="radio"/> 1 2 3 4 5
25. Orientación a resultados en el desempeño profesional. <input type="radio"/> 1 2 3 4 5	25.1. Marcar objetivos a corto y largo plazo en el proceso asistencial del paciente/usuario. <input type="radio"/> 1 2 3 4 5

SUGERENCIAS DE REDACCIÓN / MODIFICACIÓN:

ITEM	SUGERENCIA



HOJA DE INSTRUCCIONES PARA LA VALIDACIÓN DE LA HERRAMIENTA PARA LA EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL

A continuación se expone, a modo de ejemplo, una de las competencias a valorar de esta herramienta. En ella aparecen las instrucciones pertinentes para su correcta cumplimentación.

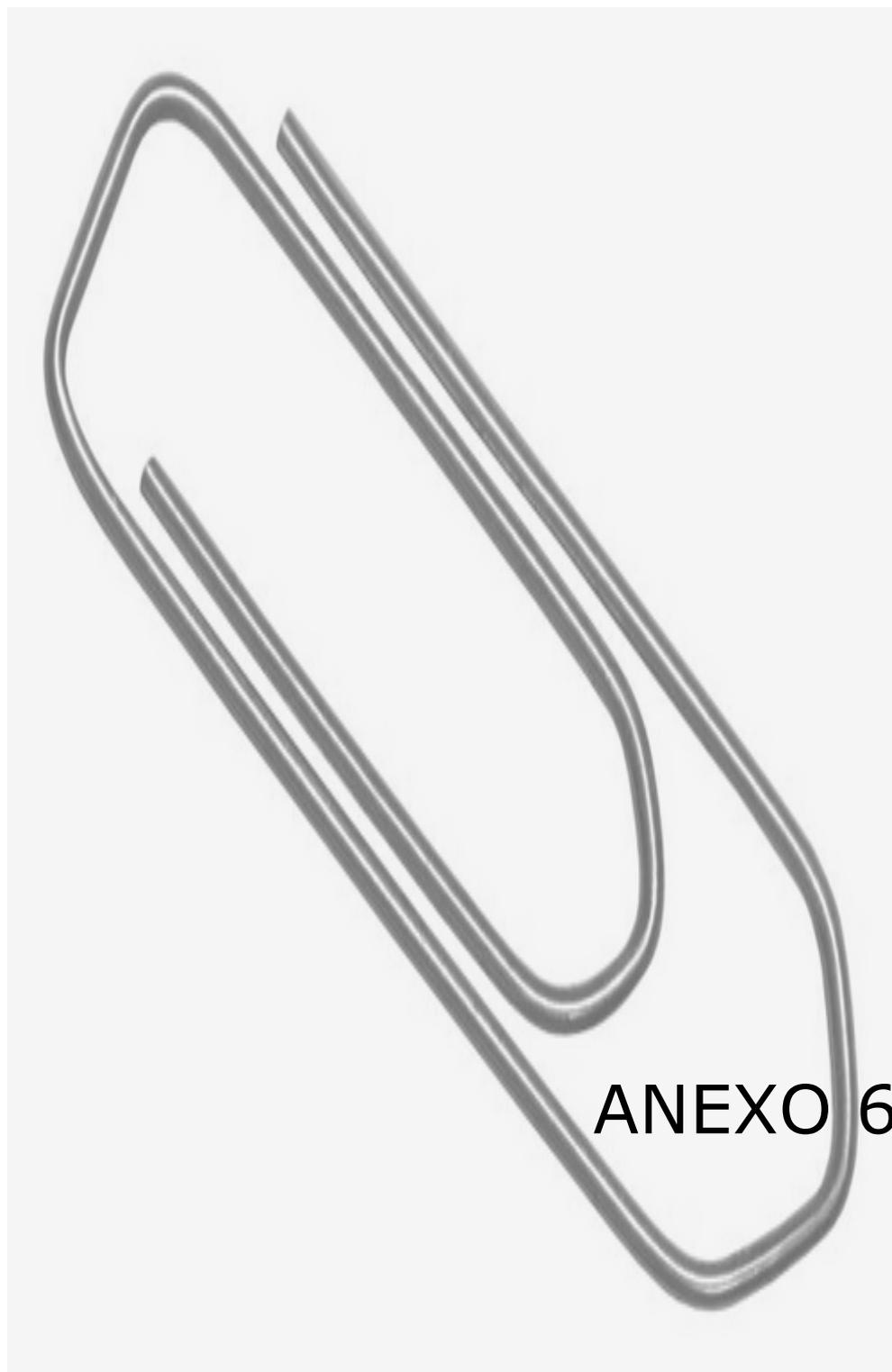
El documento que se le envía es susceptible de ser modificado por usted. En la tabla se muestran diferenciadas por colores las competencias (habilidades) que ha de tener una enfermera. Cada competencia consta de varios elementos que la componen. Éstos a su vez, constan de criterios de evaluación. En cada ítem, dispone de una escala que va de 1 a 5, en la que 1 es mínimo grado de acuerdo y 5 máximo grado de acuerdo. Señale su grado de acuerdo con cada ítem. Para ello debe arrastrar el círculo rojo sobre el número que exprese su grado de acuerdo.

ELEMENTO COMPETENCIAL	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
1. Respeto por sus derechos. 1 2 3 4 5	1.1. Conocer y respetar los derechos del paciente/usuario. Mostrarse respetuoso. 1 2 3 4 5
Oferta de servicios. 1 2 3 4 5	2.1. Adecuar y ofertar la información necesaria a las necesidades y capacidades y / o limitaciones del usuario/paciente. ESCALA DESTINADA A EXPRESAR EL GRADO DE ACUERDO CON EL HECHO DE QUE EL CRITERIO SIRVA PARA VALORAR EL ELEMENTO
3. Oferta de información y soporte emocional. 1 2 3 4 5	3.1. Adecuar capacidad de un lenguaje de Transmitir op sentimientos. 1 2 3 4 5
4. Preservar la dignidad y confidencialidad. 1 2 3 4 5	4.1. Discreción, mantener y proteger la privacidad de la información personal y clínica. 1 2 3 4 5
5. Adecuar bioéticos a los principios 1 2 3 4 5 ARRASTRE EL CÍRCULO A LA PUNTUACIÓN DESEADA	5.1. Beneficencia / no maleficencia (procurar el bienestar). Justicia (trato igual a todos obviando diferencias de sexo, raza...) Autonomía (respetar el derecho del paciente a decidir). 1 2 3 4 5

Así mismo, al final del documento, usted dispone de un espacio para anotar las modificaciones, tanto de **redacción** como de **contenido**, de cada ítem valorado, así como sugerir **cambios en las cinco competencias** (reflejadas en el margen izquierdo)

Sugerencias de redacción /modificación:

ITEM	SUGERENCIA



**INFORME PANEL DE EXPERTOS DE LA HERRAMIENTA PARA LA EVALUACION DE LAS
COMPETENCIAS ENFERMERAS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA.**

FECHA

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS:

E-mail:

PUESTO DE TRABAJO ACUTAL:

Centro:

Unidad / Servicio

CALIFICACION PROFESIONAL:

Titulo Universitario:

Máster:

Doctor/a:

AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA PROFESIÓN:

1.- ¿Cree que es adecuada la forma de presentación de los ítems?

Sí No

Modificaciones que propone:

Justificación:

2.- ¿Cree que es adecuada la forma de respuesta?

Sí No

Modificaciones que propone:

Justificación:

3.- ¿Le parecen adecuadas las instrucciones de aplicación del cuestionario?

Sí No

Modificaciones que propone:

Justificación:

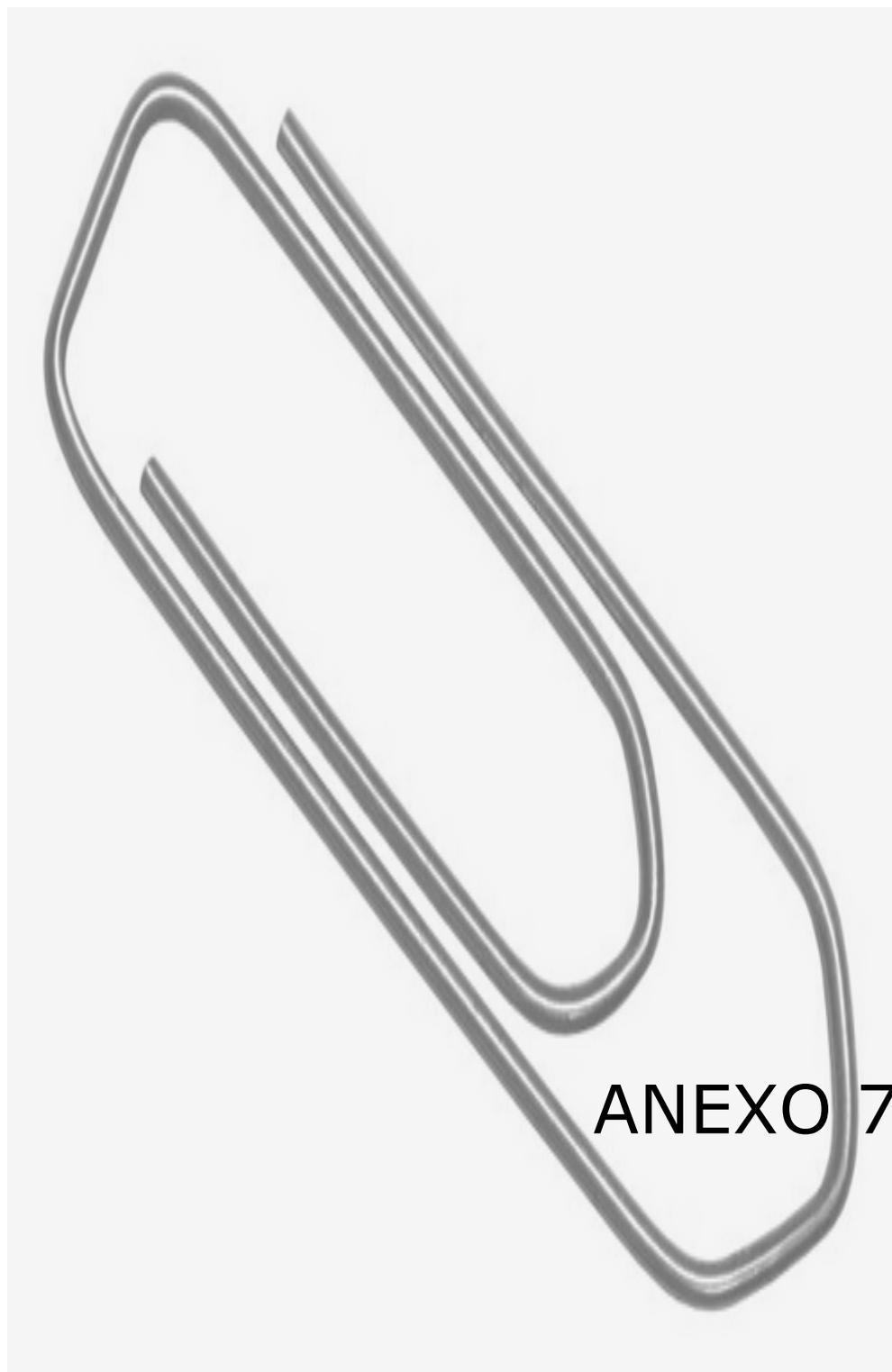
4.- ¿Opina que habría que modificar la redacción de algún ítem para favorecer su comprensión?

Sí No

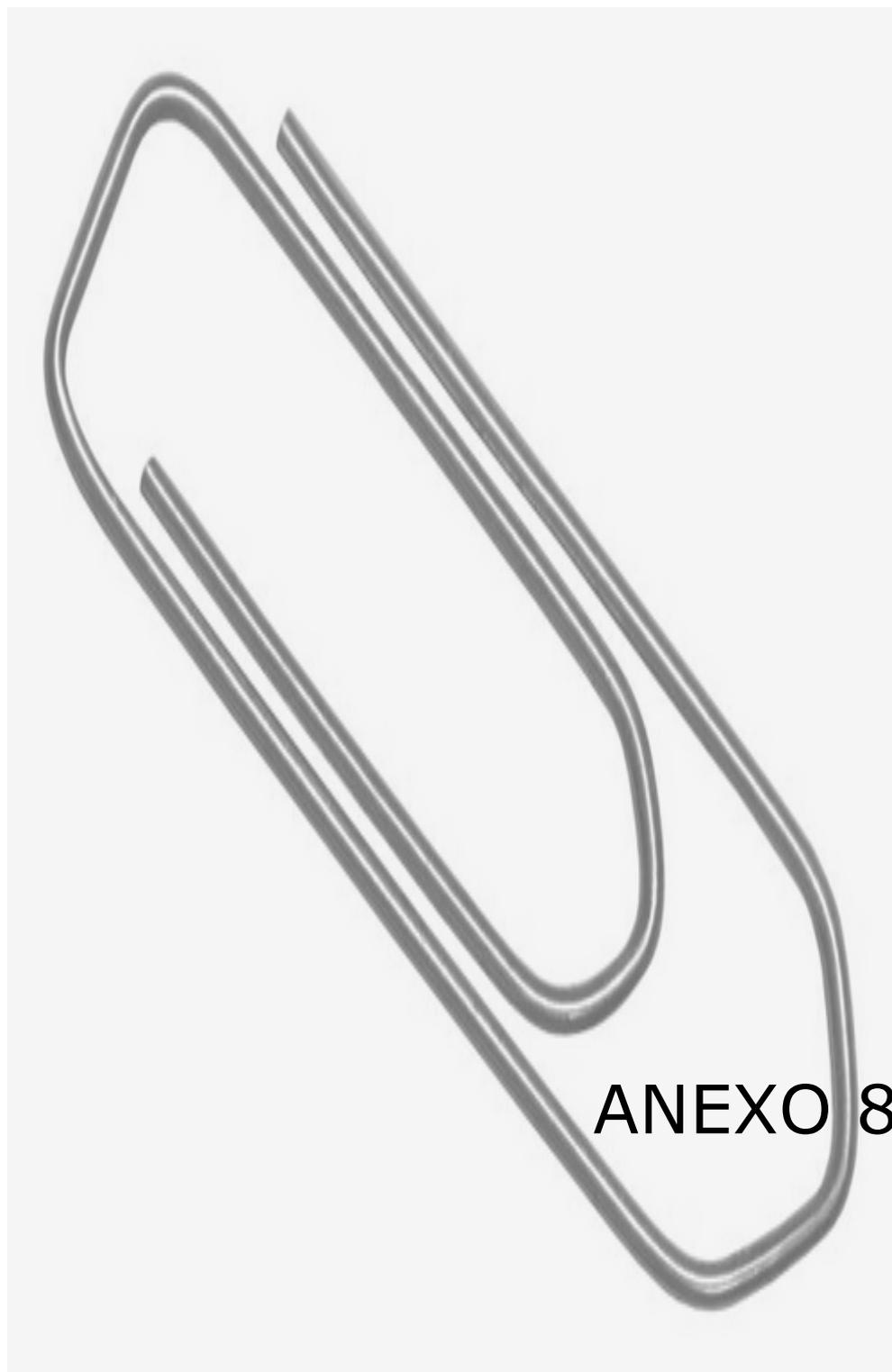
¿Cuál?

Modificación:

9.- Otras observaciones y sugerencias:



EXPERTO	PUESTO	CENTRO	INVITACIÓN	ACEPTACIÓN
Experto 1	Psiquiatría	CHN A	SI	SI
Experto 2	C. Vascular	CHN A	SI	SI
Experto 3	Cardiología	CHN A	SI	SI
Experto 4	Área del Corazón	CHN A	SI	SI
Experto 5	Enfermería II	CCI	SI	SI
Experto 6	Enfermería IV	CCI	SI	SI
Experto 7	Hospitalización Materno-Infantil	CHN B	SI	SI
Experto 8	6º General - Medicina Interna	CHN B	SI	SI
Experto 9	5º General - Neumología y Cardiología	CHN B	SI	SI
Experto 10	Psiquiatría	CHN B	SI	SI
Experto 11	DUE	CHN A	SI	SI
Experto 12	DUE	CNH A	SI	SI
Experto 13	Psiquiatría	CHN A	SI	NO
Experto 14	Psiquiatría	CHN A	SI	NO
Experto 15	Cirugía Cardiovascular	CHN A	SI	NO
Experto 16	Cardiología	CHN A	SI	NO
Experto 17	Cardiología	CHN A	SI	SI
Experto 18	Psiquiatría	CHN A	SI	SI
Experto 19	Psiquiatría	CHN A	SI	NO
Experto 20	CCI Príncipe de Viana II	CCI	SI	NO
Experto 21	CCI Príncipe de Viana II	CCI	SI	NO
Experto 22	CCI Príncipe de Viana IV	CCI	SI	NO
Experto 23	CCI Príncipe de Viana IV	CCI	SI	SI
Experto 24	2ª MATERNAL	CHNB	SI	NO
Experto 25	Neonatología	CHN B	SI	SI
Experto 26	6ª GENERAL	CHN B	SI	SI
Experto 27	6ª GENERAL	CHNB	SI	SI
Experto 28	5ª GENERAL	CHN B	SI	SI
Experto 29	5ª GENERAL	CHN B	SI	NO
Experto 30	CHN	CHN	SI	SI
EXPERTOS CON FUNCIÓN PREFERENTE DE GESTIÓN				10
EXPERTOS CON FUNCIÓN PREFERENTE ASISTENCIAL				20



Pamplona, de marzo de 2012

Estimada/o compañera/o:

Mi nombre es Alicia Gaínza y soy enfermera de la Unidad de Cuidados Coronarios del Complejo Hospitalario de Navarra (Edificio A). Así mismo, soy alumna del Máster Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra.

Para concluir dichos estudios, tengo que hacer el Trabajo Fin de Máster (TFM), que consiste en la realización de una investigación. Mi propósito y bajo la dirección de la profesora Blanca Marín es realizar la validación de un cuestionario que sirva para medir las competencias de las enfermeras. El proceso de validación se va a realizar en una primera fase mediante la Técnica Delphi y en una segunda fase, mediante grupos de discusión.

La Técnica Delphi requiere formar un “grupo de expertos” que revisen el cuestionario propuesto y emitan su opinión, de cara a buscar el mayor consenso posible. Esto suele requerir normalmente dos o tres rondas de opinión, una vez se vayan introduciendo las sugerencias emitidas en la ronda anterior.

Analizados los criterios de selección de los expertos con la Dra. Blanca Marín, hemos considerado interesante **solicitar su colaboración para que forme parte del “grupo de expertos”**. Esta colaboración consistirá en responder a través del correo electrónico, o mediante el medio que le resulte más cómodo, los cuestionarios que le haremos llegar en cada una de las rondas de consultas. Posteriormente y una vez logrado el consenso, se llevará a cabo un grupo de discusión con la finalidad de establecer los pesos competenciales para cada ítem del cuestionario.

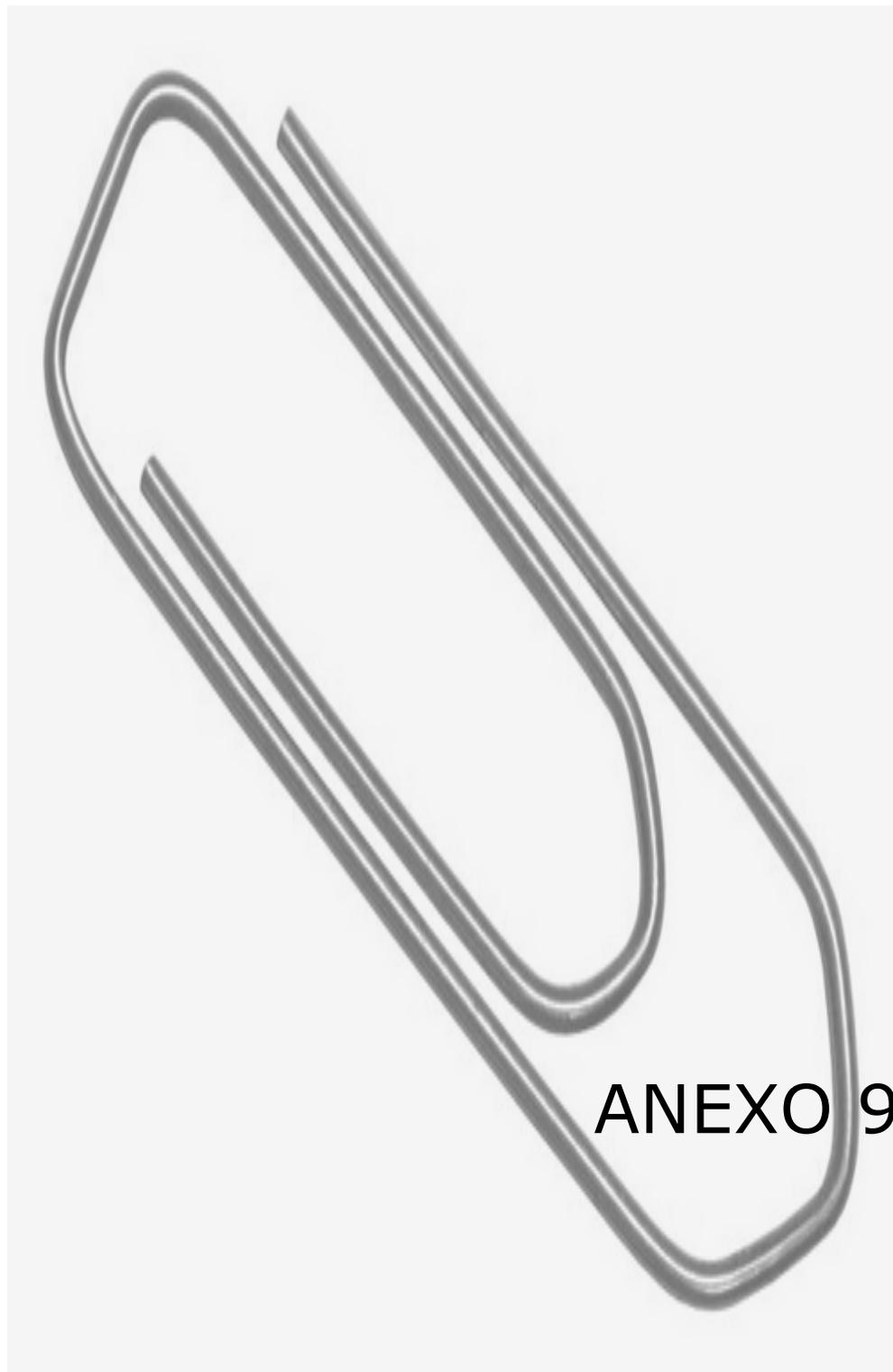
Necesitamos como primer paso saber si acepta la solicitud que le realizamos. Para ello le ruego me envíe un e-mail antes del __ / __ / __. Así mismo le adjunto mi teléfono de contacto para posibles dudas o ampliación de información.

Esperando contar con su inestimable colaboración y dándole las gracias por anticipado, le saludo atentamente.

Alicia Gaínza Calleja

E-mail: Gainza.45110@e.unavarra.es

Tlfno: 686 56 10 68



TABLAS DE FRECUENCIA PARA CADA VARIABLE, RONDA PRIMERA

Competencia 1

C1E1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	5	25,0	25,0	25,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	15	75,0	75,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C1E1CE1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos INDIFERENTE	1	5,0	5,0	5,0
DE ACUERDO	3	15,0	15,0	20,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	16	80,0	80,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C1E2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos EN DESACUERDO	1	5,0	5,0	5,0
INDIFERENTE	5	25,0	25,0	30,0
DE ACUERDO	5	25,0	25,0	55,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	9	45,0	45,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C1E2CE2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	3	15,0	15,0	15,0
DE ACUERDO	7	35,0	35,0	50,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	10	50,0	50,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C1E3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	2	10,0	10,0	10,0
DE ACUERDO	5	25,0	25,0	35,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	13	65,0	65,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C1E3CE3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	3	15,0	15,0	15,0
DE ACUERDO	6	30,0	30,0	45,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	11	55,0	55,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C1E4

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
DE ACUERDO	3	15,0	15,0	15,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	17	85,0	85,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C1E4CE4

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	1	5,0	5,0	5,0
DE ACUERDO	4	20,0	20,0	25,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	15	75,0	75,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C1E5

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
DE ACUERDO	4	20,0	20,0	20,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	16	80,0	80,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C1E5CE5

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
DE ACUERDO	3	15,0	15,0	15,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	17	85,0	85,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Competencia 2

C2E1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	2	10,0	10,0	10,0
DE ACUERDO	3	15,0	15,0	25,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	15	75,0	75,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C2E1CE1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	1	5,0	5,0	5,0
DE ACUERDO	5	25,0	25,0	30,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	14	70,0	70,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C2E2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
DE ACUERDO	4	20,0	20,0	20,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	16	80,0	80,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C2E2CE2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	2	10,0	10,0	10,0
DE ACUERDO	4	20,0	20,0	30,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	14	70,0	70,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C2E3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	2	10,0	10,0	10,0
DE ACUERDO	4	20,0	20,0	30,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	14	70,0	70,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C2E3CE3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	2	10,0	10,0	10,0
DE ACUERDO	6	30,0	30,0	40,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	12	60,0	60,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C2E4

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	1	5,0	5,0	5,0
DE ACUERDO	5	25,0	25,0	30,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	14	70,0	70,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C2E4CE4

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	1	5,0	5,0	5,0
DE ACUERDO	6	30,0	30,0	35,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	13	65,0	65,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C2E5

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	2	10,0	10,0	10,0
DE ACUERDO	5	25,0	25,0	35,0
Válidos TOTALMENTE EN DESACUERDO	13	65,0	65,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C2E5CE5

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	3	15,0	15,0	15,0
DE ACUERDO	6	30,0	30,0	45,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	11	55,0	55,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Competencia 3

C3E1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	1	5,0	5,0	5,0
DE ACUERDO	4	20,0	20,0	25,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	15	75,0	75,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C3E1CE1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	1	5,0	5,0	5,0
DE ACUERDO	3	15,0	15,0	20,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	16	80,0	80,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C3E2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	2	10,0	10,0	10,0
DE ACUERDO	2	10,0	10,0	20,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	16	80,0	80,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C3E2CE2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	1	5,0	5,0	5,0
DE ACUERDO	5	25,0	25,0	30,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	14	70,0	70,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C3E3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	1	5,0	5,0	5,0
DE ACUERDO	5	25,0	25,0	30,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	14	70,0	70,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C3E3CE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	2	10,0	10,0	10,0
DE ACUERDO	5	25,0	25,0	35,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	13	65,0	65,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C3E4

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	2	10,0	10,0	10,0
DE ACUERDO	6	30,0	30,0	40,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	12	60,0	60,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C3E4CE4

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	5,0	5,0	5,0
INDIFERENTE	3	15,0	15,0	20,0
Válidos DE ACUERDO	4	20,0	20,0	40,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	12	60,0	60,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C3E5

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	3	15,0	15,0	15,0
DE ACUERDO	5	25,0	25,0	40,0
Válidos TOTALMENTE EN DESACUERDO	12	60,0	60,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C3E5CE5

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
EN DESACUERDO	1	5,0	5,0	5,0
INDIFERENTE	3	15,0	15,0	20,0
DE ACUERDO	5	25,0	25,0	45,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	11	55,0	55,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Competencia 4

C4E1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
INDIFERENTE	2	10,0	10,0	10,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	18	90,0	90,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C4E1CE1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	5,0	5,0	5,0
INDIFERENTE DE ACUERDO	5	25,0	25,0	30,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	13	65,0	65,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C4E2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
INDIFERENTE DE ACUERDO	1	5,0	5,0	5,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	14	70,0	70,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C4E2CE2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	2	10,0	10,0	10,0
DE ACUERDO	6	30,0	30,0	40,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	12	60,0	60,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C4E3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	4	20,0	20,0	20,0
DE ACUERDO	5	25,0	25,0	45,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	11	55,0	55,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C4E3CE3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	4	20,0	20,0	20,0
DE ACUERDO	5	25,0	25,0	45,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	11	55,0	55,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C4E4

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos EN DESACUERDO	1	5,0	5,0	5,0
INDIFERENTE	4	20,0	20,0	25,0
DEACUERDO	4	20,0	20,0	45,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	11	55,0	55,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C4E4CE4

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	5,0	5,0	5,0
EN DESACUERDO	1	5,0	5,0	10,0
INDIFERENTE	1	5,0	5,0	15,0
DE ACUERDO	8	40,0	40,0	55,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	9	45,0	45,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C4E5

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos INDIFERENTE	1	5,0	5,0	5,0
DE ACUERDO	7	35,0	35,0	40,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	12	60,0	60,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C4E5CE5

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
EN DESACUERDO	1	5,0	5,0	5,0
INDIFERENTE	4	20,0	20,0	25,0
DE ACUERDO	5	25,0	25,0	50,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	10	50,0	50,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Competencia 5

C5E1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	2	10,0	10,0	10,0
DE ACUERDO	3	15,0	15,0	25,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	15	75,0	75,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C5E1CE1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
EN DESACUERDO	1	5,0	5,0	5,0
INDIFERENTE	4	20,0	20,0	25,0
Válidos DE ACUERDO	1	5,0	5,0	30,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	14	70,0	70,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C5E2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	4	20,0	20,0	20,0
DE ACUERDO	3	15,0	15,0	35,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	13	65,0	65,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C5E2CE2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos EN DESACUERDO	1	5,0	5,0	5,0
INDIFERENTE	4	20,0	20,0	25,0
DE ACUERDO	4	20,0	20,0	45,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	11	55,0	55,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C5E3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	4	20,0	20,0	20,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	16	80,0	80,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C5E3CE3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos INDIFERENTE	2	10,0	10,0	10,0
DE ACUERDO	5	25,0	25,0	35,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	13	65,0	65,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C5E4

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos INDIFERENTE	3	15,0	15,0	15,0
DE ACUERDO	3	15,0	15,0	30,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	14	70,0	70,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C5E4CE4

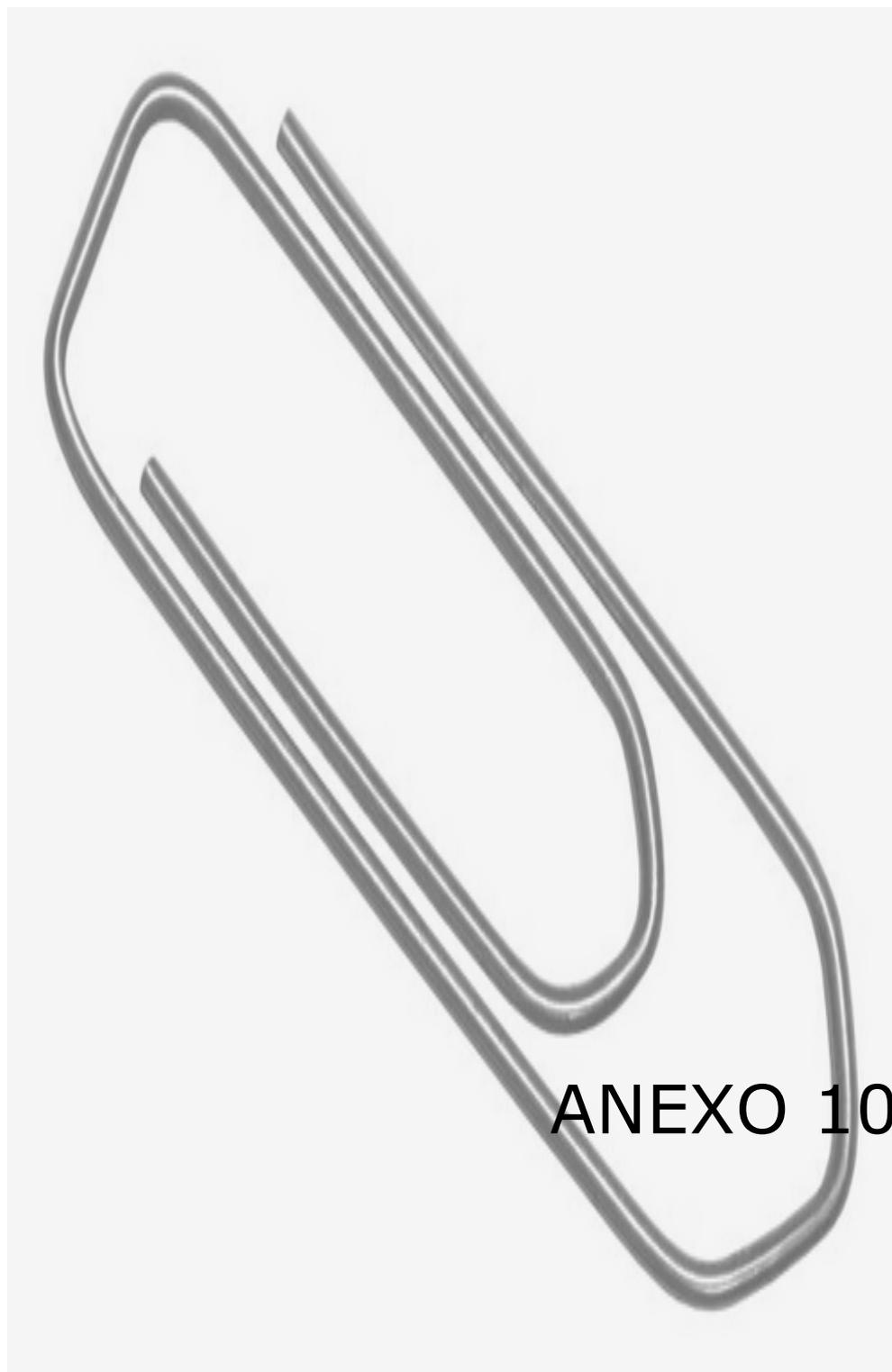
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos EN DESACUERDO	1	5,0	5,0	5,0
INDIFERENTE	3	15,0	15,0	20,0
DE ACUERDO	4	20,0	20,0	40,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	12	60,0	60,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C5E5

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos INDIFERENTE	2	10,0	10,0	10,0
DE ACUERDO	5	25,0	25,0	35,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	13	65,0	65,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C5E5CE5

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos EN DESACUERDO	1	5,0	5,0	5,0
INDIFERENTE	3	15,0	15,0	20,0
DE ACUERDO	5	25,0	25,0	45,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	11	55,0	55,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	



TABLAS DE FRECUENCIAS PARA CADA VARIABLE, SEGUNDA RONDA

Competencia 1

C1E1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	2	10,0	10,0	10,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	18	90,0	90,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C1E1CE1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	1	5,0	5,0	5,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	19	95,0	95,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C1E2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos INDIFERENTE	2	10,0	10,0	10,0
DE ACUERDO	3	15,0	15,0	25,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	15	75,0	75,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C1E2CE2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	1	5,0	5,0	5,0
DE ACUERDO	3	15,0	15,0	20,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	16	80,0	80,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C1E3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
DE ACUERDO	4	20,0	20,0	20,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	16	80,0	80,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C1E3CE3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
DE ACUERDO	2	10,0	10,0	10,0
Válidos TOALMENTE DE ACUERDO	18	90,0	90,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C1E4

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
DE ACUERDO	1	5,0	5,0	5,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	19	95,0	95,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C1E4CE4

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	2	10,0	10,0	10,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	18	90,0	90,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C1E5

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	2	10,0	10,0	10,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	18	90,0	90,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C1E5CE5

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	2	10,0	10,0	10,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	18	90,0	90,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Competencia 2

C2E1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	2	10,0	10,0	10,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	18	90,0	90,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C2E1CE1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	2	10,0	10,0	10,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	18	90,0	90,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C2E2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	2	10,0	10,0	10,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	18	90,0	90,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C2E2CE2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	2	10,0	10,0	10,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	18	90,0	90,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C2E3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	5	25,0	25,0	25,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	15	75,0	75,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C2E3CE3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	4	20,0	20,0	20,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	16	80,0	80,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C2E4

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	1	5,0	5,0	5,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	19	95,0	95,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C2E4CE4

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	1	5,0	5,0	5,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	19	95,0	95,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C2E5

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos EN DESACUERDO	1	5,0	5,0	5,0
DE ACUERDO	4	20,0	20,0	25,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	15	75,0	75,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C2E5CE5

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	4	20,0	20,0	20,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	16	80,0	80,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Competencia 3

C3E1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	1	5,0	5,0	5,0
DE ACUERDO	1	5,0	5,0	10,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	18	90,0	90,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C3E1CE1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
DE ACUERDO	1	5,0	5,0	5,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	19	95,0	95,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C3E2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
DE ACUERDO	2	10,0	10,0	10,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	18	90,0	90,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C3E2CE2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	1	5,0	5,0	5,0
DE ACUERDO	2	10,0	10,0	15,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	17	85,0	85,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C3E3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	1	5,0	5,0	5,0
DE ACUERDO	1	5,0	5,0	10,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	18	90,0	90,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C3E3CE3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
DE ACUERDO	2	10,0	10,0	10,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	18	90,0	90,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C3E4

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	1	5,0	5,0	5,0
DE ACUERDO	1	5,0	5,0	10,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	18	90,0	90,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C3E4CE4

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	1	5,0	5,0	5,0
DE ACUERDO	1	5,0	5,0	10,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	18	90,0	90,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C3E5

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	2	10,0	10,0	10,0
DE ACUERDO	3	15,0	15,0	25,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	15	75,0	75,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C3E5CE5

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	3	15,0	15,0	15,0
DE ACUERDO	3	15,0	15,0	30,0
Válidos TOTALMENTE DE AUCERDO	14	70,0	70,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Competencia 4

C4E1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	1	5,0	5,0	5,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	19	95,0	95,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C4E1CE1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	2	10,0	10,0	10,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	18	90,0	90,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C4E2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUEDO	2	10,0	10,0	10,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	18	90,0	90,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C4E2CE2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	3	15,0	15,0	15,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	17	85,0	85,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C4E3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	4	20,0	20,0	20,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	16	80,0	80,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C4E3CE3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	4	20,0	20,0	20,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	16	80,0	80,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C4E4

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	4	20,0	20,0	20,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	16	80,0	80,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C4E4CE4

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	5	25,0	25,0	25,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	15	75,0	75,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C4E5

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos INDIFERENTE	1	5,0	5,0	5,0
DE ACUERDO	3	15,0	15,0	20,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	16	80,0	80,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C4E5CE5

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos INDIFERENTE	1	5,0	5,0	5,0
DE ACUERDO	3	15,0	15,0	20,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	16	80,0	80,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Competencia 5

C5E1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	2	10,0	10,0	10,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	18	90,0	90,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C5E1CE1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	3	15,0	15,0	15,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	17	85,0	85,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C5E2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos INDIFERENTE	1	5,0	5,0	5,0
DE ACUERDO	5	25,0	25,0	30,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	14	70,0	70,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C5E2CE2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	1	5,0	5,0	5,0
DE ACUERDO	5	25,0	25,0	30,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	14	70,0	70,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C5E3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	1	5,0	5,0	5,0
DE ACUERDO	2	10,0	10,0	15,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	17	85,0	85,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C5E3CE3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	1	5,0	5,0	5,0
DE ACUERDO	3	15,0	15,0	20,0
Válidos TOTALMENTE DE ACUERDO	16	80,0	80,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C5E4

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	2	10,0	10,0	10,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	18	90,0	90,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C5E4CE4

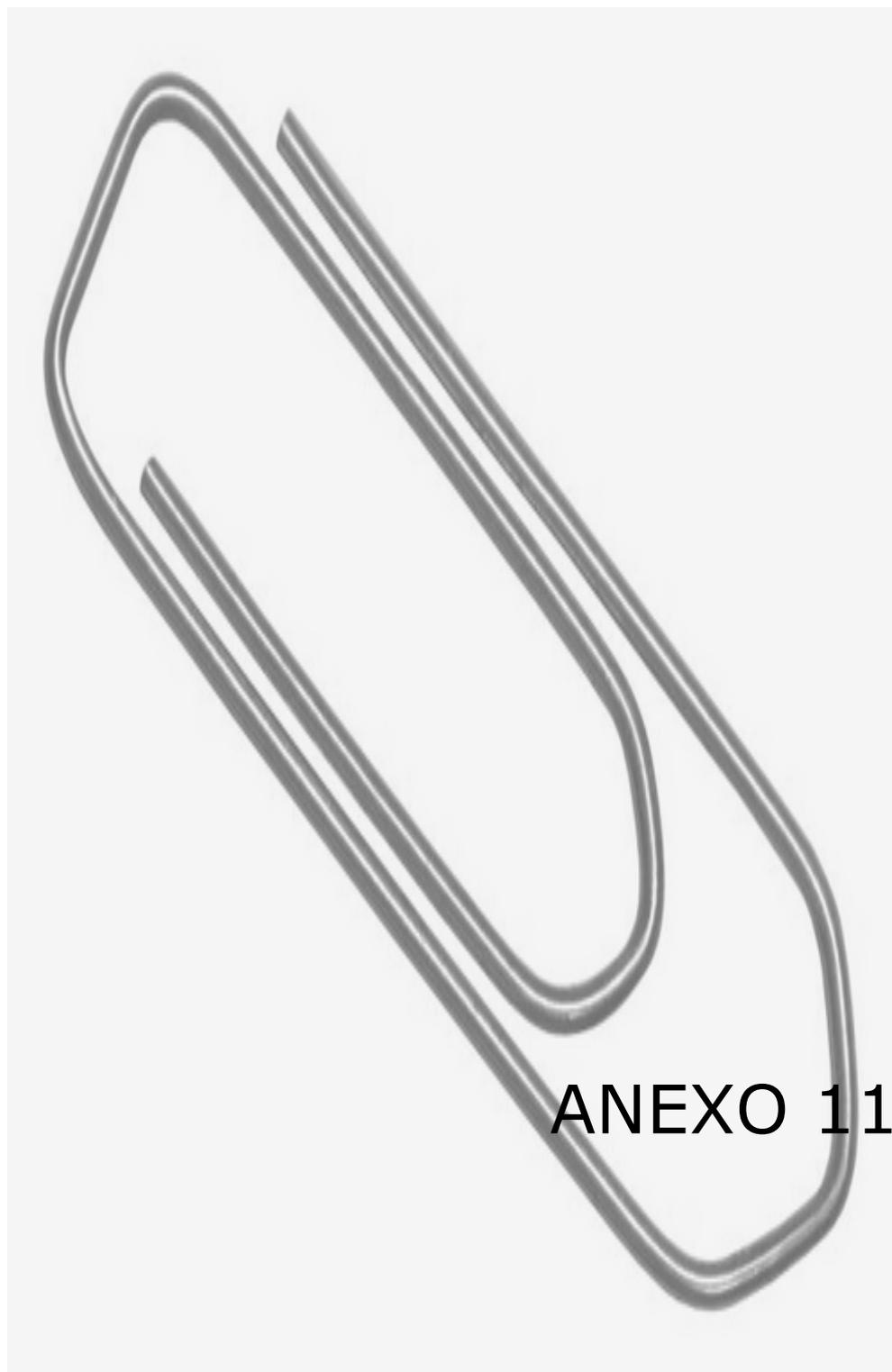
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	2	10,0	10,0	10,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	18	90,0	90,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C5E5

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	4	20,0	20,0	20,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	16	80,0	80,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

C5E5CE5

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE ACUERDO	4	20,0	20,0	20,0
TOTALMENTE DE ACUERDO	16	80,0	80,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	





***VALORACIÓN DE COMPETENCIAS ENFERMERAS
EN EL ÁMBITO ASISTENCIAL.***

DATOS GENERALES

Apellidos:

Nombre / centro:

Unidad:

Turno:

RESULTADOS

Autoevaluación:

Evaluación del experto:

Nombre del evaluador:

EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL

COMPETENCIA 1 ORIENTACIÓN AL USUARIO/PACIENTE

ELEMENTO COMPETENCIAL	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTUACIÓN
Respeto por sus derechos	Conocer, respetar y defender los derechos del paciente/usuario. Mostrarse respetuoso.	
Oferta de servicios	Conocer, adecuar y ofertar la información necesaria a las necesidades y capacidades y / o limitaciones del usuario/paciente.	
Oferta de información y soporte emocional	Adecuar la información a las necesidades y capacidad del usuario /paciente. Expresarse en un lenguaje claramente comprensible Transmitir seguridad, dar ánimo, canalizar los sentimientos	
Preservar la dignidad y confidencialidad	Mantener y proteger la privacidad de la información personal y clínica	
Adecuar las actuaciones a los principios bioéticos	Beneficencia / no maleficencia (procurar el bienestar). Justicia (trato igual a todos obviando diferencias de sexo, raza...)Autonomía (respetar el derecho del paciente a decidir)	

PUNTUACIÓN

- 1 ejecución deficiente
- 2 ejecución mínima aceptable
- 3 ejecución correcta
- 4 ejecución muy buena
- 5 ejecución excelente

COMPETENCIA 2 PROPORCIONAR UNA ATENCIÓN SANITARIA INTEGRAL

ELEMENTO COMPETENCIAL	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTUACIÓN
Promoción – prevención de la Salud	Prevenir lesiones y /o enfermedades asesorando al paciente/usuario sobre hábitos saludables. Realizar actividades educativas.	
Atención al individuo	Identificar el estado basal del paciente / usuario, planificar el PAE y modificarlo en función de las necesidades y recursos.	
Atención a la familia y / o cuidador	Asesoramiento y establecimiento de una relación de ayuda con la familia / cuidador para afrontar el proceso. Enseñar a la familia/cuidador a realizar las actividades terapéuticas prescritas. Involucrarles en el proceso asistencial.	
Identificación precozmente signos de alarma o cambios significativos	Reconocer signos específicos, manifestaciones inespecíficas a tiempo, actuación en casos de urgencia.	
Utilización de la evidencia científica en el proceso asistencial	Aplicar resultados de estudios a la práctica diaria, actualización de los conocimientos	

PUNTUACIÓN

1. ejecución deficiente
2. ejecución mínima aceptable
3. ejecución correcta
4. ejecución muy buena
5. ejecución excelente

COMPETENCIA 3**EL PROFESIONAL SANITARIO**

ELEMENTO COMPETENCIAL	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTUACIÓN
Establecimiento de una adecuada relación terapéutica	Empatía, actitud de ayuda, cordialidad y trato amable, escucha activa. Accesibilidad y disponibilidad, transmisión de tranquilidad, inspirar confianza	
Capacidad para modificar los planes de cuidados según el estado del paciente y los recursos disponibles	Contrastar de manera continuada el estado del paciente, saber priorizar, adecuar la capacidad/voluntad del paciente para implicarse en su autocuidado	
Establecimiento de una comunicación eficiente con el paciente / usuario	Demostrar habilidades de comunicación, pactar consensos, ser capaz de procesar la información relevante transmitida por el paciente	
Organizar, planificar y coordinar las necesidades de atención de múltiples pacientes simultáneamente dentro del equipo de trabajo	Ser capaz de procesar la información relevante y priorizar. Coordinar las actuaciones propias para la atención a múltiples pacientes dentro del equipo de trabajo	
Compromiso con la Docencia, Investigación	Realización de trabajos y estudios, participación en el proceso formativo de los alumnos que cursan sus prácticas asistenciales.	

PUNTUACIÓN

1. ejecución deficiente
2. ejecución mínima aceptable
3. ejecución correcta
4. ejecución muy buena
5. ejecución excelente

COMPETENCIA 4**EL EQUIPO DE TRABAJO**

ELEMENTO COMPETENCIAL	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTUACIÓN
Trabajar en equipo con otros profesionales de enfermería	Sintonía en el equipo, ofrecer disponibilidad y colaboración compartiendo información, delegando y planteando objetivos comunes.	
Crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo en la unidad habitual de trabajo	Equilibrar la demanda y oferta de ayuda, ser asertivo, transmitir tranquilidad en situaciones de estrés, canalizar el esfuerzo tanto propio como de los otros compañeros de la unidad	
Crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo con otros profesionales de otras disciplinas	Equilibrar la demanda y oferta de ayuda, ser asertivo, transmitir tranquilidad en situaciones de estrés, canalizar el esfuerzo tanto propio como de los propios compañeros como de los de otras disciplinas por un objetivo común.	
Equilibrar y delegar la responsabilidad de ejecución de tareas indirectas u organizar las condiciones	Fomentar y establecer la participación del personal en el proceso de cuidar. Organizar, pactar y coordinar las condiciones de la delegación	
Participar en el proceso de aprendizaje de los otros miembros del equipo y de los alumnos	Expresarse claramente en un lenguaje adecuado al nivel profesional. Compartir el conocimiento. Colaborar activamente en la formación del personal.	

PUNTUACIÓN

1. ejecución deficiente
2. ejecución mínima aceptable
3. ejecución correcta
4. ejecución muy buena
5. ejecución excelente

COMPETENCIA 5**SER EFICIENTE Y EVALUAR RESULTADOS**

ELEMENTO COMPETENCIAL	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTUACIÓN
Uso eficiente de los recursos	Optimizar el material, los recursos físicos y el tiempo, tanto suyos como del paciente/usuario y de los profesionales a su cargo	
Velar por la correcta implantación y cumplimiento de los estándares	Liderar participativamente el proceso de implantación de protocolos o estándares. Hacer el seguimiento de la aplicación de los protocolos. Colaborar en la elaboración, revisión y actualización de los protocolos	
Utilizar la documentación necesaria y cumplimentar adecuadamente los registros de enfermería, Historia Clínica y otros	Hacer una correcta historia clínica de enfermería. Registrar la actividad y evolución del estado del paciente. Seguir las normas básicas de cumplimentación de los registros(Taxonomía NANDA – NIC – NOC)	
Evaluación integral del proceso asistencial	Reflexión sobre las actuaciones y razonamiento de los procedimientos enfermeros. Evaluación de resultados.	
Orientación a resultados en el desempeño profesional	Marcar objetivos a corto y largo plazo en el proceso asistencial del paciente/usuario.	

PUNTUACIÓN

1. ejecución deficiente
2. ejecución mínima aceptable
3. ejecución correcta
4. ejecución muy buena
5. ejecución excelente