

El desempeño por competencias en enfermería mejora la satisfacción del paciente

M^a Ángeles Carballo Carrillo

E. U. de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.
Ciudad Universitaria. 28040. Madrid.
mariacb1978@yahoo.es

Tutores

Jorge Díz Gómez. Jesús Díez Sebastián.

E. U. de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.
Ciudad Universitaria. 28040. Madrid.
dizgomez@enf.ucm.es

Resumen: El objetivo principal es estimar el grado de satisfacción del paciente con las competencias enfermeras al alta hospitalaria en unidades médico quirúrgicas del Hospital Universitario La Paz. Como objetivos secundarios, habrá que señalar los requisitos necesarios para conseguir incrementar la visión de las competencias enfermeras por parte del paciente, conocer cómo varía la percepción de las competencias en los diferentes rangos de edad de los pacientes, determinar si la duración de la estancia hospitalaria influye en el grado de satisfacción, identificar el nivel medio de Competencias de la Enfermería en cada una de las unidades, comprobar si los años de desempeño profesional determinan el nivel de competencias, detectar las mejoras necesarias para conseguir un nivel de excelencia, identificar globalmente cada uno de los aspectos de mejora y definir los planes de mejora a desarrollar por unidad y los globales. Se trata de un Estudio Observacional Ecológico. Los sujetos de estudio son todos los pacientes dados de alta en las Unidades Médico Quirúrgicas del Hospital Universitario La Paz. Las variables agregadas que encontramos son dependientes, independientes y de complejidad. Como instrumentos de medida se utiliza la Escala de Valoración por Competencias de Enfermería y el Cuestionario de Satisfacción al Paciente. Los métodos estadísticos seguidos son el análisis de los datos mediante análisis descriptivo de las variables de la muestra y su posible relación con otros factores.

Palabras clave: Competencias en enfermería. Enfermos-Cuidados-Evaluación. Satisfacción del paciente.

Abstract: Nurses estimate the degree of satisfaction of the patient with the competences, to the hospitable discharge, in units medically surgical of the University Hospital La Paz. Some secondary aims are to indicate the necessary requirements to manage to increase the vision of the competitions nurses on the part of the patient, to

know as changes the perception of the competences in the different ranges of age of the patients, to determine if the duration of the hospitable stay influences the degree of satisfaction, to identify the average level of Competences of the nursing, in each of the units, to verify if the years of professional performance determine the level of competences, to detect the necessary improvements to obtain a level of excellence, to identify globally and each of the aspects improves, to define the plans of improvement and to develop for unit and the global ones. According to the design, it is an Observational Ecological Study. The subjects of the study are all the given patients of discharge in the Units medically surgical in the University Hospital La Paz. Variables: Added: Dependent, Independent, of Complexity. The instruments of measure we use are the Scale of Valuation for Competences of Nursing and the Questionnaire of Satisfaction to the Patient. Statistical methods are the analysis of the information by means of descriptive analysis of the variables of the sample and his possible relation with other factors.

Keywords: Nursing competences. Patient's satisfaction.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Las competencias surgen como investigación aplicada para resolver un problema de selección que el Departamento de Estado Norteamericano planteó en 1973 al Dr. McClelland y su utilización se va extendiendo a otros ámbitos, tanto en las empresas y entidades que lo utilizan, como en la utilización para procesos de gestión de Recursos Humanos.

La vigencia del concepto durante más de 25 años, la utilización sistemática por muchas organizaciones que llevan años gestionando por competencias y el interés cada vez más creciente de otras muchas organizaciones en base a los resultados obtenidos por las primeras, da respuesta a la pregunta que se planteó en un principio: ¿estamos ante una moda?.

Ya en el siglo XVI, Rojas Zorrilla, en su obra de teatro "Del rey abajo ninguno", escribía: "nunca ha habido hazaña sin haber gran competencia". Esta vinculación entre la competencia de la persona y el éxito que es capaz de alcanzar, es la primera referencia escrita de algo muy evidente no sólo para los gestores, sino también para el público en general: determinados conocimientos, habilidades y cualidades de las personas están relacionados con el éxito de las personas en sus empeños y su trabajo. Y si las personas que componen una organización desempeñan con éxito su trabajo, la organización tendrá, si su estrategia está bien diseñada e implantada, un éxito seguro⁽¹⁾.

"El valor percibido por los clientes se traduce en beneficios esenciales".

Existen 420 proyectos de implantación de competencias en España. A pesar de la cantidad de proyectos, lamentablemente existen muy pocos ejemplos de medición de parámetros relacionados con los resultados antes y después de la aplicación de la metodología⁽¹⁾.

Catano (2001) afirma que precisamente la literatura sobre competencias y la teoría de la inteligencia emocional son ejemplos que ilustran la necesidad de conciliar ciencia y práctica profesional: a nivel de RR.HH. debemos entender la necesidad de basar nuestras intervenciones en evidencia empírica, mientras que por su parte los científicos profesionales deben entender la necesidad de investigar para solucionar problemas prácticos⁽²⁾.

El CIE, en virtud de su función de liderazgo mundial de la enfermería y del hecho de que representa la voz de la enfermería en el plano internacional, considera que ha llegado el momento adecuado para establecer cuáles son las competencias internacionales de la enfermera generalista. Con el propósito de que estas competencias ayuden a esclarecer la función de las enfermeras y a orientar futuros acuerdos de reconocimiento recíproco y programas de autorización para ejercer en múltiples países, de los cuales hay cada vez mayor demanda⁽⁴⁾.

Como las competencias se definieron después de un exhaustivo análisis de escritos publicados en muchos países y de una serie de consultas, el CIE estima que estas competencias son válidas y fundamentales para el ejercicio de la enfermería en los comienzos del siglo XXI. Sin embargo, considera de gran importancia que esas competencias habrán de debatirse e interpretarse en cada país, para que sean suficientemente amplias para todo el contexto nacional⁽⁵⁾.

La definición de competencia del CIE en la que se basan las competencias es la siguiente:

“Un nivel de realizaciones que demuestra la aplicación efectiva de los conocimientos, capacidades y juicio.” (CIE 1997:44).

El código deontológico, del CIE es la base de las competencias y es fundamental para la práctica de la enfermería dondequiera y con quienquiera que se practique⁽⁶⁾.

Hay muchas definiciones de competencias, si bien las principales palabras o frases de las definiciones de competencia varían, en las publicaciones de enfermería hay un consenso general en el sentido de que la competencia se basa en una síntesis de varios elementos y “que el todo es mayor que la suma de las partes”^(7,8).

La competencia refleja lo siguiente:

- Conocimientos, comprensión y juicio.

- Un conjunto de capacidades-cognitivas, técnicas o psicomotoras e interpersonales.
- Una gama de atributos y actitudes personales.

La definición de competencia en que se basa este marco de las competencias internacionales para la enfermería generalista es:

“Un nivel de realizaciones que demuestre la aplicación efectiva de los conocimientos, capacidades y juicio”⁽⁹⁾.

Es importante obtener un marco de competencias, ya que los marcos de competencias tienen una amplia utilidad para la reglamentación profesional, la garantía de la calidad, la revisión de la formación, la contratación y ubicación de la fuerza de trabajo de enfermería, y en el perfeccionamiento de las funciones y las especificaciones de los puestos y en la evaluación de los resultados. El marco de competencias CIE debe ser adaptado a cada país y enviado al CIE para su revisión y aprobación.

Por otro lado, podría darse el caso de que en un determinado puesto de enfermería, cierta competencia sea indispensable para lograr un desempeño excelente, pero no en un nivel superior sino en uno intermedio o inclusive menor. Para ello es útil disponer de un perfil de competencias para cada puesto, para⁽¹⁰⁾:

- Establecer las características necesarias para desempeñar un puesto específico, en una organización concreta.
- Orientar el proceso de progreso y desarrollo.
- Identificar puntos fuertes y débiles. Oportunidades y amenazas.
- Diseñar procesos de formación y desarrollo.

Una aproximación al concepto de competencias profesionales es:

“Aquel conjunto de habilidades, actitudes y conocimientos y los procesos complejos para la toma de decisiones que permiten que las actuaciones profesionales se mantengan en el nivel exigible en cada momento”. (Comisión de enfermería, Consejo Catalán de especialidades en ciencias de la salud).

“Más allá del acto de cuidados que une el qué del cuidado y el cómo de la interacción persona-enfermera, el diseño permite crear un cuidado que recurre a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico y la aplicación de conocimientos. El juicio clínico y la intuición. Se trata de un cuidado innovador que reúne la ciencia y el arte enfermeros y que se centra en la persona, la

cual, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud (integra competencias personales y profesionales)”⁽¹¹⁾.

Una competencia es el conjunto de capacidades profesionales adquiridas para realizar consistentemente funciones y tareas inherentes al campo de acción específico de la enfermería –respuestas humanas a la salud y la enfermedad– y al de colaboración (respuestas fisiopatológicas como resultado de la enfermedad).

Las funciones y tareas se pueden agrupar en tres áreas de competencias: cuidar, educar e investigar⁽¹²⁾.

La influencia en la educación y la gestión de los cuidados ha venido en una proporción mayor desde la lógica del positivismo, desde la acción empresarial, recurriendo preferentemente a los instrumentos y técnicas de las ciencias económicas, mientras otros hechos sociales como las relaciones humanas de cuidados (acciones cuidativas y comunicativas), que se construyen o se crean en su seno de prestación de servicios “con las personas” y que resultan más asequibles a los métodos de las ciencias sociales y humanas no han tenido el lugar que les corresponde. Las consecuencias de esta forma de entender la educación, la gestión y la práctica enfermera, han producido demasiadas dependencias, han sustraído la palabra a la práctica y han generado inseguridades, rechazos entre las enfermeras, distanciamiento entre la teoría y la práctica y sobre todo falta de reconocimiento social del trabajo de las enfermeras⁽¹³⁾.

Debe ser objetivo del tercer milenio, el volver la mirada, cada vez más nítida, a las ciencias humanas, a las ciencias de la vida y re-situar “el cuidado de los otros”, que es la esencia, en el lugar que le corresponde, acompañado del reconocimiento social⁽¹³⁾.

Hoy en día, sabemos cuáles son las consecuencias de no tener en cuenta los valores de carácter ético y profesional en la regulación de la educación, gestión y la práctica enfermera y sabemos que está suponiendo un freno endógeno a la formación del nuevo perfil enfermero que la sociedad del siglo XXI demanda, al mantener las influencias biomédicas heredadas del positivismo⁽¹³⁾.

Debemos centrarnos en las personas con sus potenciales para el desarrollo de competencias, como un modelo centrado en las personas como principal recurso competitivo. Pasar a un análisis por competencias centrado en los logros que consiguen los grupos y tienen que articular las implicaciones de los objetivos de las personas como capital importante competitivo de cada organización con los resultados. De aquí la importancia de las competencias personales y específicas de cada profesional para adecuar el cómo se implican, cómo sienten suyo lo que se hace, por qué con su aportación profesional contribuyen al logro.

Las competencias enfermeras se relacionan con la actuación profesional y ésta a su vez está constituida por las responsabilidades o funciones y el conjunto de actividades y tareas que se desarrollan de orden personal, cognitivo, funcional y ético.

Estas competencias tienen unos componentes como son:

- Saber (conocimientos).
- Saber hacer (habilidades y destrezas).
- Saber estar (actitudes e intereses).
- Querer hacer (motivaciones).
- Poder y hacer (métodos y recursos).

Estas competencias son fruto de dos referentes distintos y a su vez complementarios: uno la formación recibida (técnico profesional) cuya referencia es la profesión estudiada; y otro el ámbito de la formación ocupacional, cuya referencia son los puestos de trabajo desempeñados, unidas o retroalimentadas por la formación continua.

Por lo tanto, definimos las Competencias en Enfermería, como un saber hacer (saber cómo) con consciencia (emergencia reflexiva sobre sí mismo). Consideradas como las competencias en acción, fruto de la integración y emergencia de:

- Competencia técnica, “el saber”: dominio experto de tareas, conocimientos y destrezas en el ámbito del trabajo.
- Competencia metodológica, “saber hacer”: saber reaccionar, resuelve situaciones emergentes en el trabajo y encuentra nuevas vías de solución.
- Competencia personal, social, “saber ser”: colabora proactivamente con otros en su grupo, se comunica efectivamente.
- Competencia participativa, “saber convivir”: sabe organizarse, decidir, participa en la organización de su trabajo y su entorno; está dispuesto a aceptar nuevas responsabilidades.
- La base común para Europa son las competencias del Proyecto Tuning de Enfermería para Europa.

Analizada la desmotivación y enfermería, se ponen en evidencia algunos problemas muy importantes, entre ellos: la sobrecarga de trabajo, conflicto y ambigüedad del rol, despersonalización y agotamiento emocional, absentismo, etc.

Ante esta situación, parece necesario proponer el desarrollo de una serie de alternativas que contribuyan a mejorar los problemas detectados, las cuales pueden ser: delimitación de competencias, carrera profesional, oportunidades de promoción, unidades de hospitalización más pequeñas, etc.⁽¹⁴⁾.

En 2003, España aprueba la ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). La LOPS es la garantía de que los profesionales sanitarios desempeñan los niveles de competencia necesarios para proteger el derecho de defensa de la salud de los ciudadanos. En este sentido, la ley define los ámbitos específicos de la praxis y considera los aspectos éticos requeridos para el ejercicio seguro y de calidad. Se trata de proteger a los pacientes de forma humana y al mismo tiempo asegurar sus derechos⁽¹⁵⁾.

Estado actual del tema

En España la discusión sobre modelo de competencia profesional es relativamente reciente aunque la preocupación sobre competencia como factor de desempeño ocupacional tenga una larga tradición de experiencias, relatos e investigaciones.

Los hitos más importantes para la discusión de modelo de competencia profesional en el presente son la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias y el proceso de convergencia del Espacio Europeo de Educación y son el resultado de las declaraciones de Sorbona (1998) y Bolonia (2002), origen del proyecto Tuning, un proyecto piloto para establecer los parámetros para la convergencia y más recientemente las reuniones de Salamanca (2001) y de Barcelona (2002) y las comunicaciones de Praga (2001) y Berlín (2003).

La LOPS indica el camino para la definición de profesiones y recomienda avanzar hacia procesos formales de certificación de competencias.

El proceso de convergencia del Espacio Europeo de Educación, por otro lado, está promoviendo la implantación de un modelo de formación por competencias⁽¹⁶⁾.

Como resultado del proyecto Tuning para la enfermería española se lanza, a través de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, el Libro Blanco del Título de Grado de Enfermería, un documento generado por un grupo de educadores y los interesados directos a través de los órganos de representatividad vigentes.

Este documento considera que el proceso de convergencia del Espacio Europeo de Educación representa una oportunidad de importantes cambios en el sistema universitario español y consecuentemente de la enseñanza de la enfermería. Define un perfil mínimo de competencias esenciales y específicas así como los criterios de

valoración para la enseñanza básica de la enfermera responsable de cuidados generales⁽¹⁷⁾.

El perfil profesional de acuerdo con el Libro Blanco debe ser generalista y corresponderá a las siguientes competencias definidas en términos generales:

- Competencias asociadas a valores profesionales y la función de la enfermera.
- Competencias asociadas a la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas.
- Capacidad para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos.
- Conocimiento y competencias cognitivas.
- Competencias interpersonales y de comunicación.
- Competencias relacionadas con el liderazgo, la gestión y el trabajo en equipo.

Por lo tanto se puede afirmar que en España los modelos de competencias tanto para la gestión de servicios como para los procesos de formación y capacitación permanente de las enfermeras se encuentra en el transcurso de implementación y va a requerir no un cambio, sino profundos cambios en los modelos de prestación de servicios y en la conducta de los profesionales, gestores y políticos.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía ha desarrollado y está en vías de implantación el Modelo de Gestión por Competencias. La organización sanitaria aspira a la máxima autonomía de los profesionales en el desarrollo de su trabajo, y ello necesita de la sintonía de su labor con la Misión, la Visión y los Valores del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

El II Plan de Calidad del SSPA (2005-2008) señala la gestión clínica, la gestión por procesos y la gestión por competencias como herramientas fundamentales para garantizar la gestión de la calidad de los servicios sanitarios, y entre las líneas de acción plantea de manera integrada el desarrollo del Modelo de Gestión por Competencias, la puesta en marcha de un Programa de Acreditación de Competencias Profesionales y la implantación de la Carrera Profesional.

El modelo de Gestión por Competencias del SSPA se configura por tanto como un elemento integrador de las estrategias de gestión de las personas y las estrategias para la generación, incorporación e intercambio del conocimiento. Plantea la necesidad de buscar un modelo sencillo de implantar, de mantener y de evaluar.

En 2006 realiza la puesta en marcha de la Acreditación de competencias profesionales y modelo de Carrera Profesional, realizando los Mapas de Competencias.

El Mapa de Competencias estándar contiene:

- Competencias generales: afectan a todos los profesionales sanitarios:
 - ✓ Actitud de aprendizaje y mejora continua.
 - ✓ Trabajo en equipo.
 - ✓ Orientación a resultados.
 - ✓ Orientación al ciudadano y respeto por los derechos de los pacientes.

- Competencias transversales: presentan semejanzas de unos colectivos a otros, tienen que ver con los contenidos esenciales en el ámbito sanitario:
 - ✓ Oferta de servicios y conocimiento organizativo.
 - ✓ Educación para la salud, consejo sanitario, estilos de vida y medidas de prevención.
 - ✓ Visión continuada e integral de los procesos.
 - ✓ Adecuada utilización de los recursos disponibles.

Todos los profesionales sanitarios de una determinada especialidad o grupo profesional comparten las mismas competencias generales y transversales.

- Competencias específicas: estas competencias se ajustan a las llamadas competencias técnicas, funcionales y están relacionadas con un puesto o rol concreto.

Estas competencias son determinadas por el Centro o la Unidad en función de su cartera de servicios y de sus necesidades particulares, y sumadas a las competencias generales y transversales del mapa de ese grupo profesional o especialidad.

Sería oportuno establecer un catálogo de competencias específicas en relación con la cartera de servicios diferencial y las competencias clave identificadas en los procesos asistenciales integrados⁽¹⁸⁾.

JUSTIFICACIÓN

El desempeño por competencias está enfocado a conseguir un alto nivel de satisfacción del paciente, un adecuado reconocimiento social de la enfermería, una dirección clara hacia los cuidados y una gran motivación y desarrollo profesional de la enfermería^(1,3,13,15,19).

Es precisamente en el apartado referente a la satisfacción del paciente donde se dirige esta línea de investigación, en la cual los resultados existentes son escasos. Con el claro propósito de conseguir resultados que permitan conocer la realidad del problema y a partir de ahí poder establecer pautas de actuación y líneas de mejora.

De los pocos estudios existentes al respecto del tema motivo de este proyecto, cabe destacar el estudio de Competencia como Indicador de Calidad, en el que manifiestan su opinión los pacientes con los siguientes resultados: en cuanto a las competencias de la enfermería, el 20,92% opina que necesita mejorar, el 68,33 que cumple con las competencias y el 10,75% que está por arriba. Respecto a la satisfacción de los pacientes, el 58,88% de los pacientes están satisfechos, el 22,22% regularmente satisfecho y el 18,88 insatisfecho⁽²⁰⁾.

Otro de los estudios destaca la incertidumbre acerca de si los pacientes se sienten capaces de evaluar la competencia del personal de enfermería. Los resultados de este estudio pueden tener implicaciones para las enfermeras internacionalmente, cuando se trata de involucrar a los pacientes en la evaluación del personal de enfermería⁽²¹⁾.

Recientemente el periódico El País realizó una encuesta entre sus lectores a través de su página web para conocer si se deben ampliar las atribuciones de la enfermería. El 30/3/2009 y con 5.895 respuestas obtenidas, el resultado mostraba que un 82% opinaba que SÍ, frente al 17% cuya opinión era NO⁽²²⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno J. Modelo Integrado de gestión por competencias. Capital Humano 1999;125.
2. Catano VM. Empirically supported interventions and HR practice. International Alliance for Human Resources Research. 2001; 5(Pt 1).
3. Tapp D, Stansfield K, Stewart J. La autonomía en la práctica de enfermería Rev Aquichan. 2005;5(1):114-127.
4. Consejo Internacional de Enfermeras. Competencias Internacionales para la enfermera generalista: Especificación para un proyecto. Ginebra: CIE; 2000 [Inédito].
5. Alexander M, Runciman P. Marco CE competencias del CIE para la enfermera generalista. Ginebra: International Council of Nurses; 2003. (Normas y competencias).

6. Consejo Internacional de Enfermeras. Código deontológico para enfermeras. Ginebra: CIE; 2000.
7. Al encuentro de la competencia del cuidado según Boff: una nueva perspectiva de conducta ética de la enfermera gerente. Trevizan MA, Mendes IAC, Lourenço MR, Melo MRAC. National Nursing Competency Project (NNCP), 50 Driveway, Ottawa, Canadá. Rev Latino-am Enfermagem 2003 setembro-outubro; Nº 11 (5):652-7.
8. Organización Mundial de la Salud, 2001. Enfermeras y matronas a favor de la salud: Estrategia europea de la OMS para la formación de enfermería y partería-Directrices, sección 2: formación y capacitación basadas en las competencias. Organización Mundial de la Salud Copenhague.
9. Consejo Internacional de Enfermeras, 1997. El CIE y la reglamentación: un modelo para el siglo XXI, CIE, Ginebra.
10. Fernández E. Gestión por competencias: hacia una nueva cultura organizativa en la gestión de enfermería". Revista e.educare 21. 2005 Abril; Nº 16.
11. Kerouac et al. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson SA; 1996.
12. Modelo educativo basado en competencias. Rodríguez B, Cruz H. M. Rev Enfermería IMSS. 2000; 8(2):111-115.
13. Competencias clínicas en enfermería: modelos de aprendizaje y de gestión de la práctica. S Fernández E. Revista e.educare 21. 2008.
14. Desmotivación y Enfermería, Diagnóstico del problema. Fraga I. Revista Metas Nº 38 Septiembre 2001.
15. De Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Ley 44/2003 de 21 de Noviembre. BOE Nº280, (21-11-2003).
16. Consejo General de Enfermería. PROYECTO PARA LA ADECUACIÓN DE LA FORMACIÓN ENFERMERA AL ESPACIO EUROPEO DE EDUCACIÓN SUPERIOR.
17. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad. Libro Blanco : título de Grado en Enfermería. Junio 2005.
18. Modelo de Gestión por Competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía. [Sevilla]: Consejería de Salud, 2006.

19. Hooghiemstra T. Gestión integrada de recursos humanos. A. Mitrani, MM Dazieuárez e I Suárez (eds): Las competencias. Barcelona: Planeta Agostini; 1994:13-42.
20. Enfermería por Competencia Profesional como Indicador de Calidad. Barrón L, Villela AM, Rodríguez E. Evaluación del Desempeño de Desarrollo Científico Enfermero. 2008 Abril; 16(3):104-108.
21. Patients' views of nurses' competence. Calman L. Nurse education today. 2007/01/01; 26(8):719-25. ISSN: 0260-6917.
22. Diario Enfermero. Encuestas en EL PAÍS.com. Disponible en: <http://www.elpais.com/encuestas/resultados>. 2009.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

1. De cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003 de 28 de Mayo. BOE Nº128, (28-5-2003).
2. Del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud Ley 55/2003 de 16 de Diciembre. BOE Nº301, (16-12-2003).
3. Salud rediseña los Procesos Asistenciales e incorpora las nuevas competencias enfermeras. Montero M J. Inauguración del VII Encuentro de Procesos Asistenciales, Sevilla 2006. [página principal en Internet] Web SAS.
4. La enfermera, profesional clave para la coordinación de la atención socio-sanitaria a personas con dependencia. Gala B, Romeo S, Pérez M. Index Enfermería. Granada. 2006; Vol15 Nº 54.
5. Creando valor a través de la Gestión por Competencias. Jiménez A, Sarrión M. Capital Humano. 2000Julio/Agosto; Nº 135.
6. Las competencias desde la perspectiva de los individuos II. Momolar P. Capital Competencial. 2001 Diciembre; Nº 150.
7. Crisis de las Direcciones de Enfermería. Benítez A. (Profesor asociado Clínico Médico quirúrgica II Departamento de enfermería. Facultad Ciencias de la Salud U.M.A.) Málaga 5 Junio 2004.
8. La gestión por competencias: Una revisión crítica. Soto A. Capital Humano. 2002 Octubre; Nº159.

9. Las competencias desde la perspectiva de los individuos I. Momolar P. Capital Competencial. 2001 Noviembre; Nº 149.
10. Instituto superior de Investigación para la Calidad Sanitaria. Memoria 2004. ISICS, Madrid. 2004.
11. La nueva formación de profesionales: sobre la competencia profesional y la competencia del estudiante de enfermería. Falcó A. Educación Médica. 2004; 7(1): 42-45.
12. Asumiendo competencias desde la aplicación NANDA NIC NOC en la práctica clínica. Álvarez T, Fernández MA, Álvarez F, López C, Lago A. Enfermería Global. 2007 Mayo; Nº10: 1-7.
13. Competencias en investigación para diferentes niveles de formación de enfermeras: Una perspectiva latinoamericana. Harrison L, Ray A, Cianelli R, Rivera M, Urrutia M. Ciencia y Enfermería XI. 2005;(1):59-71.
14. Análisis de la identidad profesional de la competencia educadora de la enfermería. Chocarro L, Guerrero R, Venturini C, Salvadores P. Cultura de los Cuidados. 2004 1^{er} Semestre; Año VIII; Nº 15.
15. El espacio Europeo de Educación Superior y las competencias enfermeras. Palomino PA, Frías A, Grande ML, Hernández ML, Del Pino R. Index de Enfermería [Index Enferm] 2005;48-49:50-53.
16. Managerial leadership for nurses use of research evidence: an integrative review of the literature. Gifford W, Davies B, Edwards N, Griffin P, Lybanon V. Worldviews Evidence Based Nurses. 2007;4(3):126-145.
17. Insights about the process and impact of implementing nursing guidelines on delivery of care hospitals and community settings. Davies B, Edwards N, Ploeg J, Virani T. BMC Health Serv Res. 2008 Feb;2;8:29.
18. Competence profiles of recently registered nurses working in intensive and emergency settings. Salonen AH, Kaunonen M, Meretoja R, Tarkka MT. Journal of Nursing Management. 2007 Nov;15(8):792-800.
19. El papel de la educadora en la evaluación clínica de enfermería competencia, Linda A Schoene LA, Kanusky CA. MHHS, Houston, TX, 77074. 2007.

HIPÓTESIS

Un mayor nivel de Competencias Enfermeras mejora la Satisfacción de los Pacientes.

OBJETIVOS

Objetivo Principal

Estimar el grado de satisfacción del paciente con las competencias enfermeras al alta hospitalaria, en Unidades Médico Quirúrgicas del Hospital Universitario La Paz.

Objetivos Secundarios

- Señalar los requisitos necesarios para conseguir incrementar la visión de las competencias enfermeras por parte del paciente.
- Conocer cómo varía la percepción de las competencias en los diferentes rangos de edad de los pacientes.
- Determinar si la duración de la estancia hospitalaria influye en el grado de satisfacción.
- Identificar el nivel medio de Competencias de la enfermería en cada una de las unidades y el global.
- Comprobar si los años de desempeño profesional determinan el nivel de competencias.
- Detectar las mejoras necesarias para conseguir un nivel de excelencia.
- Identificar globalmente y uno a uno los aspectos de mejora.
- Definir los planes de mejora a desarrollar por unidad y los globales.

METODOLOGÍA

Tipo de Investigación

Estudio Observacional Ecológico.

Ámbito del Estudio

Unidades de Hospitalización Médico Quirúrgicas de adultos del Hospital Universitario La Paz.

Población Diana

Pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización Médico Quirúrgicas del Hospital Universitario La Paz, agrupados en 22 unidades.

Personal de Enfermería que trabaja en las 22 Unidades de Hospitalización Médico Quirúrgicas.

Métodos de muestro

- Altas hospitalarias de las 22 unidades médico quirúrgicas, 36.085 pacientes dados de alta en 2008 y total de enfermería de las mismas, 405 enfermeras.
- Muestra:
 - ✓ Muestra de pacientes, muestra en el tiempo, de todos los cuestionarios que se realicen en un año y de los pacientes que cumplan el criterio de inclusión días/estancia; 26.100 pacientes en las 22 unidades en 2008.
 - ✓ Muestra enfermeras, la totalidad de enfermeras elegibles que cumplan el criterio de inclusión: 250 enfermeras.
- Tipo de muestra. Muestra de Conveniencia, reclutar el máximo de cuestionarios en un plazo de tiempo razonable (1 año).
- Criterios de inclusión
 - ✓ Pacientes ingresados en Unidades Médico Quirúrgicas, con alta prevista en un tiempo no superior a 24 horas y una estancia mínima de 4 días.
 - ✓ Enfermeras que trabajen en la unidad con un tiempo no inferior a un año.
- Criterios de exclusión
 - ✓ Rechazo a realizar el cuestionario por parte del paciente.
 - ✓ Rechazo a ser valorada por competencias de la enfermera.

Variables del estudio

- **Variables agregadas**, todas las variables se miden de forma agregada por unidad.
 - ✓ Medir los efectos por unidad de estudio.
 - ✓ Medir por unidad y agregar.
- **Dependiente**
 - ✓ Grado de satisfacción del paciente.

- **Independientes**

- ✓ Descriptivos de la persona:
 - Edad.
 - Sexo.
- ✓ Nivel medio de Competencias de Enfermería.
- ✓ Medidas de Competencias Globales.
- ✓ Medidas de Competencias estratificadas:
 - Conocimientos.
 - Habilidades.
 - Actitudes.
- ✓ Medidas de Competencias Globales por unidad.
- ✓ Medidas de Competencias estratificadas por unidad:
 - Conocimientos.
 - Habilidades.
 - Actitudes.
- ✓ Medida del grado de satisfacción del paciente global.
- ✓ Medida del grado de satisfacción del paciente por unidad.
- ✓ Medida del grado de satisfacción del paciente por nivel de competencia global.
- ✓ Medida del grado de satisfacción del paciente por nivel de competencia por unidad.
- ✓ Medida del grado de satisfacción del paciente en función de los días de estancia hospitalaria.
- ✓ Medida del grado de satisfacción del paciente frente a los años de experiencia profesional global.
- ✓ Medida del grado de satisfacción del paciente frente a los años de experiencia profesional por unidad.

- **Variables de Complejidad**

- ✓ Separar o estratificar la complejidad entre una unidad médica y una quirúrgica.
- ✓ Las competencias enfermeras necesarias entre unidades médico quirúrgicas no son las mismas.

- **Escalas de medida**

- ✓ Nominal: sexo.
- ✓ Ordinal: satisfacción del paciente, Nivel de Competencias.
- ✓ Continua: edad del paciente.
- ✓ Discreta: días de estancia, años de experiencia profesional, a efectos se tratan como cualitativas continuas.

Limitaciones del estudio

Las propias derivadas de ser un estudio ecológico. Falacia ecológica, no hay asignación individual del riesgo, sesgo debido a que la asociación encontrada entre variables a nivel poblacional no tiene por qué existir a nivel individual. No pueden evaluar hipótesis etiológicas, pero son una buena fuente para generarlas. Son particularmente susceptibles del sesgo de información.

La diversidad intrínseca de la complejidad controlado en el análisis entre unas unidades y otras que puede derivar en el que el nivel de competencias necesarias sea distinto.

Aspectos éticos

El rechazo a responder al cuestionario no supone ninguna merma en el trato que va a recibir el paciente.

Garantía de confidencialidad de datos.

Protocolo reglado y explicativo, el paciente no está obligado a realizarlo y el no hacerlo no supone ningún problema.

Métodos de recogida de la información

Instrumentos de medida:

- Escala de Valoración por Competencias de Enfermería, compuesta de tres apartados:
 - ✓ Conocimientos.
 - ✓ Habilidades.
 - ✓ Actitudes.
- Valoración de Competencias obtenida del Servicio Andaluz de Salud a través de su página web. Existen otras valoraciones en la literatura pero es esta la que más se ajusta a la población a estudio. Existen varias publicaciones de la valoración por competencias realizadas por Meretoja R^(1,2,3) y que ha sido empleada con el mismo fin por otros autores; sin embargo se opta por la del SAS (Anexo I) por la similitud de la población a estudio.
- Cuestionario de satisfacción al paciente. Realizado en base a la descripción de las Competencias Globales y Estratificadas.

Métodos estadísticos

Los datos se tratarán estadísticamente con el programa SPSS versión 9.

- Descriptivo general con medias, desviaciones estándar para cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas expresadas en porcentaje para cualitativas. Cuando se considere necesario el análisis descriptivo de las variables cualitativas se representará de forma gráfica como sectores o barras.
- Coeficiente de Correlación de Spearman, son dos ordinales de corto rango.
- Tabla de Contingencia con Chi-Cuadrado o test de Fisher cuando sea necesario.
- Medidas de asociación: Tablas de Contingencia y Odds Ratio.
- Estratificar mediante Análisis de Regresión Lineal Múltiple.
- Análisis de la base de datos.

Estudio Univariante

Las comparaciones entre variables cuantitativas se realizarán principalmente mediante la *t* de Student para datos independientes.

El análisis de frecuencias entre variables cualitativas se realizará mediante el test exacto de Fisher.

Estudio Multivariante

Se realizarán varios modelos multivariantes mediante regresión lineal múltiple, con el fin de controlar posibles factores de confusión, así como identificar los factores que definitivamente se asocian de forma independiente con la variable dependiente (grado de satisfacción) y la magnitud de su efecto.

Cronograma de Trabajo

Etapas de desarrollo:

- Revisión del diseño del estudio (6 meses).
 - ✓ Actualización de la búsqueda bibliográfica.
 - ✓ Reelaboración del marco teórico del estudio.
 - ✓ Planteamiento estadístico para el análisis de los datos.
 - ✓ Realización y Validación del cuestionario de satisfacción del paciente por grupo de expertos.

- ✓ Elaboración del manual de orientación para la valoración por competencias.
- ✓ Realización de un protocolo reglado y explicativo de la información al paciente en la entrega del cuestionario.

- Trabajo de campo (1 año).
 - ✓ Elaboración de la base de datos.
 - ✓ Elaboración de un manual de orientación dirigido a los supervisores que realizarán la valoración.
 - ✓ Realización de valoraciones de Competencias a Enfermería.
 - ✓ Realización del cuestionario a los pacientes.
 - ✓ Para la recogida de los cuestionarios se dispondrán todos los recursos necesarios: reuniones de enfermería, buzón de recogida, etc.

- Difusión del estudio (6 meses).
 - ✓ Análisis estadístico.
 - ✓ Actualización bibliográfica.
 - ✓ Discusión de resultados.
 - ✓ Elaboración del informe final.
 - ✓ Publicación del estudio.

Distribución de tareas

- Los supervisores realizarán la valoración por Competencias del personal de enfermería.

- El grupo de supervisores participará en la elaboración del manual de orientación para la valoración por competencias.

- Elaboración del cuestionario de satisfacción del paciente por un equipo multidisciplinar, formado por supervisores, enfermeras, servicio de atención al paciente, departamento de calidad y departamento investigación⁽⁴⁾.

- El equipo multidisciplinar realizará el diseño y elaboración de un protocolo reglado y explicativo, conteniendo la información previa que dar al paciente a la entrega del cuestionario.

Lugar de realización del proyecto

22 Unidades de Hospitalización Médico Quirúrgicas del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nurse competence scale: development and psychometric testing. Meretoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H. *Journal of Advanced Nursing*. 2004.
2. Competence profiles of recently registered nurses working in intensive and emergency settings. Salonen AH, Kaunonen M, Meretoja R, Tarkka MT. *Journal of Nursing Management*. 2007 Nov;15(8):792-800.
3. Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. Meretoja R, Isoaha H, Leino-Kilpi H. *Journal of Advanced Nursing*. Date: 2004 July; Volume 47, Issue 2: 124-133.
4. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de un hospital de Madrid en 2006. Granado S, Rodríguez C, Olmedo MC, Chacón A, Vigil D, Rodríguez P. *Rev. Española de Salud Pública*. 2007;81:637-645.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

1. Comparison of nurse competence in different hospital work environments. Meretoja R, Leino-Kilpi H. *Journal of Nursing Management*. 2004 September; 12(5): 329-336.
2. Instruments for evaluating nurse competence. Meretoja R, Leino-Kilpi H. *JONA: The Journal of Nursing Administration*: 2001 July/August;13(7/8):346-352.
3. Indicators for competent nursing practice. Meretoja R, Eriksson E, Leino-Kilpi H. *Journal of Nursing Management*. 2002.
4. Factors related to the nursing student-patient relationship: the patients' perspective. Suikkala A, Leino-Kilpi H, Katajisto J. *Scand J Caring Sci*. 2009.
5. Estructura y la fiabilidad de Ware del Cuestionario de Satisfacción del Paciente III: pacientes con satisfacción la atención oncológica en los Países Bajos Hagedoorn, M.; Uijl, SG; van Sonderen, E.; Ranchor, AV; Groel, BM, Nutria, R.; Krol, B., Van den Heuvel, W.; Sanderman, R. *Atención Médica*. 2007;254-263.
6. Adaptación española de una escala para medir la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería. Primeros resultados. Cabrero J, Richart M. Hospital de Elche, Residencia General de Alicante y Hospital General de Alicante.

7. Apuntes de Estadística, Epidemiología y Proyecto de Investigación del postgrado de Investigación en Cuidados. Curso 2008/09.
8. Satisfacción de los pacientes según diagnóstico motivo de ingreso: diferencias entre las expectativas previas al ingreso y la calidad percibida al alta. Lledó R.
9. La utilización de variables cualitativas y el análisis de datos categóricos en la investigación empírica en contabilidad. Stella C. 12mo. Encuentro universitario de investigadores del área contable. Catamarca 2006 Julio.
10. Fundamentos de epidemiología. Ahlbom A, Alfredsson L, Alfvén T, Bennet A. Siglo XXI de España Editores, 6ª edición en español, 2007 Octubre.

RECURSOS ELECTRÓNICOS

1. Asociación de variables cualitativas: test de Chi-cuadrado. Pita S, Pértega S. <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/chi/chi.asp>. Consultado el 25/3/2009.
2. Estudios Ecológicos. Mackey ME. <http://www.clicktoconvert.com>
3. Diseños Ecológicos. Segura AM. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquía. 2003 Enero. angelasegura@epm.net.co
4. Cuestionario sobre satisfacción con la información (ISQ)[©]. <http://www.cancernet.co.uk/isq-spanish.htm>. Consultado 19/3/2009.
5. Diario Enfermero. Encuestas en EL PAÍS.com. Disponible en: <http://www.elpais.com/encuestas/resultados>. 2009

Recibido: 16 marzo 2010.

Aceptado: 24 mayo 2010.