

Càtedra de Gestió,  
Direcció i Administració  
Sanitàries UAB

# MAPA DE COMPETENCIAS DE LOS DIRECTIVOS DE ATENCION PRIMARIA

ANALISIS Y DEFINICION DE LAS COMPETENCIAS  
ORGANIZACIONALES DE LOS DIRECTIVOS DE  
ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN CATALUÑA

## AUTORES:

**Ricard GUTIÉRREZ MARTÍ.** Càtedra de Gestió, Direcció i Administracions Sanitàries. Fundació Doctor Robert. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).

**Maite MARTÍNEZ GONZÁLEZ.** Departament de Psicologia Social. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Responsable de la Unitat d'Investigació del Management.

**Susana PALLARÉS PAREJO.** Departament de Psicologia Social. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).

**Pere TORÁN MONSERRAT.** Unitat de Suport a la Recerca del Barcelonès Nord i Maresme. Institut Català de la Salut-Institut d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP).

## INDICE

RESUMEN EJECUTIVO _____	3
INTRODUCCION Y MARCO TEORICO _____	4
ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA _____	11
HIPOTESIS _____	13
OBJETIVOS _____	13
METODOLOGIA _____	14
RESULTADOS _____	27
DISCUSION _____	35
APLICABILIDAD _____	37
CONCLUSIONES _____	38
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS _____	40

## RESUMEN EJECUTIVO

### **ANALISIS Y DEFINICION DE LAS COMPETENCIAS ORGANIZACIONALES DE LOS DIRECTIVOS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN CATALUÑA.**

#### **Justificación:**

El conocimiento de las competencias profesionales es motivo actualmente de interés y estudio en el ámbito de la investigación de las organizaciones y, concretamente, en el campo de las políticas de recursos humanos. Los estudios en relación con las competencias profesionales han puesto de manifiesto claras ventajas para las organizaciones o instituciones que las analizan, ya que ponen de relieve la importancia del capital humano, aportan capacidad de adaptación a los cambios y crean una cultura de aprendizaje continuo.

Con relación a los profesionales en puestos directivos de servicios de atención primaria de salud, se percibe cierto desarrollo en la definición de tareas y funciones a desarrollar en el puesto de trabajo, pero existe una distancia no resuelta entre la definición de esas tareas y funciones a desempeñar y el conocimiento de las habilidades y competencias profesionales para desarrollar dicha función directiva.

#### **Objetivo:**

**Mejorar la eficiencia de las organizaciones de atención primaria de salud mediante el conocimiento del mapa de competencias necesarias para desempeñar las funciones de dirección de los servicios y centros de atención primaria de la sanidad pública de Cataluña.**

#### **Metodología:**

Se plantea la utilización de técnicas cualitativas y cuantitativas en dos fases:

FASE I: Estudio cualitativo para la definición y el establecimiento del mapa competencial de los profesionales que ocupan puestos directivos. Se utilizan técnicas de entrevistas individuales basadas en el análisis de incidentes críticos, grupos focales y cuestionarios *in situ* con informadores clave procedentes del sector y actividad objeto del estudio.

FASE II: Estudio cuantitativo de validación y priorización de las competencias definidas en el mapa, siendo objeto de estudio toda la población de profesionales en funciones directivas en centros y servicios de atención primaria de Cataluña.

#### **Resultados:**

Se presentan resultados de la primera fase del estudio, que ha permitido identificar 15 competencias nucleares para el ejercicio de la función directiva (*core skills*) en atención primaria, así como una serie de indicadores expresados en comportamientos observables de la presencia de dichas competencias en el quehacer diario de los directivos.

A partir de estas competencias definidas y de sus indicadores se ha elaborado **un cuestionario de competencias transversales** con el objetivo de determinar la representatividad de diferentes competencias con relación a la labor de los profesionales que desempeñan funciones directivas.

La validación de este cuestionario como instrumento que permita identificar y discriminar niveles competenciales es el paso siguiente que se plantea nuestra investigación.

## INTRODUCCION Y MARCO TEORICO:

Del compromiso moral con los ciudadanos por asegurar las buenas prácticas de los profesionales durante toda su trayectoria<sup>1</sup>, nace la necesidad de desarrollar instrumentos evaluativos que permitan evidenciar las competencias consolidadas y las áreas de mejora, conscientes o inconscientes, de estos profesionales. Esta reflexión, realizada inicialmente desde el terreno asistencial, debería ser asimilable a todas las estructuras de las organizaciones de servicios de salud y, por tanto también, a todos los niveles directivos.

En el entorno de los servicios de salud persiste como elemento crítico un cierto conflicto permanente entre la "cultura clínica" y la "cultura de gestión". Además se detecta como necesidad imperiosa el avanzar en una definición y mantenimiento de competencias, adecuadas a cada puesto que los profesionales ocupan en las organizaciones y actualizadas para cada momento de su trayectoria profesional<sup>2</sup>.

El análisis de las competencias que definen a los directivos de servicios y centros de atención primaria adquiere actualmente un elevado interés para el sector, ya que se está rediseñando y modernizando la institución sanitaria en Cataluña dentro del propio sistema sanitario catalán. El presente trabajo se centra en la definición y priorización de las competencias necesarias para asumir puestos de responsabilidad gestora en los diversos niveles organizacionales, desde las gerencias y servicios de atención primaria hasta los directores de equipos de atención primaria.

El conocimiento y definición de estas competencias directivas puede tener implicaciones directas en las políticas de selección de recursos humanos de las diferentes organizaciones, en los mecanismos de evaluación de la función directiva y en el establecimiento de un marco de promoción profesional y desarrollo de la carrera profesional.

Nuestro acercamiento al concepto de competencias y su validación posterior en el colectivo de directivos de atención primaria de Cataluña se realiza en dos fases. Un primer estudio cualitativo nos permitirá realizar el análisis de las funciones, habilidades y competencias de estos directivos a partir del estudio de su trabajo diario sobre el terreno (**qué** hace y **cómo** lo ejecuta), obteniéndose así un **mapa de competencias** para los directivos de atención primaria. En una segunda fase se pretende validar el instrumento y establecer una priorización (*cluster*) de las competencias a partir del análisis de la información recogida en toda la población de directivos de atención primaria de Cataluña.

En este informe presentamos la metodología propuesta para ambas fases del estudio y los resultados obtenidos de la primera fase de definición del mapa de competencias.

### **El Sistema Sanitario en Cataluña, la Atención Primaria y el Institut Català de la Salut**

En 1985 se promulgó el decreto de medidas para la reforma de la Atención Primaria (AP) en Cataluña, que señalaba los niveles directivos dentro de los Equipos de Atención Primaria (EAP), nombrándolos como Coordinador Médico y Adjunto de Enfermería, y asignándoles una serie de funciones directivas, además de las "tareas propias como médico (o enfermera) del Equipo de Atención Primaria"<sup>3</sup> (tabla 1).

**Tabla 1. Definición de funciones y tareas del Coordinador/a Médico y Adjunto/a de enfermería.**

Coordinador/a Médico	Adjunto/a de Enfermería
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tareas <b>propias como médico</b> del Equipo de Atención Primaria<sup>a,b</sup>.</li> <li>• <b>Integración y armonización de las actividades de los profesionales</b> sanitarios y no sanitarios que forman el EAP, con independencia del régimen jurídico que les sea de aplicación, y de aquellos que colaboran con el Equipo<sup>a,b</sup>.</li> <li>• La <b>coordinación</b> con el resto de EAPs del sector, con los servicios y las instituciones sanitarias y la población<sup>a,b</sup>.</li> <li>• <b>Dirección y coordinación de todas las actividades y servicios del equipo</b>, garantizando su planificación, organización, ejecución y evaluación, velando por la eficiencia y la calidad de la atención prestada<sup>b</sup>.</li> <li>• Asegurar el <b>correcto funcionamiento del Equipo</b>, a través de la gestión del personal y de los recursos materiales<sup>b</sup>.</li> <li>• <b>Representación del Equipo</b> ante instancias superiores<sup>b</sup>.</li> <li>• Procurar la <b>actualización</b> del Reglamento de Régimen Interno<sup>b</sup>.</li> <li>• Elaborar la <b>memoria anual</b> de actividades<sup>b</sup>.</li> <li>• Ejercicio de aquellas funciones que le atribuyan los órganos superiores<sup>b</sup>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colabora con el coordinador médico y es <b>responsable directo del personal auxiliar</b> sanitario del EAP<sup>a,b</sup>.</li> <li>• Tareas <b>propias como ATS/Diplomado</b> en enfermería de atención primaria<sup>a,b</sup>.</li> <li>• <b>Organización, coordinación y evaluación</b> de las tareas de enfermería, así como la asignación de funciones al personal auxiliar sanitario<sup>a</sup>.</li> <li>• Promoción y participación en los <b>programas de formación continuada y reciclaje</b> del personal de enfermería<sup>a,b</sup>.</li> <li>• Colaborar con el director del Equipo en la gestión del personal y de los recursos materiales<sup>b</sup>.</li> <li>• <b>Promover la formación continuada</b> de todo el equipo de acuerdo con las indicaciones del director y los objetivos del Equipo<sup>b</sup>.</li> <li>• <b>Velar por el adecuado registro y procesamiento de la información</b>, la evaluación de su calidad y su utilización por el Equipo<sup>b</sup>.</li> <li>• <b>Asumir las funciones del director del Equipo</b> en caso de ausencia, enfermedad o vacante.</li> <li>• <b>Todas aquellas funciones que le sean encomendadas</b> por el director del Equipo<sup>b</sup>.</li> </ul>
<p><b>Fuente:</b></p> <p>a. <b>Decret 84/1985 de 21 de març, de Mesures per a la Reforma de l'Atenció Primària de Salut a Catalunya.</b></p> <p>b. <b>Decret 53/2006, de 28 de març, de mesures de reforma de l'Institut Català de la Salut.</b></p>	

En ambos casos se especificaba que el cargo recaía en un miembro del equipo, por un período de tiempo determinado, y que la selección se basaba en los principios de objetividad y concurso de méritos. En paralelo se reconocían complementos retributivos específicos para esta función directiva, con dos niveles según la complejidad de los equipos, fundamentalmente por el número de profesionales y número de municipios que configuraban el Área Básica de Salud<sup>4-5</sup>.

La Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC)<sup>6</sup> establece la separación entre la planificación y compra de servicios, que asume el Servei Català de la Salut (tabla 2), y la provisión de los mismos por parte de entidades (con diversidad de fórmulas de gestión) a las que el Servei Català de la Salut contrata actividad, en un marco de mercado interno regulado. Se establece, así mismo, el Pla de Salut de Catalunya como instrumento principal de la planificación sanitaria.

**Tabla 2. Finalidades del Servei Català de la Salut. Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC).**

<b>Finalidades del Servei Català de la Salut. Artículo 6 LOSC.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuada distribución de los recursos sanitarios en todo el territorio, teniendo en cuenta las características socioeconómicas, sanitarias y poblacionales de Cataluña.</li> <li>• Óptima distribución de los medios económicos afectos a la financiación de los servicios y las prestaciones que configuran el sistema sanitario público y de cobertura pública.</li> <li>• Coordinación de todo el dispositivo sanitario público y de cobertura pública, y la mejor utilización de los recursos disponibles.</li> <li>• Integración de las actuaciones existentes relativas a la protección y mejora de la salud de la población.</li> <li>• Prestación de los servicios de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad, de asistencia sanitaria y sociosanitaria y de rehabilitación, de carácter individual o colectivo, y su extensión progresiva a todos los ciudadanos.</li> <li>• La humanización de los servicios sanitarios, manteniendo el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual.</li> <li>• La mejora y el cambio progresivo hacia la calidad y la modernización de los servicios.</li> <li>• El estímulo y el sostén de la investigación científica en el ámbito de la salud.</li> <li>• La actualización armónica, eficiente y coordinada del sistema sanitario público de Cataluña, tanto de los equipamientos como de los medios técnicos y personales.</li> </ul>

La evolución del sistema, con una clara separación entre financiación (Departament de Salut), compra (Servei Català de la Salut) y provisión de servicios (diversidad de entidades proveedoras); reubicó al Institut Català de la Salut (ICS) como una entidad exclusivamente proveedora de servicios asistenciales, que debía adaptar sus estructuras de gestión a este cometido<sup>7</sup>. Esta situación supuso un punto de inflexión en la trayectoria y desarrollo del ICS, el cual tuvo que reinventar una estructura organizativa y funcional capaz de dar respuesta a la nueva misión que le había sido encomendada en un entorno complejo y competitivo entre los diversos proveedores del sistema, y no ya como único planificador y proveedor de servicios de salud públicos.

Esta nueva misión se nucleó en torno a dos ejes fundamentales que definieron el nuevo modelo organizacional. Por un lado, se trataba de mejorar los resultados para conseguir una posición que permitiera un equilibrio favorable y sostenible en el tiempo, y por otro lado, desarrollar una cultura organizativa basada en el servicio al cliente, la satisfacción personal y profesional de sus miembros, y el sentimiento de pertenencia a la institución ICS.

Conviene recordar que el ICS es el proveedor mayoritario de servicios de atención primaria en Cataluña, con 8 hospitales, más de 450 unidades de atención primaria y más de 32.000 profesionales. Estos centros de atención primaria proporcionan habitualmente atención sanitaria a unos de 5 millones y medio de personas, alrededor del 80% de la población. El año 2006 se realizaron más de 40 millones de visitas en sus centros de atención primaria<sup>8</sup>.

El decreto 277/2001 reconocía como órganos de dirección de la atención primaria del ICS a las gerencias de ámbito y a las direcciones de servicio de atención primaria, a las que atribuye funciones y estructuras específicas<sup>7</sup> (tabla 3); quedaban así delimitados dos niveles directivos, que con las sucesivas modernizaciones de la institución<sup>9,10</sup> prevalecen hasta la actualidad, y que son la base de la que hemos partido para intentar delimitar las diversas competencias y habilidades directivas propias de cada nivel:

**Nivel 1 (N-1):** Directivos de los Equipos de Atención Primaria y Unidades Productivas de Atención Primaria.

**Nivel 2 (N-2):** Directivos de las Gerencias de Ámbito (GA, actualmente Direcciones de Atención Primaria) y de los Servicios de Atención Primaria (SAP).

**Tabla 3. Funciones de las Gerencias de Ámbito y de los Servicios de Atención Primaria del Institut Català de la Salut (Decret 277/2001)**

Gerencias de Ámbito*	Servicios de Atención Primaria (SAP)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Representar al ICS en la atención primaria dentro de su ámbito territorial o funcional.</li> <li>• Elaborar propuestas de presupuesto, plan de actividades y plan de inversiones, responsabilización sobre el control presupuestario.</li> <li>• Dirigir y supervisar la actividad asistencial de sus servicios adscritos, garantizar la equidad territorial en coordinación con el resto de niveles asistenciales.</li> <li>• Impulsar el diseño e implantación de programas de prestación de servicios asistenciales.</li> <li>• Dirigir los recursos humanos adscritos y representar al ICS en la junta de personal correspondiente.</li> <li>• Promover la utilización adecuada del medicamento y evaluar la prescripción farmacéutica de los servicios de atención primaria adscritos al ámbito.</li> <li>• Analizar y evaluar la información asistencial y epidemiológica.</li> <li>• Aprobar e impulsar los planes de actividades de prevención de riesgos laborales.</li> <li>• Implantar y evaluar los procesos de soporte aprobados por el Comité de Dirección.</li> <li>• Proporcionar soporte administrativo y técnico a los servicios de atención primaria en materia de gestión de recursos humanos y de gestión económica y logística.</li> <li>• Gestionar las actividades docentes de pregrado y postgrado, de formación continuada y de investigación que realicen los profesionales de su ámbito.</li> <li>• El ejercicio de aquellas funciones que le atribuyan los órganos superiores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asumir la responsabilidad de la asistencia sanitaria en la población asignada, detectar sus necesidades de salud, y coordinar los servicios de soporte necesarios para su prestación.</li> <li>• Velar por la coordinación del SAP con las otras instituciones responsables de servicios sociales y sociosanitarios.</li> <li>• Dirigir y coordinar la asistencia sanitaria prestada por las unidades productivas que se integran en el servicio, coordinando los procesos de curas, la implantación de programas y protocolos asistenciales de enfermería, el control y la mejora de calidad y la adecuación de la prescripción farmacéutica.</li> <li>• Garantizar la accesibilidad, la disponibilidad y la calidad en la provisión de los servicios sanitarios de atención primaria, así como la cooperación con los servicios sociales.</li> <li>• Garantizar la continuidad asistencial entre los diferentes SAP, y con el nivel hospitalario.</li> <li>• Dirigir la implantación de actividades de evaluación de servicios sanitarios, así como las actividades de docencia e investigación.</li> <li>• El ejercicio de aquellas funciones que le atribuyan los órganos superiores.</li> </ul>

\* Actualmente Direcciones de Atención Primaria  
 \* El Decret 277/2001 contemplaba una estructura de 7 gerencias con diversos servicios de atención primaria, posteriormente se readaptó esta estructura territorial a 9 gerencias: Lleida, Pirineus, Tarragona, Terres de l'Ebre, Costa de Ponent, Barcelona Ciutat, Centre, Barcelonès Nord- Maresme y Girona.

El rasgo diferencial entre ambos niveles está en la mayor dedicación a tareas clínicas en el nivel 1, con un nivel de decisión mucho más próximo a la base de la organización y restringido al propio equipo o unidad productiva; mientras que el nivel 2 está casi exclusivamente centrado en tareas directivas y con niveles de decisión que abarcan a varios equipos y unidades productivas de un mismo territorio.

En el decreto de reforma del ICS<sup>9</sup> se perfilan las funciones de los directivos de Equipos de Atención Primaria (Tabla 1) que pasan a denominarse Directores de Equipo (antes coordinadores), especificándose que para su designación se tendrá en cuenta la acreditación de habilidades directivas respecto a las funciones propias de estos cargos.

La ley del ICS<sup>10</sup> aprobada en 2007, en un esfuerzo por modernizar la institución y convertirla en el instrumento de referencia en la política sanitaria de la Generalitat de Cataluña, promueve la transformación del Institut en una empresa pública. Uno de los objetivos principales de la ley es la descentralización del ICS, dotando a sus centros y servicios de mayor autonomía de gestión.

### **Las competencias profesionales**

El estudio de las competencias está ocupando actualmente un amplio espacio en la literatura del ámbito organizacional y concretamente en el campo de las políticas de recursos humanos. Muchas organizaciones están adoptando prácticas y sistemas de recursos humanos basadas en competencias, para encontrar una solución a los problemas de gestión y motivación de su personal en el nuevo entorno de trabajo. Se forma en competencias, se evalúa por competencias, se diseña la carrera del personal en competencias, etc.

El concepto, que tiene una larga historia en la Psicología Social desde que McGregor acuñara el término en los años 70, en la actualidad y en el contexto organizacional tiene tres representantes claros:

Perrenoud<sup>11</sup> define las competencias como: *Una capacidad de movilizar diversos recursos cognitivos para enfrentar un cierto tipo de situaciones.*

Boyatzis<sup>12</sup> había definido las competencias como: *Una característica subyacente de una persona la cual puede ser un motivo, un rasgo, una habilidad, un aspecto de su imagen personal o de su rol social o un cuerpo de conocimientos el cual, el o ella usa.*

Y, Le Boterf da otra definición<sup>13</sup>: *Es el resultado de una combinación pertinente de varios recursos (conocimientos, redes de información, redes de relación, saber hacer).*

La primera definición pone el acento en la capacidad para poner en marcha los recursos y capacidades que permiten a un buen profesional "salir" de las situaciones complejas en las que se mueve, y hacerlo de forma adecuada. En la segunda definición se acentúa la capacidad de la persona para optimizar sus propios recursos y resolver. Finalmente, la tercera definición apunta a que las competencias son el resultado de combinar motivos, conocimientos y valores que hacen que una persona actúe de una manera determinada y sea valorada como tal.

Podemos por tanto afirmar que las **competencias son las capacidades humanas susceptibles de ser medidas y que se necesitan para satisfacer con eficacia los niveles de rendimiento exigidos en el lugar de trabajo**<sup>14</sup>.



Los estudios en relación a las competencias profesionales han puesto en evidencia claras ventajas para las organizaciones o instituciones que las analizan, ya que :

- Ponen de relieve la importancia del capital humano para la organización.
- Aportan la flexibilidad necesaria para que la organización se adapte a los cambios mediante un correcto ajuste de la persona y las necesidades de los usuarios.
- Crean una cultura de aprendizaje continuo.

Hay que ser conscientes que la búsqueda de competencias supone sumergirse en un ambiente difuso, que requiere una exploración profunda. Las definiciones de competencia, tal como hemos señalado, nos hablan de construcciones hipotéticas a las que no se puede acceder directamente, pero de las cuales tenemos constancia a través del comportamiento visible o del desempeño de las personas. Ese es precisamente el propósito que perseguimos. A partir de la descripción de una serie de tareas más o menos cotidianas y determinantes según su complejidad, buscamos identificar una serie de rasgos, motivación, habilidades y conocimientos que llamamos competencias, y que resultan determinantes en el desempeño exitoso de una tarea.

Las competencias de directivos de atención primaria, como está pasando en otros colectivos de las organizaciones actuales, no tienen una definición clara. Se conocen las tareas y más concretamente las funciones que han de desarrollarse, pero el "cómo" llevarlas a cabo, lo que se espera que se haga en términos de competencias, queda desdibujado en la descripción del propio puesto de trabajo.

Podríamos afirmar que se desconocen las competencias, técnicas y genéricas (*core skills*), que dichos gestores deben poseer para realizar un desempeño eficiente en sus puestos de trabajo. ¿Cómo podemos seleccionar a la persona si desconocemos la mejor manera de actuar? ¿Cómo vamos a promocionar una persona si desconocemos no sólo su potencial sino el que necesitará en la nueva situación? Conocer lo que se tiene que hacer es fácil, no dejan de ser tareas más o menos complejas que vienen definidas la mayoría de las veces en un documento oficial (DOGC por ejemplo)<sup>3,7,9</sup>, pero la habilidad para hacerlas de una forma determinada que sean más eficaces para el servicio y las personas, nos remite al estudio de las competencias.

Producto de lo antes señalado, podemos afirmar que resulta imprescindible conocer si hay alguna distancia entre las tareas y responsabilidades que la normativa vigente y la organización asignan, y las que efectivamente se realizan o tienen que realizarse en contextos variados.

Estamos convencidos que la determinación de las competencias correspondientes a los cargos directivos de los responsables de los centros y servicios de atención primaria:

- Permitiría potenciar la gestión de dichos puestos de trabajo y por lo tanto la propia gestión de los centros, mejorando así la eficiencia de los recursos y posibilitando una administración adecuada a los principios de descentralización, desburocratización y modernización que el ICS pretende para sus centros y unidades productivas.
- Determinar las competencias adecuadas al puesto de trabajo también permitiría desplegar estrategias modernas de gestión de los recursos humanos,

como son la selección por competencias, la formación por competencias, la promoción profesional y la evaluación.

Para todo ello resulta imperativo conocer cuáles son efectivamente las tareas que los directivos realizan, y cuáles son las competencias que ponen en acción para la realización de éstas.

Si miramos a nuestro alrededor en el ámbito sanitario, otras instituciones como la Consejería de Salud en Andalucía<sup>15</sup> están iniciando nuevos modelos de gestión en salud basados en la gestión por competencias. Esta metodología, exportada desde otros entornos profesionales, se basa en la comparación entre el perfil que un determinado trabajo o rol profesional debe tener, con el perfil que la persona que lo ocupa presenta o debe presentar. La información así obtenida puede ser utilizada como base para la toma de decisiones a la hora de seleccionar profesionales, reconocimiento de sus méritos, promoción interna, reconocimiento o recompensa salarial, formación y planes de desarrollo individual o colectivo.

Estos modelos, utilizados para evaluar médicos o enfermeras, se basan en mapas competenciales formados por múltiples competencias nucleares tanto a nivel de conocimiento, como de habilidades y de actitudes, haciendo con frecuencia especial hincapié en la valoración de las competencias que se llaman genéricas (liderazgo, capacidad de aprendizaje, flexibilidad, creatividad, visión, trabajo en equipo, etc). Suele ocurrir frecuentemente que los mapas de competencias diseñados son muy extensos (por encima de 100 competencias) lo que los hace difícilmente manejables desde un punto de vista evaluativo.

Es por esto que nos parece mucho más interesante llevar a cabo un estudio en el propio contexto catalán, a partir de la realidad; preguntando, a los propios directivos y responsables de atención primaria, qué comportamientos desarrollan en sus puestos de trabajo para resolver los retos que les plantea el desempeño de las funciones y responsabilidades que tienen asignadas.

## ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La evolución de la atención primaria desde los inicios de la reforma ha ido acompañada de un aumento de la complejidad y tamaño de las organizaciones prestadoras de servicios. A lo largo de estos años las instituciones sanitarias de titularidad pública han desarrollado y evolucionado en su organización, estableciendo diferentes estructuras de gestión tanto a nivel central como en el territorio. En paralelo al desarrollo de estas estructuras de gestión, los textos legales han explicitado, de forma más o menos genérica, las funciones y tareas para los profesionales en puestos directivos (tablas 1 y 3) de los centros y servicios de atención primaria<sup>3,7,9,16,17</sup>.

El nuevo Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria<sup>18</sup> contempla la adquisición de competencias relacionadas con la gestión de la atención, como pueden ser la gestión clínica, el trabajo en equipo, la gestión de la actividad, los sistemas de información, la gestión de la calidad y la responsabilidad profesional. Al finalizar su periodo de formación, el médico especialista debería poder acreditar una cierta competencia en cada una de estas áreas.

En un trabajo previo a la implantación del nuevo programa, en el que se analizaron las percepciones de tutores y residentes de Medicina Familiar y Comunitaria sobre el grado de capacitación adquirida por los residentes al finalizar su periodo de formación de postgrado<sup>19</sup>, las competencias del área de aspectos organizativos obtuvieron una valoración (percepción del grado de capacitación adquirida) intermedia por parte de residentes (3.23 puntos sobre 5) y tutores (3.57 puntos sobre 5) que, a su vez, reconocían las dificultades para su aprendizaje. Creían también que este aprendizaje de competencias organizativas estaba fuertemente influenciado por el contexto organizacional de los propios centros docentes.

La asunción de cargos directivos no es fácil, requiere integrar múltiples y complejas funciones más allá de las competencias clínicas y habilidades prácticas en las que se forman los clínicos<sup>20,21</sup> para el ejercicio de la práctica profesional. De hecho, los profesionales que asumen responsabilidades de gestión en atención primaria proceden mayoritariamente de la práctica clínica, con escasa o nula formación específica de gestión o dirección; viéndose en la necesidad de adquirir este tipo de competencias a partir del autoaprendizaje intuitivo en el ejercicio del cargo. En esta dinámica los gestores procedentes de la práctica clínica se encuentran enfrentados a dilemas y contradicciones, generadas por su dicotómica óptica como clínicos asistenciales y como gestores<sup>22</sup>.

En una encuesta realizada a profesionales en puestos directivos de centros de atención primaria de Madrid<sup>23</sup> reconocían distribuir su tiempo en tareas de **coordinación** (26.3%), **dirección** (22%), **organización** (21.4%), **planificación** (15.8%) y **evaluación** (13.7%); mientras que la distribución deseada como óptima hubiera sido en la siguiente secuencia: planificación, dirección, coordinación, organización y evaluación. El 49% de los encuestados consideraban que la definición de funciones del puesto de trabajo estaba sólo "más o menos definida", el 14% consideraban que estaba "mal definida". Sólo el 3.1% la consideraban "muy bien definida" y el 33.8% "bien definida".

En este mismo trabajo se exploraron las características personales que los profesionales de los equipos directivos debían tener para el desarrollo de sus funciones. Los atributos principales priorizados por los encuestados fueron, por orden

de importancia: accesibilidad, adaptabilidad, discreción, persuasividad, diplomacia, amabilidad, tacto, firmeza y buen humor. Así mismo expresaron importantes necesidades de formación en las distintas funciones de la gestión.

En el estudio de Palacio Lapuente<sup>24</sup> sobre aspectos valorados por los profesionales como positivos en un centro de salud, concluían que éstos valoraban principalmente los aspectos relacionados con las actitudes hacia los pacientes y hacia los compañeros de equipo, así como la gestión directiva. Con relación a esta función directiva, los aspectos más valorados fueron: "el equipo directivo está motivado y es capaz de motivar", "facilita y da herramientas para resolver los problemas", "reconocen el esfuerzo para hacer bien el trabajo", "escuchan y tienen en cuenta lo escuchado para actuar", "el ahorro que genera el equipo revierte en el centro", "posibilitan la realización de formación continuada y de investigación", "disponen de los medios adecuados para resolver los problemas que corresponden a su nivel", "son accesibles", "los directivos conocen de manera directa el trabajo asistencial de cada profesional", "la selección de personal se basa en sus conocimientos, habilidades y actitudes", "los profesionales se sienten protegidos jurídicamente frente a eventuales denuncias".

Los profesionales de atención primaria requieren de sus directivos que reúnan un perfil configurado con rasgos para ser: equitativos, buenos comunicadores, que escuchen y sepan actuar, humanos en el trato, técnicamente competentes, capaces de resolver problemas, participativos, conocedores de la realidad, accesibles y que sepan reconocer las tareas y esfuerzo de las personas. La receta debería estar aderezada con valores orientados al desarrollo del sistema: confianza, autonomía, creatividad, potenciación, aprendizaje de los propios errores, riesgo, flexibilidad y alegría. Finalmente el directivo debería estar en proximidad con la realidad, útil en la toma de decisiones, resolutivo y con "ganas de trabajar", humano, respetuoso y que "confíe en la profesionalidad de sus colaboradores", independiente, maduro y valiente<sup>25</sup>.

Existen algunas aproximaciones para la definición y desarrollo de la función directiva en profesionales de la salud<sup>26-28</sup> y para su introducción en el currículum del médico de familia<sup>29</sup>.

Vemos, por tanto, que existe cierta definición de las funciones y de las tareas asociadas al puesto de trabajo como directivo de centros y servicios de atención primaria, incluso encontramos recomendaciones de las características personales o atributos que debería reunir la persona que quiera desempeñar esa función, pero no hemos encontrado en la literatura revisada ningún trabajo que profundice en la definición de las competencias directivas, entendiendo estas competencias no sólo como las características de las personas, sino también el cómo actúa y se comporta en situaciones profesionales o laborales determinadas.

Conseguir una definición de estas competencias, ordenarlas y priorizarlas configurando un mapa competencial de los directivos de atención primaria son los objetivos del presente trabajo.

## HIPOTESIS:

En nuestro proyecto no partimos de hipótesis preconcebidas que se quieran comprobar o contrastar con un estudio en Cataluña; sí pretendemos alcanzar una comprensión de la realidad en relación con los niveles y puestos directivos de la atención primaria de salud, ya que existe una distancia no resuelta entre la definición de tareas y funciones a desempeñar, y el conocimiento de las habilidades y competencias profesionales necesarias para desarrollar dicha función directiva.

La determinación del mapa de competencias correspondiente a la función directiva de los profesionales que ocupan puestos directivos de los centros y servicios de atención primaria, permitirá potenciar la gestión de dichos puestos de trabajo y, por lo tanto, la propia gestión de los centros. Este conocimiento será un instrumento que posibilite una utilización más eficiente de los recursos, permitiendo el desarrollo de una organización más ajustada a los principios de descentralización, desburocratización y modernización de la empresa pública prestadora de servicios de salud.

El hecho de tener explicitadas las competencias adecuadas al puesto de responsabilidad que ocupan los profesionales, también permitirá desplegar estrategias modernas de gestión de los recursos humanos, como son la selección ajustada a competencias, el desarrollo profesional continuo, la evaluación y la promoción profesional.

## OBJETIVOS:

### Objetivo general

Mejorar la eficiencia de las organizaciones de atención primaria de salud mediante el conocimiento del mapa de competencias necesarias para desempeñar las funciones de dirección en los Servicios y Centros de Atención Primaria de la sanidad pública de Cataluña.

### Objetivos específicos

- **Conocer las tareas y funciones que realizan** los directivos de atención primaria en relación con sus puestos de trabajo en la estructura directiva de las organizaciones.
- **Definir las tareas correspondientes** a los directivos y responsables de servicios y centros de atención primaria en función del nivel que ocupen en las estructuras directivas de las organizaciones.
- **Determinar las competencias asociadas al puesto de trabajo que han de tener los profesionales** que ocupan cargos de dirección-coordinación en el ámbito de la atención primaria para desarrollar las funciones que tienen asignadas.
- **Elaborar un instrumento de evaluación** de competencias para ser utilizado en los diversos niveles de dirección de centros y servicios de atención primaria de salud.

**METODOLOGIA:**

La población de estudio son los profesionales que desarrollan funciones directivas en centros y servicios de atención primaria de la red de centros de utilización pública de Cataluña. La entidad proveedora mayoritaria es el Institut Català de la Salut (ICS), aunque también se incluyen en el estudio directivos procedentes de las otras entidades proveedoras.

Sobre la base de la estructura organizacional del ICS (Equipos de Atención Primaria, Servicios de Atención Primaria –como agrupaciones de equipos- y Gerencias de Ámbito –como agrupaciones de Servicios-), la proximidad de los directivos a la base de la organización y la compaginación de tarea asistencial con funciones directivas, se categorizan dos niveles de dirección:

**Nivel 1:** Son los directivos más cercanos a la base de la estructura organizativa. Están al cargo de unidades productivas y su dedicación a la gestión-dirección habitualmente no es exclusiva, es decir que en diversas proporciones dedican parte de su tiempo a tareas asistenciales y a tareas directivas. Básicamente se trata de directores/as de equipo y adjuntos/as a la dirección. Generalmente, pero no siempre, los primeros son facultativos/as y los segundos diplomados/as en enfermería.

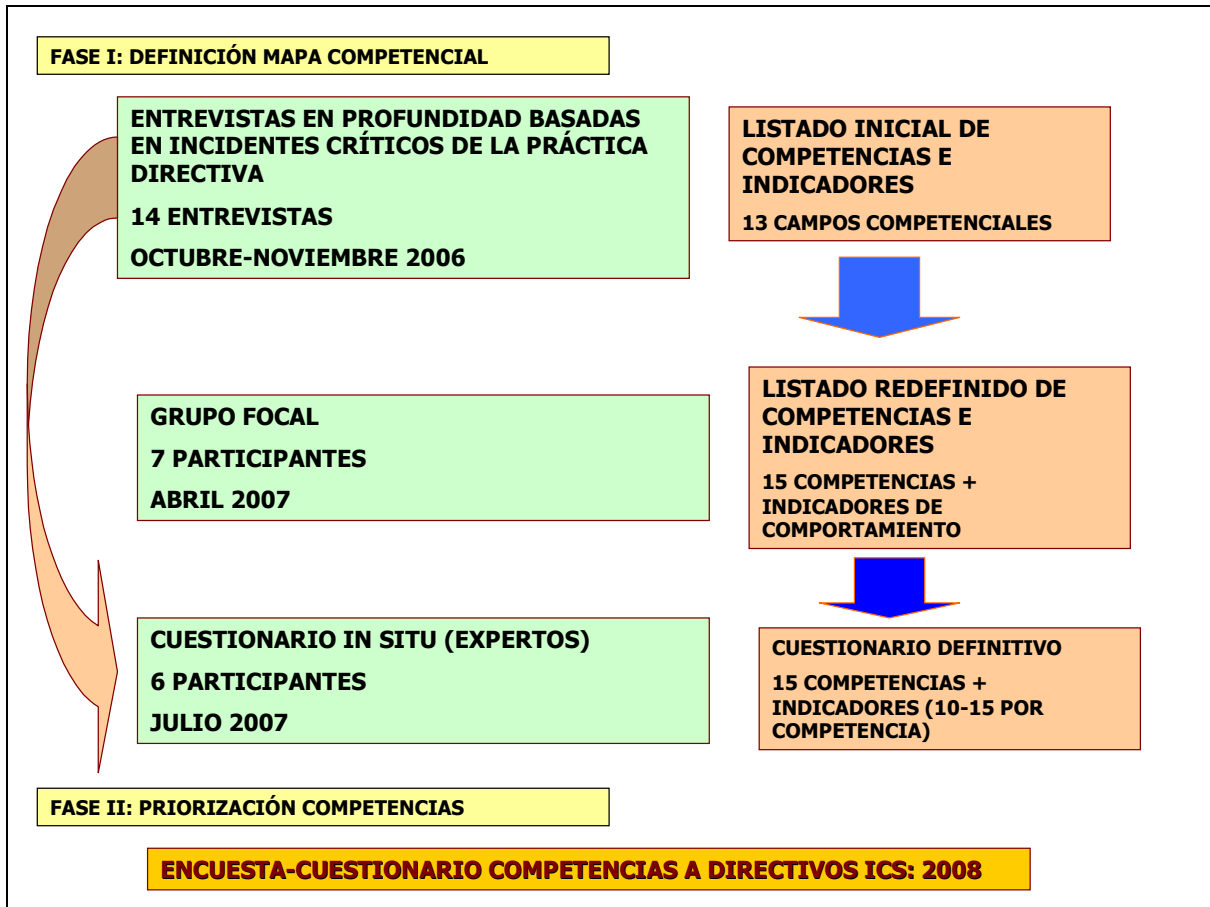
**Nivel 2:** Son directivos intermedios de las organizaciones. Están al cargo de agrupaciones de otras unidades de la organización. En la estructura del ICS son los Servicios de Atención Primaria (agrupación de unidades productivas de un territorio) o las Gerencias de Ámbito (agrupación de Servicios de Atención Primaria). En las otras entidades proveedoras encontramos una diversidad de modelos, con cierta tendencia a las organizaciones integradas; en este caso el nivel 2 correspondería a las direcciones asistenciales o estructuras similares. En este nivel habitualmente la dedicación es exclusiva a tareas directivas o de gestión y, aunque mayoritariamente los profesionales provienen de puestos asistenciales, no suelen compaginar los dos tipos de actividad.

Se plantea la utilización de técnicas cualitativas y cuantitativas para un estudio que se desarrolla en dos fases (figura 1):

- FASE I: Estudio cualitativo para la definición y establecimiento del mapa competencial de los profesionales que ocupan puestos directivos.
- FASE II: Estudio cuantitativo de validación y priorización de las competencias definidas en el mapa.

En este informe se presentan los resultados de la FASE I, de la que se realizó el trabajo de campo y análisis de la información obtenida durante el curso 2006-2007.

Figura 1. Esquema del estudio sobre competencias directivas en Atención Primaria



## **FASE I: ESTUDIO CUALITATIVO PARA LA DEFINICION Y ESTABLECIMIENTO DEL MAPA COMPETENCIAL.**

El objetivo de la investigación, su objeto y las dimensiones que se querían analizar en esta **primera fase**, han determinado la adopción de una **metodología cualitativa**. Además, los fundamentos teóricos, epistemológicos y las características técnicas de esta metodología, la hacen no únicamente pertinente para desarrollar esta investigación, sino que la convierten en una herramienta privilegiada para acceder a los procesos, acciones, procedimientos y prácticas que se van a estudiar, sus fundamentos y aspectos interiorizados (valores).

Aunque mediante el uso de los métodos cuantitativos sería posible obtener una "fotografía" razonablemente precisa del fenómeno que se pretende estudiar, no hemos creído aconsejable su uso en esta investigación. Tal y como se ha comentado en la introducción, el puesto de dirección o responsable de atención primaria ha sido definido más desde una perspectiva funcional que competencial, por lo que ofrecer a los profesionales un instrumento de competencias "estándar" para su reconocimiento en el puesto de trabajo, lo único que nos puede aportar es esa "fotografía" cliché de lo que "debería" ser.

A pesar que los métodos cuantitativos permiten la realización de un análisis extensivo y obtener una descripción bien delimitada, tienen el inconveniente de su exceso de concisión, la limitación por lo que respecta a la profundización en los procesos y la visión estática que proporcionan de los mismos. Uno de los propósitos de esta fase del estudio era trascender las respuestas estereotipadas que son las que comúnmente se pueden obtener mediante la utilización de encuestas, debido a que, con frecuencia, la cuantificación acostumbra a simplificar y ocultar los aspectos más sustantivos que se pretenden analizar. Sin embargo creemos conveniente que la metodología cuantitativa sea utilizada en la segunda fase del estudio para poder precisar los *clusters* de competencias en los dos ámbitos objeto de estudio.

La posibilidad de una profundización comprensiva e interpretativa mayor de los procesos estudiados, así como su análisis específico y pormenorizado, han aconsejado la articulación de un enfoque esencialmente cualitativo. Aunque exigen la concentración en ámbitos delimitados contextualmente y no permiten una universalización y/o extensión generalizada, hacen posible un estudio intensivo detallado y explicativo.

Eso es posible, fundamentalmente, gracias a dos razones: (a) la utilización de métodos cualitativos tiene como característica principal el análisis y la interpretación del significado que las personas dan a sus acciones y a las acciones de los demás, y (b) la utilización de métodos cualitativos requiere el trato directo, en los contextos particulares de relación y de diálogo, con las personas que interactúan en los entornos concretos y que participan en y de los procesos que se pretenden analizar<sup>30</sup>.

En situaciones como las planteadas en este estudio, en el que los contextos a investigar están claramente definidos (los servicios de atención primaria), no son muchos (Cataluña) y la población implicada es limitada (niveles N1 y N2), un planteamiento meramente extensivo no permitiría la realización de un análisis minucioso como el que propicia un enfoque intensivo. Por consiguiente han sido estas razones, tanto teórico-metodológicas como pragmáticas, las que han hecho particularmente conveniente la utilización de métodos cualitativos en la evaluación de



las competencias que se ponen en práctica al ejercer la función directiva en los profesionales de la Atención Primaria.

La adopción de esta perspectiva supone la asunción de ciertos principios básicos que orientan y sostienen el diseño y la ejecución de la investigación<sup>31</sup>. Estos principios se pueden sintetizar de la siguiente manera:

- a) El ámbito de la evaluación son las personas implicadas en el proceso.
- b) La principal finalidad es conseguir la optimización de las actividades.
- c) La evaluación se ha realizado por un agente externo a la organización.
- d) La recogida y el análisis de la información se ha diseñado y ejecutado aplicando criterios de máximo rigor.
- e) La evaluación se ha realizado en un contexto de diálogo y relación.
- f) La evaluación se ha realizado con el propósito de introducir mejoras.
- g) Las mejoras se producirán no sólo mediante un diagnóstico adecuado de las competencias sino por la ayuda que la información generada representará para los diferentes agentes implicados (instrumentos de evaluación).

## **DISEÑO Y PROCEDIMIENTOS**

A partir del objetivo de investigación definido, y siguiendo los criterios y principios especificados en los apartados precedentes, es posible establecer los ejes que articulan la investigación y que señalan las directrices por las que se conduce esta fase del estudio:

1. El FOCO de atención son los significados y las percepciones sobre lo que hacen los directivos.
2. Las TAREAS para realizarlo son de tipo organizacional, descriptivo e interpretativo.
3. Su carácter es INDUCTIVO.

Las técnicas utilizadas son:

1. Entrevistas individuales **(EI)**, abiertas, semiestructuradas y registradas mediante audiograbación.
2. Entrevistas grupales (*focus group*) abiertas **(GF)**, semiestructuradas y registradas mediante audiograbación.
3. Cuestionarios presenciales *in situ* **(CIS)**, registrados mediante audiograbación.

### **Muestreo:**

Se llevó a cabo un muestreo intencional y razonado<sup>31</sup>, que permitió recoger información de profesionales que ocuparan cargos directivos a diferentes niveles de las entidades proveedoras de servicios de atención primaria. La representatividad del discurso / significados, no estadística, justifica esta manera de proceder en los estudios cualitativos. **Interesa lo que se dice y quién** lo dice por su calidad de agente informante. Fue un muestreo acumulativo y secuencial hasta llegar a la saturación, es decir muchas más personas informando no aportaban nada más diferente a lo ya recogido por la muestra seleccionada. Por otro lado, fue un muestreo flexible, ya que nos permitió escoger las personas en función de los cargos y entornos en los que desempeñaban sus funciones directivas.

La selección de los participantes se basó en tres criterios que permitieran caracterizar el ámbito de la atención primaria, esto es: pertenecer a distintas unidades y entornos territoriales, enfrentarse a distintas gamas de tareas, y liderar equipos de trabajo de tamaños diversos.

En las EI participaron 14 informantes que en aquel momento ocupaban cargos de responsabilidad dentro de las respectivas organizaciones de atención primaria (Tabla 4). Se seleccionaron, mediante muestreo intencional, buscando la variación entre los diferentes entornos (rural, urbano, semiurbano), organizaciones (diversidad de proveedores) y niveles directivos representativos de la atención primaria de todo el territorio catalán. El muestreo se estratificó según los niveles directivos previamente definidos por el equipo investigador (Nivel 1 y Nivel 2), siendo entrevistados, finalmente, siete profesionales de cada nivel. Todos los informantes seleccionados aceptaron participar en el estudio, las entrevistas se realizaron en su lugar de trabajo por un entrevistador especialmente entrenado que conducía la conversación según el guión preestablecido para alcanzar los objetivos del estudio. Todas las conversaciones fueron audiograbadas previo consentimiento de los participantes.

**Tabla 4. Profesionales participantes en las Entrevistas Individuales (EI), según procedencia y nivel directivo.**

	<b>ESTAMENTO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>NIVEL</b>	<b>ENTORNO</b>
MUT *	FACULTATIVO	NO ICS	N-2	URBANO
JMR	FACULTATIVO	ICS	N-1	URBANO
XSA *	FACULTATIVO	NO ICS	N-1	URBANO
JVA	FACULTATIVO	ICS	N-2	SEMIURBANO
ERS *	ENFERMERIA	NO ICS	N-2	URBANO
XGT	FACULTATIVO	ICS	N-1	URBANO
GHR *	FACULTATIVO	ICS	N-1	RURAL
FRS	FACULTATIVO	ICS	N-2	RURAL
PSS	FACULTATIVO	ICS	N-2	RURAL
CSA	FACULTATIVO	ICS	N-2	RURAL
CGG	ENFERMERIA	NO ICS	N-2	URBANO
CSS	ENFERMERIA	ICS	N-1	SEMIURBANO
RPV *	ENFERMERIA	ICS	N-1	URBANO
PGR *	ENFERMERIA	ICS	N-1	RURAL
<b>* Participantes en la triangulación posterior mediante entrevistas <i>in situ</i></b>				

En lo referente al GF (Tabla 5) se homogeneizó su composición controlando los siguientes rasgos de los participantes: profesionales sanitarios con funciones directivas actuales en los dos niveles definidos por el equipo investigador, y profesionales con amplia trayectoria en gestión en cargos directivos de alto nivel en el momento de realizar la investigación. Finalmente aceptaron participar siete informantes y se realizó la sesión grupal en las dependencias de la Càtedra de Gestió, Direcció i Administració Sanitàries UAB (Barcelona).

**Tabla 5. Profesionales participantes en la sesión del Grupo Focal, según procedencia y nivel directivo.**

	<b>ESTAMENTO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>NIVEL</b>	<b>ENTORNO</b>
JC	ENFERMERIA	NO ICS	N-2	URBANO
JMP	FACULTATIVO	ICS	ALTA DIRECCIÓN	URBANO
XGT	FACULTATIVO	ICS	N-1	URBANO
CBV	ENFERMERIA	ICS	N-2	URBANO
JDM	FACULTATIVO	ICS	N-1	URBANO
JGB	FACULTATIVO	NO ICS	ALTA DIRECCIÓN	URBANO
PTM	FACULTATIVO	ICS	N-1	SEMIURBANO

A modo de devolución de la información y para posteriormente analizar expresiones clarificando conceptos, comprensión e interpretación de términos, se seleccionaron seis de los informadores que habían participado en las EI. A estos seis profesionales (tabla 4) se les pidió que contestaran el cuestionario, modificado tras el grupo focal, en voz alta y ante la presencia de una de las investigadoras del equipo que grababa los comentarios.

## **Técnicas utilizadas para la investigación cualitativa:**

### **A. Entrevistas individuales (EI) centradas en incidentes críticos.**

Se trata de una conversación con profundidad entre un analista y un informador clave para obtener las opiniones, conocimientos, juicios y experiencias mediante la interacción en un contexto de relativa formalidad, aunque incentivando el diálogo fluido y espontáneo<sup>32</sup>. La modalidad utilizada fue la **entrevista de incidentes críticos**. Ésta insta a los entrevistados a identificar los comportamientos desarrollados ante las situaciones habituales o no habituales de su puesto de trabajo.

Este método, introducido por Flanagan<sup>33,34</sup> en 1954, trata de recoger incidentes que desde el punto de vista de la persona interrogada son "muy importantes" para describir la actividad objeto del estudio. Estos incidentes deben haber sido contextualizados, es decir relacionados con una situación o problema a resolver o abordar.

Para nuestro estudio se seleccionaron de manera intencional 14 personas que en aquellos momentos estaban desarrollando algún cargo directivo en unidades o servicios de atención primaria de salud, tanto de lo que hemos definido de Nivel 1 como de Nivel 2 (tabla 4).

Se realizó la entrevista semiestructurada individualizada, mediante un entrevistador especialmente entrenado y que, previa autorización del entrevistado, procedió a la audiograbación de la conversación. Dicha entrevista consistía en el planteamiento sucesivo, no de preguntas, sino de directrices temáticas derivadas tanto de los objetivos del estudio, como de la evolución propia de la entrevista. El encuentro tenía predefinidos tres temas que giraban en torno a diversas situaciones laborales y su resolución:

- Situaciones habituales del puesto de trabajo y su resolución.
- Situaciones complejas del puesto de trabajo ocurridas en los últimos doce meses y su resolución.
- Problemas habituales que aparecen en el puesto de trabajo y cómo se resuelven.

Las entrevistas tuvieron una duración de entre 30 y 90 minutos.

### **B. Realización de un grupo focal (GF) y análisis de contenido del discurso**

El concepto es parecido al de las entrevistas individuales, con la diferencia que en estos grupos se quiere enfatizar el carácter focalizado en un tema específico de una entrevista, en un contexto grupal. Se trata de aprovechar la dinámica grupal que se genera en la relación, para hacer emerger los procesos de construcción conjunta mediante estrategias de confrontación, oposición y divergencia. Mediante esta técnica de interacción grupal se estimula la aparición de todas las dimensiones del problema, obteniéndose información de validez subjetiva de varias personas simultáneamente<sup>35,36</sup>.

Los participantes en el GF (tabla 5) fueron convocados a una sesión que fue conducida por una de las investigadoras y un consultor experto en definición y evaluación de competencias; tuvo una duración de 4 horas y fue audiograbada previa autorización de

los participantes. Un auxiliar de investigación realizaba anotaciones y recopilaba el material generado por la sesión de trabajo (pizarra, *wallpaper*, anotaciones de los participantes). El punto de partida para el trabajo del GF fue el listado inicial de competencias e indicadores obtenido tras el análisis de contenido de las EI (figura 1). Se le pidió al grupo que se centrara en la definición de cada competencia y que ordenara los indicadores.

### **C. Cuestionario *in situ* (CIS)**

Se trata de responder al cuestionario, generado tras el análisis de la información producida por las dos técnicas anteriores, por parte de algunas de las personas que participaron en las entrevistas en profundidad. Estas entrevistas *in situ* con las personas que participaron en las entrevistas individuales, permitían la triangulación, como expertos, de la información. Esta técnica permitió corregir terminologías y revisar el efecto que el cuestionario podía tener en el sujeto. Se realizó por parte de una de las investigadoras del proyecto y, previa autorización de los participantes, también se procedió a la audiograbación de las entrevistas. Esta grabación de los comentarios fue tratada como si fueran sesiones grupales.

#### **Trabajo de campo:**

Las EI se realizaron en los centros de trabajo de los informantes, previa concertación de cita mediante llamada telefónica o contacto personal en el que uno de los miembros del equipo investigador explicaba los objetivos del estudio y las características de la entrevista. Estas entrevistas se realizaron entre octubre y noviembre de 2006.

Para el grupo focal se contactó, también mediante llamada telefónica o entrevista personal, con los profesionales seleccionados. Se invitó a participar a 10 personas, aceptando finalmente 7 de ellas. Los motivos de la no-participación fueron básicamente la no-disponibilidad, o no poder desplazarse al lugar de la reunión, por otros compromisos profesionales el día que fue convocado el GF. Ninguno de los participantes había intervenido como informante en las EI. La sesión se realizó el día 11 de abril de 2007 y se desarrolló en la siguiente secuencia: Introducción sobre objetivos y motivos de la sesión por parte de una de las investigadoras, breve explicación conceptual sobre las competencias profesionales por parte de un asesor externo, discusión en pequeños grupos sobre el documento de definición de competencias extraídas de las EI, puesta en común, discusión y redefinición de las competencias con las aportaciones del grupo.

Las entrevistas para los CIS se realizaron entre los días 2 y 9 de julio de 2007. Se invitó a colaborar en esta fase a seis de las personas participantes en las EI. El material de partida fue el documento de las competencias y sus indicadores obtenidos tras la incorporación del análisis de la información aportada por el grupo focal. La sistemática de trabajo consistió en la lectura en voz alta de las respuestas y comentarios a la resolución del cuestionario final sobre competencias, así como la identificación de los indicadores propuestos en el puesto de trabajo de cada uno de los informantes.

En todos los casos se aseguró a los participantes la confidencialidad en el tratamiento de la información recogida y su utilización exclusiva para los objetivos del trabajo de investigación planteado.

La realización efectiva del proyecto y el acceso a los Centros y Areas Básicas de Salud ha sido posible gracias a la colaboración y el apoyo de los diferentes profesionales responsables de los centros, así como también gracias a los profesionales que desarrollan su trabajo en dichos contextos. Así mismo, estas personas han contribuido a la toma de contacto y al acceso a los diferentes profesionales que han participado en la investigación, tanto en las entrevistas individuales como en las grupales.

### **Análisis de la información:**

Se realizó un análisis narrativo del contenido y del discurso comprensivo de las EI, GF y CIS con la participación de investigadores internos y externos. Toda la información generada fue puesta en formato digitalizado y manejable, es decir, las transcripciones de las entrevistas individuales y grupales, y los materiales documentales han sido reunidos en un *corpus* único. Por *corpus* se entiende cualquier conjunto de textos o imágenes en un soporte material. Se puede tratar de transcripciones de enunciados orales, anotaciones y registros, reproducciones de elementos gráficos, y textos previamente escritos o documentos ya existentes.

Como afirma Patton<sup>37</sup>, en la investigación cualitativa "el reto es dar sentido a una cantidad masiva de datos, reducir el volumen de información, identificar pautas significativas, y construir un marco para comunicar la esencia de lo que revelan los datos". Esta idea de reducción de datos es uno de los principios fundamentales de cualquier investigación cualitativa. En efecto, sea cual sea el marco teórico o metodológico asumido por los investigadores, la clasificación, categorización o codificación de los datos será una de las primeras actividades que llevarán a cabo.

Las entrevistas fueron analizadas de forma independiente por tres miembros del equipo investigador, respetando el léxico de los informantes.

Se segmentaron los datos manualmente, se realizó la codificación mediante el desarrollo tentativo y el etiquetado de conceptos en el texto que el investigador consideraba de relevancia potencial para la definición de las competencias directivas.

En un primer momento se procedió a la codificación abierta, identificando las temáticas principales que aparecían en el *corpus*, asignando etiquetas o códigos que agrupaban temáticas (en este caso fragmentos de texto) que desde el punto de vista del analista presentaban características comunes, hacían referencia a un mismo fenómeno o compartían algunas propiedades. Igualmente, en esta fase de codificación abierta, se procedió en algunos casos a la agrupación de conceptos en categorías más generales, siguiendo el mismo principio utilizado anteriormente para la identificación de los conceptos más genéricos.

La codificación axial, ha sido el siguiente paso en el análisis, puesto que, una vez creados códigos tanto específicos como genéricos, hemos procedido a la identificación de relaciones entre los mismos (por ejemplo, el código A causa el código B; el código A contradice el código B, etc.).

Por último, aunque la codificación selectiva implica, según Strauss y Corbin<sup>38</sup>, la identificación de una "categoría central", algo que no hemos hecho en nuestro análisis, sí que hemos utilizado las técnicas que según esos autores deben realizarse para identificarla, básicamente la escritura de memos (anotaciones) y, principalmente, la elaboración de diagramas.

En la figura 2 se ejemplifica el procedimiento para la fragmentación, etiquetaje y codificación de la información contenida en una de las entrevistas. Este método de codificación es muy cercano a las propuestas de la *Grounded Theory*<sup>38,39</sup> de:

- Codificación abierta (*open coding*): Proceso analítico mediante el que son identificados los procesos y son descubiertos en los datos sus propiedades y dimensiones.
- Codificación axial (*axial coding*): Proceso de relacionar categorías con sus subcategorías, llamado axial porque la codificación ocurre alrededor de los ejes de una categoría, uniendo categorías al nivel de propiedades y dimensiones.
- Codificación selectiva (*selective coding*) : Proceso de integrar y refinar la teoría.

Teniendo en cuenta esta clasificación podemos considerar que el análisis de la información de nuestro trabajo ha seguido de una forma muy cercana las propuestas de la *Grounded Theory*<sup>39</sup> .

**Figura 2: Ejemplo de procedimiento para la codificación y extracción de información**

<p><b>Entrev. 1</b> Un tema difícil, una tarea importante o digamos que ocupo mucho tiempo es la transmisión, no sólo la transmisión sino la interpretación de todas aquellas acciones que son centralizadas de la de la propia institución (C.1) que tiene 35.000 trabajadores y que en primaria son, corresponden unos 19.000, entonces yo soy una fracción de ellas y actuamos en conjunto. Entonces la homogenización de criterios que se producen en Barcelona hay que transmitirla a mi propia estructura, por los canales establecidos, o buscando otros, ésta es una tarea importante, ¿cómo se hace?, a través de los comités de dirección donde no solamente se transmite la información sino que adaptamos las directrices, las directrices que vienen desde Barcelona las adaptamos a nuestro propio territorio y recogemos al mismo tiempo y hacemos una labor también bi-direccional, recogemos al mismo tiempo cuáles son nuestras inquietudes y aquellos otros criterios que nosotros llevamos, llevamos desde la periferia hacia el centro (C.2)</p> <p><b>Entrev. 12</b> De manera directa, nosotros normalmente tenemos reuniones periódicas, casi cada día tenemos reuniones conjuntas, entonces en estas sesiones que tenemos de dos a tres, ya planificamos que a lo mejor cada 15 días o una vez al mes en función de la necesidades se dejan espacios que son un poquito espacios organizativos, o para aprovechar ese momento para dar información de programas, de campañas, que haya la oportunidad de explicar cómo va ir este año la campaña, quién va estar cada día, quién no va estar, en qué horario. (C.3)</p> <p><b>Entrev. 8</b> Yo a primero de año puedo tener previsto que me den los objetivos de enfermería, los acuerdos de gestión que hubo, el año próximo qué habrá, dirección objetivos. Informan a través de dos vías diferentes, la responsable de enfermería, el ICS es un información directa, me llama, me explica qué es lo que tenemos que hacer, y al mismo tiempo el ICS a través de los gerentes va a los directores y mi director (C.4) me indica mi punto en mi caso personal no sé dónde va a ir esto, pero es la vía más oficial y la que menos información tengo, ¿por qué? Porque hay muchos intermediarios y se pierde por el camino entonces la información que tengo más directa es cuando me llamen a mí, que solo ha pasado dos veces al año, o sea es información más directa pero poco frecuente, y la otra es información de menor calidad, algo suena pero no se sabe exactamente qué están transmitiendo y lo tienes aquí al lado entonces puedes preguntar, entonces lo que yo tengo que hacer es contrastar a ver si me están diciendo lo mismo. Toda información la tengo que contrastar porque si doy un paso y le doy a mis adjuntos (C.5) una consigna que yo no haya contrastado, las estoy induciendo a error y aún así tengo que correr riesgos constantemente</p> <p><b>Entrev. 3</b> A ver, por ejemplo, una de mis tareas y de mis funciones es esto que te comento de los objetivos, nosotros hay una serie de objetivos, que nos vienen ya definidos por el servicio catalán de la salud, y que cada año los evalúan de ellos, entonces algunos son muy propios de enfermería, entonces, igual que antes, pues yo hago una explotación de los datos de cada enfermera sobre cómo está alcanzando sus objetivos y pues en estas reuniones yo a la mejor le pasé la información a todos para que ellos vean cómo van (C.6)</p> <p>C.1 Comunicación, transmisión, adaptamos las directrices C.2 Transmite C.3 Comunicación directa en los espacios programados. Elegir la información que quiero dar C.4 Transmisión de la información, cadena larga, diferentes interlocutores C.5 Búsqueda de recursos: información para la toma de decisiones sobre la gestión, para poder planificar. Adapta directrices, nuevas fórmulas. Competencias: creatividad, proactividad para solucionar temas. Comunicación-escucha C.6 Recojo información, evalúo y traspaso información para que vean cómo van</p>
--

## **FASE II: ESTUDIO CUANTITATIVO DE VALIDACION Y PRIORIZACION DE LAS COMPETENCIAS DEFINIDAS EN EL MAPA.**

En esta segunda fase se pretende "validar" el instrumento a partir del estudio de su estructura interna. De acuerdo con los parámetros exigidos desde la psicometría, todo instrumento de medida debe ser válido y fiable.

### **Metodología de validación del instrumento:**

#### **1. Objetivos de validación:**

a) Lograr un instrumento fiable, es decir, un instrumento que mida en la mayor medida posible las competencias de los directivos de atención primaria. El ajuste óptimo de la fiabilidad se establecerá entre la mínima información solicitada y el máximo de información alcanzada.

b) Ajustar la validez del instrumento entre los resultados obtenidos en la fase cualitativa de desarrollo y las respuestas a la administración del instrumento.

c) Establecer las competencias en tres niveles:

1. Genéricas de los directivos de atención primaria.
2. Específicas de los directivos de atención primaria Nivel 1.
3. Específicas de los directivos de atención primaria Nivel 2.

#### **2. Condiciones y características de la administración**

Se prevé la administración a toda la población (aproximadamente 1000 personas)

Opciones de respuesta:

0 = No se realiza

1 = Se realiza muy poco (es una actividad esporádica)

2 = Con cierta frecuencia (es una actividad que se realiza en ocasiones pero no con asiduidad)

3 = Se realiza habitualmente (es una actividad común en mi trabajo)

Formato: Lápiz y papel, y/o *on line*.

Envíos: Por correo y al director, incluyendo sobres para cada persona que responda (dentro de cada sobre las instrucciones, el cuestionario, un papel con un código de combinación aleatoria, y otro sobre para la devolución).

Instrucciones: Opciones papel o en línea, en donde el código es confidencial.

Cuestionario *on line*: En el cuestionario *on line*, que los indicadores de cada competencia aparezcan en una misma pantalla antes de pasar a la siguiente.

Si una persona responde menos del 70% de los indicadores de una competencia, no puede pasar a la siguiente, y el sistema tiene que marcárselo.

Datos de identificación: Colocar al final del cuestionario. Edad, género, formación, N1/N2, antigüedad en el puesto, población en la que se ubica (categorías que utilicen



ellos o indicadores sociodemográficos: menores mayores de # de habitantes, 4 categorías bastan), cantidad de población asistida (la que se utiliza habitualmente).

### **3. Análisis de resultados:**

#### *1. Análisis de la fiabilidad*

Prueba del alfa de Crombach para:

- El conjunto del cuestionario
- Cada competencia
- Para cada factor obtenido en el análisis 2

Mediante estos análisis se podrá determinar qué ítems no contribuyen a proporcionar información sobre las competencias y por lo tanto deberían eliminarse del cuestionario.

#### *2. Análisis del contenido y la estructura competencial*

Prueba de Análisis de Componentes Principales (ACP) del conjunto de los ítems del cuestionario con rotación oblicua. Esta rotación es necesaria para no inducir la independencia de los factores obtenidos y poder utilizarlos en análisis posteriores.

Siendo muy probable que la estructura factorial obtenida diste parcialmente en cantidad y organización de elementos de la configurada en el instrumento, los resultados se usarán para:

- Ajustar la cantidad de indicadores comportamentales por competencia.
- Determinar su ubicación final en las competencias determinadas.
- Establecer el número de competencias finales consideradas.
- Obtener pesos factoriales de los indicadores en los factores, de modo que esos pesos puedan ser usados como criterio de ponderación final de la intervención de un indicador en la competencia.

A partir de este momento cada análisis se realizará con dos informaciones:

A) La estructura factorial obtenida directamente del ACP.

B) La estructura de competencias del cuestionario administrado ponderada con los pesos de los indicadores obtenidos en el ACP.

#### *3. Análisis de las competencias por niveles directivos*

- Comparaciones de medias *T-test* de cada factor/competencia por niveles directivos.
- Análisis de Cluster *K-means* de 2 grupos para el conjunto de factores/competencias.
- Análisis Discriminante de 2 grupos (niveles) para el conjunto de factores/competencias.

El análisis Discriminante y el Análisis de Cluster *K-means* realizan lo mismo en sentido diferente. Ambos buscan la incidencia de los indicadores en la caracterización de los niveles, pero uno parte de los grupos establecidos y definidos (N1 y N2), y el otro explora la existencia de dos grupos (ni establecidos ni definidos) por la respuesta competencial.

En conjunto, con los análisis de las competencias por niveles directivos se podrá establecer:

- a) Qué competencias son compartidas y en qué grado por cada nivel directivo.
- b) Qué competencias son específicas, es decir caracterizan, y en qué grado, a cada nivel directivo.

#### *4. Análisis de las competencias por variables sociodemográficas.*

Tanto para la estructura competencial general del instrumento (2.A) y (2.B) como para la de cada nivel directivo se compararán los resultados por: edad, género, formación, antigüedad en el puesto, tamaño de la población en la que se ubica y población asistida mediante comparaciones de medias y análisis de varianza.

**RESULTADOS:**

Los resultados presentados en este informe corresponden a los obtenidos en la fase I del estudio, cuyo trabajo de campo se realizó entre octubre de 2006 y julio de 2007.

La intención del estudio fue la identificación de las competencias que los directivos de atención primaria tienen que poner de manifiesto al llevar a cabo sus funciones. No se trataba, por lo tanto, de estandarizar un cuestionario a partir de listados interminables de competencias que se aplican en las organizaciones, sino de encontrar en esas categorías profesionales las COMPETENCIAS TRANSVERSALES que los identifiquen (*core skills*).

El **corpus textual** del que se extraen los resultados (aproximadamente 1 hora de entrevista supone 10 páginas transcritas) estaba constituido por unas 20 horas de grabación (10 horas de las EI, 4 horas del FG, 6 horas de los CIS), y las transcripciones y anotaciones de los investigadores que participaron en cualquiera de las tres técnicas de investigación cualitativa.

En este *corpus* textual, originado por las entrevistas individualizadas, se buscaron los comportamientos que según los informantes permitían resolver situaciones cotidianas, unas más complejas que otras, de una manera eficaz y eficiente. De esta manera se identificaron expresiones y comportamientos habituales de los directivos en sus puestos de trabajo:

*- "Tengo que obtener indicadores que me permitan verificar si se tienen los resultados esperados".*

*- "...para mí es necesario hacer el seguimiento de todo lo que se ha desplegado".*

*- "Llevar a cabo un control de cómo se van consiguiendo los resultados para introducir mejoras en cada uno de los resultados".*

*- "Debo controlar el trabajo de las personas mediante plantillas".*

*- "...escenificar el proceso de trabajo con el equipo para minimizar los tiempos y flujos de actividad".*

Así, por ejemplo, en el anterior discurso el equipo investigador identificó diferentes niveles de SUPERVISIÓN como CAMPO o ÁREA COMPETENCIAL. En el anexo 1 se recogen ejemplos de transcripciones textuales de las entrevistas y la selección de expresiones de competencias.

Siguiendo este proceso, del análisis exhaustivo de las EI se obtuvo un **listado inicial de 13 campos o áreas competenciales** (tabla 6):

1. Planificación
2. Organización
3. Supervisión
4. Resolución de situaciones complejas
5. Gestión de los conflictos
6. Visión global de la situación
7. Empatía y sensibilidad

8. Comunicación
9. Gestión de la información
10. Orientación al cliente
11. Capacidad negociadora
12. Adaptabilidad
13. Trabajo en equipo

A cada uno de estos campos competenciales se le asociaron una serie de indicadores, entendidos como aquellos comportamientos observables en el desarrollo de sus funciones, que ponen en evidencia la presencia o no de una determinada competencia. Estos indicadores iban de lo más general a lo más específico y suponían el desarrollo de tareas diferentes y de maneras de hacer distintas ante una misma situación.

Se obtuvo una primera definición de cada una de las 13 áreas o campos de competencias (tabla 6) y de sus respectivos indicadores (entre 4 y 20 para cada competencia).

**Tabla 6. Listado inicial y definición de áreas o campos competenciales, obtenido del análisis de la información de las entrevistas individuales (EI).**

AREA COMPETENCIAL	DEFINICION OPERATIVA
PLANIFICACION	Tiene que ordenar las actividades, según indicaciones de urgencia e importancia. Tiene que planificar las acciones necesarias para el desarrollo de un proceso de trabajo.
ORGANIZACION	Tiene que combinar recursos (tiempo, espacio, personas...) para la realización de las actividades en el tiempo adecuado.
SUPERVISION	Tiene que hacer el seguimiento de las acciones para evaluarlas.
RESOLUCION DE SITUACIONES O CONFLICTOS DE RELACION	Tiene que tomar decisiones para resolver situaciones.
GESTION DE LOS CONFLICTOS	Tiene que encontrar una salida a conflictos entre personas.
VISION GLOBAL DE LA SITUACION	Se posiciona desde una visión estratégica y global integrando los diferentes elementos.
EMPATIA Y SENSIBILIDAD	Sentir y comprender las emociones ajenas como propias.
CAPACIDAD DE COMUNICACION	Expresar hechos e ideas en términos comprensibles para el interlocutor de tal modo que permita recibir información o darla.
GESTION DE LA INFORMACION	Buscar los elementos necesarios que favorezcan crear una información eficaz y fidedigna.
ORIENTACION AL CLIENTE	Reconocer en el otro la diversidad de necesidades.
CAPACIDAD NEGOCIADORA	Conseguir un acuerdo por ambas partes en situaciones de conflicto de intereses en relación a priorizar unas acciones u otras, obteniendo el máximo beneficio de la situación.
ADAPTABILIDAD	Mantener la eficacia en una gran variedad de situaciones, responsabilidades y grupos.
TRABAJAR EN EQUIPO	Participar como miembro en un equipo y colaborar eficazmente desempeñando diferentes roles.

A modo de ejemplo podemos citar dos campos competenciales y sus respectivos indicadores: **PLANIFICACION** y **GESTION DE CONFLICTOS** (tablas 7 y 8)

**Tabla 7. Ejemplo de definición e indicadores del campo competencial PLANIFICACION**

<b>PLANIFICACION:</b>	
<b>Tiene que ordenar las actividades, según indicaciones de urgencia e importancia. Tiene que planificar las acciones necesarias para el desarrollo de un proceso de trabajo.</b>	
INDIC	DEFINICION
1 a	Poner en práctica un programa con la secuencia de acciones necesarias.
1 b	Repartir el tiempo entre actividades asistenciales y actividades de gestión.
1 c	Priorizar las actividades en función del análisis de necesidades realizado.
1 d	Desplegar la logística para que se puedan llevar a cabo los procesos.
1 e	Desarrollar acciones para conseguir las metas que vienen marcadas.
1 f	Iniciar un proceso de trabajo observando, analizando y valorando las situaciones.
1 g	Ordenar las acciones con tiempo teniendo en cuenta las agendas.
1 h	Incorporar a las agendas cotidianas los cambios que se hacen.
1 i	Marcar un objetivo y su temporalidad para ser eficaz.
1 j	Planificar las estructuras sanitarias.
1 k	Planificar los resultados a medio plazo.
1 l	Hacer la planificación de nuestras necesidades y comunicarlo a los servicios centrales.
1 m	Distribuir una serie de acciones y nuevas acciones y proyectos que vienen impuestos.
1 n	Organizar las actividades priorizando las más importantes.
FUENTE: Análisis de la información de las entrevistas individuales realizadas en el trabajo de campo	

**Tabla 8. Ejemplo de definición e indicadores del campo competencial GESTIÓN DE CONFLICTOS**

<b>GESTION DE CONFLICTOS:</b>	
<b>Tiene que encontrar una salida a conflictos personales.</b>	
INDIC	DEFINICION
5 a	Establece vías de diálogo ante situaciones de conflicto.
5 b	Busca elementos que permitan el acercamiento ante posturas distantes que generan conflicto (mediación).
5 c	Gestiona los conflictos entre el personal y sus pacientes, aportando la solución.
5 d	Maneja las relaciones difíciles.
FUENTE: Análisis de la información de las entrevistas individuales realizadas en el trabajo de campo	

Retomando el ejemplo de la planificación, como una de las 13 áreas competenciales necesarias en todo cargo directivo (tabla 7), vemos que ésta va desde la *“puesta en marcha de un programa global o estratégico que viene marcado, con sus correspondientes etapas”* hasta *“priorizar las actividades en función de las necesidades”* o *“desarrollar acciones a medio plazo”*; *“priorizar por importancia”* u *“ordenar acciones en función de las agendas”*.

Podemos observar que en la planificación quedan definidos diversos niveles de complejidad, y que éstos representan comportamientos y actitudes diferentes para los que los tienen que llevar a cabo.

Lo mismo sucede con cada una de las otras áreas competenciales, así un **primer resultado** que podemos destacar es la definición de áreas competenciales y la presencia de indicadores diferentes, que hemos podido determinar en los diferentes directivos de atención primaria.

Cada una de estas 13 áreas competenciales tiene asociados unos comportamientos que matizan su realización. Nos permite preguntarnos: en el puesto de trabajo de directivo de atención primaria ¿se define la función de PLANIFICACIÓN, se lleva a cabo y se entiende de la misma forma, se desarrollan los mismos comportamientos para PLANIFICAR? ¿Qué se espera de dichos puestos de trabajo sobre su función de planificar?

Partiendo de este listado inicial, el análisis llevado a cabo por los participantes en el Grupo Focal permitió matizar, en el contexto sanitario, ciertas expresiones y, además, diferenciar de forma más clara, cuál era el significado de las competencias y sus indicadores. El trabajo del GF se centró, por tanto, en ofrecer una definición consensuada de las competencias, clarificando conceptos y eliminando ambigüedades; por otro lado también se les pidió una priorización de los indicadores en torno a los 10 indicadores por competencia.

De este modo quedó configurado un listado con **15 competencias transversales (core skills)**, a cada una de estas 15 competencias se le asociaron unos 10 indicadores expresados en comportamientos. Finalmente las 15 competencias y sus indicadores fueron reenviados a los participantes en el GF con la finalidad de eliminar redundancias y de priorizar (de mayor a menor peso), mediante un sistema de puntuación, los indicadores asociados a cada competencia. El listado definitivo y definición de estas competencias se muestra en la tabla 9.

Cada una de las competencias quedó así definida y asociada a unos 10 indicadores de la misma, expresados como comportamientos cuya presencia es la evidencia de la asunción de un determinado nivel competencial.

Finalmente se creó un **cuestionario de competencias transversales**, con la finalidad de recoger la información desde la perspectiva del propio sujeto, de sus competencias en el puesto de trabajo. Una primera versión fue suministrada a seis de los informantes de las entrevistas individualizadas mediante la técnica de cuestionario *in situ*; este paso sirvió para clarificar algunos conceptos, reubicar algunos indicadores o eliminar aquellos que no estuvieran presentes en ninguno de los informadores o, a juicio de éstos, no fueran representativos de las competencias a examinar. Finalmente esta revisión hecha por expertos mediante aplicación presencial del cuestionario permitió corregir y matizar la terminología y expresión, y disponer de una primera indicación de perfiles diferentes (N1 y N2) en ciertas competencias.

Esta encuesta es la que se utilizará en la fase II del estudio para acabar de perfilar el mapa de competencias con sus diferentes niveles de complejidad.

**Tabla 9. Listado y definición de las 15 COMPETENCIAS TRANSVERSALES para los directivos de atención primaria de salud.**

<b>COMPETENCIA</b>	<b>DEFINICIÓN OPERATIVA</b>
<b>PLANIFICACION</b>	Ordenar y secuenciar las actividades en el marco estratégico de la institución.
<b>ORGANIZACION</b>	Combinar recursos (tiempo, espacio, personas...) para el buen desarrollo de las actividades en el tiempo adecuado.
<b>SUPERVISION</b>	Hacer el seguimiento de las acciones que se desarrollan para evaluarlas.
<b>INICIATIVA</b>	Dar sugerencias y proponer acciones diferentes a las actuales para mejorar las actividades y los resultados.
<b>RESOLUCION DE SITUACIONES COMPLEJAS</b>	Tomar decisiones para resolver situaciones cotidianas del trabajo.
<b>GESTION DE LOS CONFLICTOS INTERPERSONALES</b>	Tiene que tomar decisiones para resolver problemas interpersonales.
<b>VISION GLOBAL DE LA SITUACION</b>	Posicionarse desde una visión que integre los diferentes elementos del contexto.
<b>EMPATIA</b>	Sentir y comprender las emociones ajenas como propias.
<b>CAPACIDAD DE COMUNICACION</b>	Expresar hechos o ideas en términos comprensibles para el interlocutor de tal modo que permita comprender la información o darla.
<b>GESTION DE LA INFORMACION</b>	Buscar y seleccionar los elementos necesarios que favorezcan crear una información eficaz y fidedigna.
<b>ORIENTACION AL CLIENTE</b>	Reconocer quiénes son los clientes internos y externos, valorar los recursos, necesidades y expectativas de ellos, para buscar soluciones.
<b>CAPACIDAD NEGOCIADORA</b>	Conseguir un acuerdo en situaciones conflictivas de intereses, obteniendo el máximo beneficio de la situación, para ambas partes.
<b>ADAPTABILIDAD</b>	Trabajar en diferentes entornos, manteniendo la eficacia en una gran variedad de situaciones, responsabilidades y grupos.
<b>TRABAJAR EN EQUIPO</b>	Hacer participar a los equipos para que desarrollen sus potencialidades, compartan objetivos y alcancen resultados.
<b>LIDERAZGO DE PERSONAS</b>	Influir en las personas y grupos de acuerdo a sus niveles de autonomía para conseguir desarrollarse.
FUENTE: Análisis de la información de las entrevistas individuales realizadas en el trabajo de campo	

El **cuestionario de competencias transversales** (anexo 2) se construyó con el objetivo de determinar la representatividad de las diferentes competencias en relación con la labor de los profesionales que desempeñan funciones directivas de la atención primaria. Dicho cuestionario tiene la siguiente estructura:

- Definición de cada una de las 15 competencias.
- Listado de entre 5 y 15 indicadores de comportamiento para cada competencia (tabla 10).
- Escala de puntuación ordinal tipo *Likert* para cada indicador de comportamiento, en función de la presencia del indicador en el quehacer cotidiano del profesional en funciones directivas: 0=No se realiza, 1=Se realiza muy poco (es una actividad esporádica), 2=Se realiza con cierta frecuencia (es una actividad que se realiza en ocasiones pero no con asiduidad) y 3=Se realiza habitualmente (es una actividad común en mi trabajo).
- Variables identificadoras de los sujetos: edad, género, formación, tipo de puesto de trabajo, antigüedad en el puesto actual, población en la que se ubica el centro y carga asistencial.

**Tabla 10. Listado de las 15 competencias transversales con el número de indicadores asociados.**

<b>COMPETENCIA</b>	<b>Nº DE INDICADORES</b>
<b>PLANIFICACION</b>	<b>10</b>
<b>ORGANIZACION</b>	<b>9</b>
<b>SUPERVISION</b>	<b>7</b>
<b>INICIATIVA</b>	<b>11</b>
<b>RESOLUCION DE SITUACIONES COMPLEJAS</b>	<b>11</b>
<b>GESTION DE LOS CONFLICTOS INTERPERSONALES</b>	<b>6</b>
<b>VISION GLOBAL DE LA SITUACION</b>	<b>7</b>
<b>EMPATIA</b>	<b>6</b>
<b>CAPACIDAD DE COMUNICACION</b>	<b>15</b>
<b>GESTION DE LA INFORMACION</b>	<b>11</b>
<b>ORIENTACION AL CLIENTE</b>	<b>7</b>
<b>CAPACIDAD NEGOCIADORA</b>	<b>7</b>
<b>ADAPTABILIDAD</b>	<b>5</b>
<b>TRABAJAR EN EQUIPO</b>	<b>9</b>
<b>LIDERAZGO DE PERSONAS</b>	<b>10</b>

FUENTE: Análisis de la información de las entrevistas individuales realizadas en el trabajo de campo

En la figura 3 se muestra, a modo de ejemplo parcial, el formato del cuestionario de competencias transversales con relación a la competencia de "Liderazgo de personas".

El análisis de cuestionarios *in situ* permitió, además, observar el comportamiento del cuestionario para identificar perfiles diferenciados de los informantes, en el sentido de discriminar las maneras de "hacer" distintas correspondientes a los niveles directivos

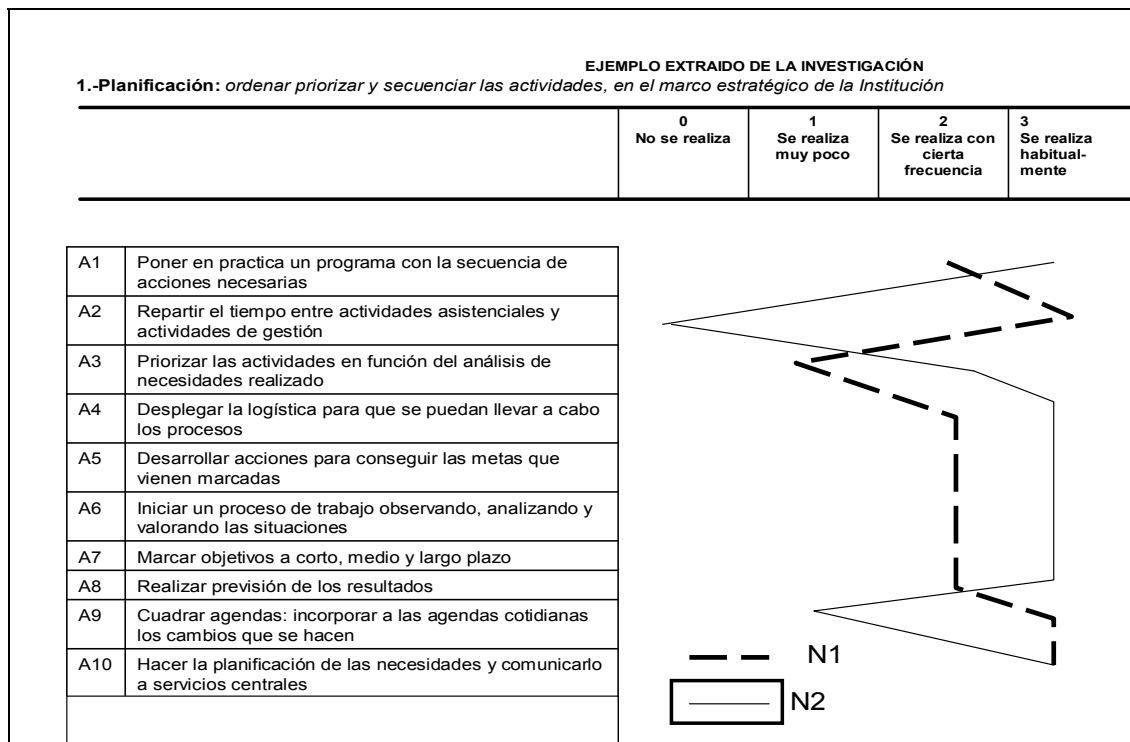


en los que se distribuyó la muestra estudiada (N1 y N2). La figura 4 muestra el ejemplo de los perfiles dibujados en la competencia "Planificación".

**Figura 3. Ejemplo cuestionario de competencias transversales con relación a la competencia "Liderazgo de personas".**

<b>O. Liderazgo de personas</b>				
Definición: <i>Influir en las personas y grupos de acuerdo a sus niveles de autonomía para conseguir desarrollarse.</i>				
	0	1	2	3
	No se realiza	Se realiza muy poco	Se realiza con cierta frecuencia	Se realiza habitualmente
O1. Ayudar a sus colaboradores a solucionar los problemas				
O2. Dar informaciones de cómo va el trabajo para motivar a las personas				
O3. Escuchar a las personas del equipo				
O4. Evaluar las capacidades y disposición de cada miembro antes de asignarle una actividad				
O5. Mostrar liderazgo y dar confianza a los colaboradores				
O6. Asegurar el equilibrio y la equidad en la distribución de tareas				
O7. Facilitar el aprendizaje entre las personas				
O8. Adopta diferentes comportamientos de líder en función de la persona implicadas y la situación a resolver				
O9. Saber estar en las reuniones de dirección defendiendo al equipo				
O10. Saber estar en los actos protocolarios en representación del centro o unidad				

**Figura 4. Perfil de la competencia “Planificación” dibujado en el cuestionario de competencias transversales según nivel directivo (N1 o N2).**



**DISCUSION:**

Tanto el trabajo de análisis de las entrevistas individualizadas como del *focus group* corroboran la necesidad que, en el ámbito sanitario, exista un análisis claro y real de las competencias que un gestor o directivo debe alcanzar y desarrollar a lo largo de su trayectoria profesional. El análisis del puesto de trabajo existente es tan ambiguo que da lugar a interpretaciones muy diversas de lo que se tiene o no que resolver y cómo debe hacerse.

Los resultados de nuestro estudio profundizan en el conocimiento de aspectos organizacionales de las entidades proveedoras de servicios de salud, que pueden ser útiles para introducir mejoras organizativas y en la gestión de los recursos humanos.

La definición de competencias de los distintos profesionales que desarrollan su tarea en los servicios de salud es una parte de la investigación en servicios de salud que conviene desarrollar<sup>40,41</sup>. El enfoque por competencias parece ser una alternativa mejor al enfoque por definición de rasgos, o características subyacentes, de las personas que deben ocupar un puesto determinado en la organización.

En nuestro trabajo nos hemos centrado en el estudio de los comportamientos observables de las personas que desarrollan funciones directivas en los centros y servicios de atención primaria de salud, ello nos permite una definición más ajustada del puesto de trabajo y una mejor aproximación al mapa competencial de la persona que debe desempeñarlo. Este enfoque es totalmente diferente del que encontramos en los textos legales de definición de funciones<sup>3,7,9</sup> o en la bibliografía publicada en nuestro medio<sup>23-25</sup>.

El estudio de Rodríguez Santirso<sup>23</sup> aporta la percepción de los directivos sobre funciones que realizan y las que creen que deberían realizar, también exploran sus necesidades formativas y los atributos sociales o rasgos que un gestor sanitario debe poseer. En nuestro caso obtenemos un listado de 15 competencias transversales que nos han mostrado las personas que están desempeñando eficazmente esos puestos de trabajo. No hemos encontrado en la literatura publicada en nuestro país ninguna aproximación similar.

Otras aproximaciones más intuitivas<sup>25</sup> también inciden en los rasgos o características que serían esperables en un buen gestor de atención primaria, pero no realizan un estudio sistematizado como el que presenta nuestro grupo.

Lo importante de estos resultados, y de tener una manera de describir las actividades que definen un puesto de trabajo, es su asociación en la práctica con los comportamientos que permiten visionar con coherencia lo que se hace en la organización. Es importante tener una definición precisa de las competencias, cómo se entienden en un contexto dado y lo que supone para la persona conocerlas, hablar de ellas y aplicarlas en el puesto de trabajo.

Las 15 competencias identificadas hasta el momento deberían poder definir diversos estratos de complejidad, desde un nivel clave o nuclear, que deberían poder demostrar todos los directivos de la organización, hasta niveles de excelencia exigibles para ciertos puestos o responsabilidades específicas. De alguna manera se trata de perfilar tres áreas competenciales:

- a) Competencias clave o nucleares: Aquellas que deben atesorar todos los profesionales con funciones directivas en cualquier puesto de la organización. Serían competencias de puesto.
- b) Competencias de nivel: aquellas que van ligadas a los procesos comunes que se llevan a cabo y que no están incluidas en las competencias nucleares.
- c) Competencias específicas: aquellas que van ligadas al desarrollo de aspectos o procesos concretos de la organización, bien por ser exigibles niveles de excelencia, bien por la especificidad de las tareas y responsabilidades a asumir.

Esta manera de diferenciar las competencias (puesto-nivel-específicas) permitiría establecer planes de desarrollo profesional o de carrera profesional dentro del ámbito de la gestión de la atención primaria.

Por otro lado, tener el marco competencial definido para los directivos de la atención primaria puede facilitar el establecimiento de sistemas de evaluación e incentivación, más orientados a la excelencia organizacional que a la mera productividad.

En cuanto a la metodología, no podemos afirmar que el método utilizado haya consistido estrictamente en un análisis tipo *Grounded Theory*<sup>38,39</sup>, puesto que no se cumplen algunos de los principios de dicha teoría, como podría ser el muestreo teórico; es decir, la recogida y análisis de nuevos datos a medida que avanza el proceso de análisis y el analista considera necesario incidir en aspectos concretos no abordables con los datos disponibles.

De todas formas nuestro análisis sí asume otro de los principios fundamentales de la *Grounded Theory*, ya que no partíamos de hipótesis preconcebidas que quisiéramos contrastar, sino que nuestro objetivo era el "descubrimiento y desarrollo de teoría". Así mismo por la sistemática seguida en la clasificación y codificación de la información (codificación abierta-codificación axial-codificación selectiva) podemos acabar considerando que nuestro análisis ha seguido de una forma muy cercana las propuestas del enfoque cualitativo de la *Grounded Theory*.

En relación a la metodología utilizada debemos comentar que con demasiada frecuencia, y al tiempo que la metodología cualitativa cobra visibilidad y reconocimiento en el ámbito de la investigación y evaluación (tanto en las ciencias humanas y sociales como en las ciencias de la salud), los métodos cualitativos son operacionalizados simplemente en términos de técnicas, olvidando las implicaciones epistemológicas y teóricas que conlleva su adopción.

La mera realización de entrevistas y grupos focales, por citar los casos más habituales, como técnicas de recogida de información no implica la adscripción a una metodología de tipo cualitativo. Una técnica "cualitativa", como la entrevista o el grupo focal, no es cualitativa sólo porque genere una información verbal difícil de analizar, del mismo modo que no lo es porque para su análisis haya que realizar alguna aproximación de tipo "interpretativo", dado que la interpretación es una propiedad inherente al ser humano en tanto que tal, así como a las actividades que realiza. Lo que convierte en "cualitativo" un diseño es la adopción de un método cualitativo<sup>42,43</sup>, lo que equivale a decir que adopta una serie de postulados entre los que, como mínimo, ha de hallarse la asunción de **la importancia de analizar e interpretar el significado que las personas dan a sus acciones y a las acciones de los demás**, la primacía de la

comprensión sobre la explicación y el énfasis en la importancia de la participación de todos los actores involucrados. El estudio que se ha llevado a cabo da cuenta de una investigación cualitativa sobradamente.

Como propuesta de futuro creemos necesario desarrollar la Fase II del proyecto, en este caso cuantitativa, que tendría por objetivo la **validación del cuestionario de competencias transversales** para todo el colectivo de directivos de atención primaria de Cataluña. Este planteamiento, además de validar el cuestionario, iría orientado a recabar la suficiente información que permitiera establecer agrupaciones o *clusters* de competencias, representativas de los diversos niveles de complejidad y especificidad de la función directiva en los diferentes entornos organizativos de la atención primaria de Cataluña.

Este nuevo estudio pasaría por la adaptación del cuestionario para ser utilizado *on-line* y con el objetivo de poder llegar a toda la población de profesionales con funciones directivas (directores/as de equipo, adjuntos/as de enfermería, estructuras directivas de los Servicios y Gerencias de Atención Primaria).

#### **APLICABILIDAD:**

Hasta el momento el desarrollo de esta primera fase nos ha permitido disponer del **cuestionario de competencias transversales** como instrumento imprescindible para poder desarrollar la fase II del estudio.

Estos primeros resultados nos dibujan un **MAPA DE COMPETENCIAS DIRECTIVAS** para la atención primaria que puede tener aplicabilidad directa en aspectos importantes como son la reorientación de las políticas de gestión de personal (gestión por competencias), una mejor comprensión del rendimiento y eficacia de las personas en su puesto de trabajo, y el replanteamiento de ciertos sistemas de evaluación e incentivación de la función directiva.

La explicitación de las competencias permite, por otro lado, emplear pruebas de evaluación diversas ubicadas en el cuarto escalón de la pirámide de Miller, (observación directa, portafolio, etc) orientadas al desarrollo profesional continuo, más objetivas y relacionadas con las actividades del trabajo y, por lo tanto, con una mayor capacidad discriminativa del éxito en el mismo.

Obviamente la utilización del mapa competencial no acaba en una simple identificación de características diferenciadoras entre profesionales, sino que puede perfilarse como el primer paso para una política de gestión más amplia basada en competencias. Es difícil, naturalmente, remodelar de repente todo el sistema, y muchas organizaciones han preferido evolucionar a pequeños pasos hacia un sistema basado en competencias.

En algunos casos se ha empezado por utilizar las competencias en los procesos de selección de personal y promoción profesional, utilizando las competencias como criterio de selección en las entrevistas o en los sistemas de evaluación.

Otras organizaciones han diseñado planes de formación ajustados al desarrollo profesional: se forma en esas competencias que las personas necesitarán para mejorar sus aprendizajes y sus logros en el puesto de trabajo, o se planifican las carreras profesionales a partir de ir desarrollando aquellas competencias que en el futuro

puesto de trabajo van a ser fundamentales. En otros casos el desarrollo de personas polivalentes facilita que, en momentos de cambio o rotación, se tengan personas preparadas para el desarrollo de la actividad sin que la organización o centro se vean excesivamente afectados.

La aplicación de estos primeros hallazgos de nuestra investigación no se reduce simplemente a lo apuntado, queremos dejar constancia que si la aplicabilidad del trabajo hecho se quiere enmarcar en una actuación global en competencias, este primer paso dado constituye un punto NECESARIO e IMPRESCINDIBLE para seguir investigando.

## CONCLUSIONES:

Centramos las conclusiones en tres resultados de la investigación:

- a) La obtención y explicitación de un **listado de competencias** para la función directiva de centros y servicios de atención primaria.
- b) El **diseño del cuestionario de competencias transversales** como una herramienta útil para trabajar con las personas.
- c) La **rigurosidad metodológica** como garantía de haber alcanzado el objetivo de analizar las competencias de los directivos y responsables de atención primaria.

Tanto el trabajo de análisis de las entrevistas como el *focus group* corroboran la necesidad que en cualquier ámbito es necesario conocer, no sólo las funciones que se deben realizar, sino esos aspectos diferenciales que hacen que éstas se desarrollen eficazmente.

Las competencias que se espera tengan las personas, o que la organización les ayude a desarrollar, son imprescindibles para desarrollar el plan de carrera de una persona en su organización. Tener a la persona preparada en el momento que sea necesario para enfrentarse a una nueva situación implica conocer, no sólo la nueva situación, sino las competencias que debe poseer.

En el momento de diseñar un plan estratégico, la dirección de recursos humanos necesita saber qué características deberán tener las personas a corto, medio y largo plazo; básicamente para poder responder, de una manera eficaz y eficiente, a los cambios que se produzcan en los puestos de trabajo como consecuencia de la evolución futura de la organización para conseguir sus objetivos.

El protocolo que actualmente se ha desarrollado tras la investigación es ya una buena herramienta para trabajar desde la organización y desde las personas. Tenemos unas competencias del sector y las tenemos diferenciadas por niveles, esto ya nos permite saber qué buscamos (proceso de selección) o qué debemos formar para llegar a una promoción (formación).

Sin embargo, creemos que es excesivo el número de competencias que se han seleccionado, es por ello que vemos necesario ajustar mejor los indicadores. Sería conveniente afinar más en los *core skills* de esos puestos, para ser más rigurosos en las políticas que se lleven a cabo desde recursos humanos.

La validación del instrumento es el paso siguiente, ya que lo que aquí se ha presentado es sólo una **primera aproximación** a las competencias del directivo de atención primaria; eso sí, es un primer paso imprescindible para no caer en los cuestionarios estándar que se prestan más a ser una simple rutina burocrática, que un verdadero instrumento para trabajar en la evaluación de las competencias.

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:**

1. General Practitioners Committee. Good medical practice for general practitioners. London: Royal College of General Practitioners;2002.
2. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya. Llibre Blanc de les professions sanitàries a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2003.
3. Decret 84/1985 de 21 de març, de Mesures per a la Reforma de l'Atenció Primària de Salut a Catalunya. (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, número 527 (1), de 10 d'abril de 1985).
4. Ordre de 10 de març de 1986, per la qual es regula el sistema retributiu corresponent al personal sanitari dels Equips d'Atenció Primària i se'n fixen les retribucions. (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, número 672, d'11 d'abril de 1986).
5. Ordre de 31 de març de 1989, de modificació parcial de l'Ordre de 2 d'abril de 1987, per la qual s'estableixen les retribucions de diversos col·lectius de personal adscrit a l'Institut Català de la Salut per l'any 1989. (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, número 1130, de 12 d'abril de 1989).
6. Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya. (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, número 1324, de 30 de juliol de 1990).
7. Decret 277/2001, de 23 d'octubre, pel qual es regulen les estructures de direcció, gestió i administració de les institucions sanitàries en l'àmbit de l'atenció primària de l'Institut Català de la Salut. (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, número 3506, de 5 de novembre de 2001).
8. Institut Català de la Salut.  
[http://www.gencat.net/ics/infocorp/activitat\\_assistencial.htm](http://www.gencat.net/ics/infocorp/activitat_assistencial.htm)
9. Decret 53/2006, de 28 de març, de mesures de reforma de l'Institut Català de la Salut. (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, número 4604, de 30 de març de 2006).
10. Llei 8/2007, del 30 de juliol, de l'Institut Català de la Salut. (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, número 4940, de 3 d'agost de 2007).
11. Perrenaud P. Novas Competencias para Ensinar. Porto Alegre: ArtMed Editora; 2000.
12. Boyatzis R. The competent manager: A model for effective performance. New York: John Wiley & Sons; 1982.
13. Le Boterf G. Construire les competences individuelles et collectives. Paris: Editions d'Organisation; 2000.
14. Fernández G, Cubeiro JC, Dalziel MM. Las competencias clave para una gestión integrada de los RRHH. Bilbao: Deusto; 1996.



15. Consejería de Salud , Junta de Andalucía. Modelo de Gestión por Competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía;2006.  
Disponible en:  
[http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/documentos.asp?pagina=modelo\\_competencias](http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/documentos.asp?pagina=modelo_competencias).
16. Orden Ministerial de 13 de diciembre de 1991, sobre las funciones a desarrollar por los sectores sanitarios. (BOE de 3 de enero de 1991;100).
17. Real Decreto 571/1990, de 27 de abril, por el que se dictan normas sobre la estructura periférica de gestión de los servicios gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. (BOE 571 de 10 de mayo de 1990;12525).
18. ORDEN SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.(BOE 105 de 3 de mayo de 2005;15118).
19. Ros Martrat E. Las competencias profesionales adquiridas en medicina familiar y comunitaria. Una mirada desde tutores y residentes. Educación médica. 2004; 7(4):125-31.
20. Costa Zamora P, Cortés Rubio JA. La función directiva en el Centro de Salud: coordinador versus director. Centro de Salud. 1999;7(3):147-9.
21. Checkland K. Management in general practice: the challenge of the new General Medical Services contract. Br J Gen Pract. 2004;54:734-9.
22. López LA, Jiménez JM, Luna JD, Solas O, Martínez JI, Manuel E. Opiniones de los gestores de la atención primaria sobre las fuentes de influencia en la práctica médica. Diferencias con la opinión de los médicos asistenciales. Gac. San. 2002;16(5):417-24.
23. Rodríguez Santirso MA, Ruiz de Adana Pérez R, Illana Robles F, Barquintero Canales C, García Losa JL, Mielgo Guerra MA, Moratalla Chulia C. Funciones de los equipos directivos de Atención Primaria del INSALUD de Madrid. Necesidades de formación. MEDIFAM. 2001;11:265-74.
24. Palacio Lapuente F, Marquet Palomar R, Oliver Esteve A, Castro Guardiola P, Bel Reverter M, Piñol Moreso JL. Las expectativas de los profesionales: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cuali-cuantitativo. Atención Primaria. 2003;32(3):135-43.
25. Casajuana J, Davins J, Duran J, Fernández de Sanmamed MJ, Marcos L, Marquet R, Palacio F, Planes A, Reguant M, Zapater F. Comissió de Millora de la Qualitat de la SCMFIC. Provant de sobreviure en la nostra cadira. Manual de directologia aplicada. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària; 2002.
26. Williams SJ. What skills do physician leaders need now and in the future? Physician Exec. 2001;27(3):46-8.

27. Frezza EE, Wachtel MS. Practicing medicine in a new environment: what can we learn from the business managers?. *J Med Pract Manage.* 2006;22(1):52-4.
28. Marshall MN, Mannion R, Nelson E, Davies HTO. Managing change in the culture of general practice: qualitative case studies in primary care trusts. *BMJ.* 2003;327:599-602.
29. Bayard M, Peebles CR, Holt J, David DJ. An Interactive Approach to Teaching Practice Management to Family Practice Residents. *Fam Med.* 2003;35(9):622-4.
30. Iñiguez L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Aten Primaria.* 1999;23(8):496-502.
31. Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research.* London: Sage; 2000.
32. Kvale S. *InterViews. An introduction to qualitative research interviewing.* London: Sage; 1996.
33. Flanagan JC. The critical incident technique. *Psychol Bull.* 1954;51:327-58.
34. Gremler DD. The Critical Incident Technique in Service Research. *Journal of Service Research.* 2004;7(1):65-89.
35. Garcia Calvente MM, Mateo Rodríguez I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Aten Primaria.* 2000;25:181-6.
36. Fern EF. *Advanced Focus Group research.* London: Sage Publications ;2001.
37. Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods.* London: Sage Publications; 1990.
38. Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research. Techniques and procedures for developing Grounded Theory.* London: Sage Publications; 1998.
39. Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research.* New York: Aldine Publishing Company ;1967.
40. Lázaro P, Pozo F, Ricoy JR. Una estrategia de investigación en el sistema nacional de la salud (II): Investigación en servicios de salud. *Med Clin (Barc).* 1995; 104:67-76.
41. Bernal Delgado E, Peiró S, Sotoca R. Prioridades de investigación en servicios sanitarios en el Sistema Nacional de Salud. Una aproximación por consenso de expertos. *Gac Sanit.* 2006;20(4):287-94.
42. Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. *BMJ.* 2000;320:114-6.
43. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76:473-82.

## ANEXO 1: EJEMPLOS DE TRANSCRIPCIONES TEXTUALES DE LAS ENTREVISTAS INDIVIDUALIZADAS Y SELECCIÓN DE EXPRESIONES DE COMPETENCIAS

### COMPETENCIA COMUNICACIÓN:

#### Entrev. 1

Un tema difícil, una tarea importante o digamos que ocupo mucho tiempo es la **transmisión, no sólo la transmisión sino la interpretación de todas aquellas acciones que son centralizadas de la de la propia institución que tiene 35.000 trabajadores y que en primaria son, corresponden unos 19.000, entonces yo soy una fracción de ellas y actuamos en conjuntos. Entonces la homogenización de criterios que se producen en Barcelona hay que **transmitirla a mi propia estructura, por los canales establecidos, o buscando otros**, ésta es una tarea importante, como se hace?, a través de los comités, de dirección donde no solamente se transmite la información sino que **adaptamos las directrices**, las directrices que vienen desde Barcelona las adaptamos nuestro propio territorio y recogemos al mismo tiempo y hacemos una labor también bi-direccional, **recogemos al mismo tiempo cuáles son nuestras inquietudes y aquellos otros criterios que nosotros llevamos, llevamos desde la periferia hacia el centro**.**

**Comentari [JV1]:** comunicación, transmisión, adaptamos las directrices

**Comentari [JV2]:** transmite

#### Entrev. 12

De manera directa, nosotros normalmente tenemos reuniones periódicas, casi cada día tenemos reuniones conjuntas, entonces en estas sesiones que tenemos de dos a tres, ya planificamos que a lo mejor cada 15 días o una vez al mes en función de la necesidades se dejan espacios que son un poquito espacios organizativos, o para aprovechar ese momento para **dar información de programas, de campañas, que haya la oportunidad de explicar cómo va ir este año la campaña, quien va estar cada día, quien no va estar, en que horario**.

**Comentari [JV3]:** comunicación directa en los espacios programados. Elegir la información que quiero dar

#### Entrev. 8

Yo a primero de año puedo tener previsto que me den los objetivos de enfermería, los acuerdos de gestión hubo el año próximo que habrá dirección objetivos. Informan a través de dos vías diferentes, la responsable de enfermería el ICS era un información directa, me llama me explica que es lo que tenemos que hacer, y al mismo tiempo el ICS a través de los gerentes va a los directores y mi director **me indica mi punto en mi caso personal no sé dónde va a ir esto, pero es la vía más oficial y la que menos información tengo, por que? Porque hay muchos intermediarios y se pierde por el camino entonces la información que tengo más directa es cuando me llamen a mi, que solo pasado dos veces al año, o sea es información más directa pero poco frecuente, y la otra es información de menor calidad, algo suena pero no se sabe exactamente que están transmitiendo y lo tienes aquí al lado entonces puedes preguntar, entonces lo que yo tengo que hacer es contrastar haber si me están diciendo lo mismo. Toda información la tengo que contrastar porque sido y un paso y le voy a mis adjuntos una consigna que yo no haya contrastado, las estoy induciendo a error y aún así tengo que correr riesgos constantemente**.

**Comentari [S4]:** Transmisión de la información, cadena larga, diferentes interlocutores

**Comentari [S5]:** Búsqueda de recursos: información para la toma de decisiones sobre la gestión, para poder planificar, adapta directrices, nuevas formulas  
Competencias:  
Creatividad, proactividad para solucionar temas  
Comunicación-escucha

#### Entrev. 3

A ver por ejemplo una de mis tareas y de mis funciones es esto que te comento de los objetivos, nosotros hay una serie de objetivos, que nos vienen ya definidos por el servicio catalán de la salud, y que cada año los evalúan de ellos, entonces algunos son muy propios de enfermería entonces igual que antes pues yo hago una explotación de los datos de cada enfermera sobre cómo está alcanzando sus objetivos y pues en estas reuniones yo a la mejor le **pasó la información a todos para que ellos vean cómo van**.

**Comentari [JV6]:** recojo información, evaluo y traspaso información para que vean como van

### Entrev. 7

Yo veo resultados, ese es mi trabajo, yo creo que el secreto esta en los resultados, entonces yo siempre trabajo a largo plazo nunca a corto plazo. Yo cuando entre, pensé, todo el mundo te mira a ver si lo haces bien haber si das golpes espectaculares, yo no quiero dar golpes espectaculares, quiero que cuando se acabe la ..... Sobre papel, la gente que haya hecho el trabajo por el cual se le esta pagando y por el cual han sido contratadas y que además la forma, con el mínimo coste emocional o con el mínimo sufrimiento, yo siempre les digo que por sufrir no cobran. A mi me los van transmitiendo, pero yo no me conformo solo con que me llamen y me digan esto va así, busco información de todas partes, busco información complementaria casi siempre, o busco las formas... mira las formas en como hacen las otras personas, me relaciono...

**Comentari [S7]:** Gestión de procesos para conseguir resultados con el mínimo coste (absentismo, no coste emocional...)

**Comentari [S8]:** Búsqueda de recursos: información para la toma de decisiones sobre la gestión, para poder planificar, adapta directrices, nuevas formulas  
Competencias:  
Creatividad, proactividad para solucionar temas  
Comunicación-escucha

### Entrev. 8

La información que deba ser traspasada, porque no toda la información será traspasada, yo normalmente hago una reunión mensual con el equipo de una hora de duración, en la que informo al equipo de todas estas novedades, y de todas estas incidencias que quiero que quede equipo esté enterado, esta reunión sirve tanto para recordar el protocolo tal que decidimos en tal fecha y hasta en vigor y que hemos de cumplir lo, como sirve para informar a todo el equipo de algo que yo he recibido externamente, y estas reuniones son direccionales, es decir yo ocupo media hora para informar, para dar mi versión de cómo ha ido este mes, y lo que tenemos que hacer para el mes que viene, y otra media hora es reciproca, es para que alguien que tenga algo que decir sobre el equipo, o al director del equipo, el mejor momento es que se no? Normalmente en esas reuniones, raramente nadie me dice nada, y siempre acuden en momentos más puntuales, a buscarme en el despacho y tal, pero bueno esas reuniones equipo son precisamente para hacer equipo no? Para que todos compartamos las preocupaciones y conozcamos los problemas de un departamento igual que los del otro.

**Comentari [JV9]:** comunicación información de lo necesario para trabajar

## COMPETENCIA ADAPTABILIDAD

### Entrev. 11

A ver, yo ahora estoy en un momento, así por ejemplo dos personas en concreto una tercera que bueno es recurrente el conflicto, y yo con el tiempo he analizado que eso no es un conflicto puntual, es un conflicto personal. Ha llegado a ser el no aceptar que a mi se me eligiera como adjunta de enfermería, yo creo que también las personas en ese momento pensaba que el tema de la elección de las adjuntas de enfermería era una elección más, pues eso, como te diría yo, de votación, sabes? Y no es así, es un cargo de confianza, y que a mí me llamaron y me dijeron queremos que seas tú, y a ellos no lo llamaron y yo creo que esto a ellos les ha provocado, y digo a ellos porque se trata de una pareja, que se apoyan mutuamente y la otra persona, es una persona que se une a ellos cuando le interesa, entonces esto es recurrente y dificulta mucho. Porque yo he llegado, he hablado con ellos, he llegado a utilizar todas las armas posibles para poder intentar que no llegase a un conflicto más allá, he intentado conciliar el tema y veo que no, que no es posible, y tienes que aceptar que aquello no es posible, y eso cuesta mucho, pero bueno no tengo que aceptar porque así no es posible, porque así por en medio un tema personal. Adaptarte a la situación y ser asertivo, entender y aceptar la diferencia. Ya no me enfrento, ya lo veo.

**Comentari [JV10]:** el conflicto esta en no aceptar una decisión que es un puesto de confianza, el suyo

### Entrev. 6

Hace tiempo quizás habían mas diferencias que ahora, yo creo que nuestro modelo hace que sea muy flexible, pero para eso requiere que el que esté al frente sea flexible, haga participar a los que trabajan allí, pero el modelo ICS yo creo que hasta hace poco era poco flexible, muy rígido, no permitía que los trabajadores generaran y liberaran un proyecto y desde ese punto de vista yo creo que últimamente eso está mejorando mucho pero hace poco habían marcadas diferencias, creo que también en unas estructuras pequeñas facilita mucho la dirección al menos en un punto de vista mío, de un centro atención primaria, cuando te pierdes en estamentos te cuesta más conseguir lo que quieres. Cuando los niveles son menos, son menores tú puedes acceder más rápidamente a gerencia por ejemplo, o al director asistencial pues esto te facilita muchísimo el trabajo desde este punto de vista, yo creo que las microempresas son mejores que las macro este caso de un la mía es micro, es una empresa

**Comentari [JV11]:** flexibilidad

que tiene 300 atención primaria y eso facilita muchísimo la relación. Mira tienes y es facil que adaptarte y desarrollar comportamientos diferentes en función de la situación. Que es este el que me dice...pues no tratarlo como al otro.

Comentari [JV12]: adaptarte a la situación

## COMPETENCIA RESOLUCIÓN DE SITUACIONES

### Entrev 2

Yo creo que la estructura no, que creo que más bien es una cosa personal, y como afrontar pues el reto diario, de que el tiempo, y la gestión del tiempo muchas veces es una excusa, no tengo tiempo, pienso que no tengo el tiempo y no me paro, pues no tengo tiempo para resolver este gran problema, pero bueno yo gestión y tiempo y lo gestionó cada día, o y puede resolver el problema hasta aquí, dar los consejos hasta aquí, volver a citar a la persona evaluar si hemos resuelto este trocito abarcamos otra parte del problema, y así continuar, todo a la vez no se puede resolver, nuestro tiempo es limitado y lo tenemos que fraccionar, ir poco a poco. Creo que para mí el priorizar es fundamental. Esto antes, esto depuse, o esto es mas urgente o afecta a más personas

Comentari [JV13]: Gestionar el tiempo

### Entrev. 10

Es difícil, yo creo que a veces en una parte importante de mis tareas es apagar fuegos, problemas incidencias variopintas, graves o leves, que te llaman y que tienes que dar una respuesta inmediata, o a veces ser problema es leve pues esa respuesta de la pueden demorar un tiempo, pero eso siempre toca en una parte del día, entonces otra tarea importante del día, es hacer planificación de agendas para las enfermeras, coberturas, no se tres días que se piden de vacaciones, días de docencia, un poco tener esta planificación de la gente que tengo el agente que no bastar, cómo voy a cubrir la actividad que quedará pendiente, bueno es que son muchas cosas

Comentari [JV14]: apagar fuegos respuesta inmediata, planificar agendas

Las dificultades principales a veces es conseguir dar un buen soporte a los equipos atención primaria, los equipos directivos, con herramientas bastante rígidas, a ver explico, a veces hay una necesidad en un equipos atención primaria, estructural, porque hay que ampliar una consulta más, porque ha crecido la población, o la calefacción no funciona del todo bien, y hay que no repararla, sino renovarla del todo, grandes inversiones, en este caso el ICS cómo administración pública trabaja con presupuestos cerrados año a año por tanto yo cualquier demanda de infraestructuras que un equipo tenga por intentar tramitar la rápido pero necesariamente a de pasar por un concurso público, una serie de propuestas y etc. etc. En este caso trabajamos con trámites de administración pública que son bastante lentos, entonces mi principal problema es a veces hacer la demanda de la necesidades de verdad de ese equipo y tener la dificultad para darle respuesta relativamente ágil. Esto respecto de más infraestructura, pero también además de personal por ejemplo, los tipo de contrato del administración pública, son contratos, no es un contrato laboral fácil de contratar y de "descontratar", sino que a de pasar por un nombramiento etc. que hace firmar un montón de gente y eso tampoco es fácil este momento, porque veces hay necesidades de los equipos por ejemplo una plaza para tres meses, que después no haría falta más, y si la tienes corona tienes, y si la tienes le has de dar continuidad. La dificultad principal es responder a la necesidades reales de gestión del día a día con herramientas un poco lentas o difíciles de gestionar.

Comentari [JV15]: Dar respuestas a problemas concretos, con rapidez y sin presupuesto

Comentari [JV16]: Solucionar problemas del equipo

Comentari [JV17]: Proactivo, iniciativa

### Entrev.10

Si, si. Es decir yo me voy este mes con vacaciones y le toca una guardia, me buscó a alguien y se la cambio. Pero en éste caso, el profesional son las últimas vacaciones que era, porque se jubila, se marcha de la empresa y entonces bueno, me ha pedido que como no podrá gestionarlo el, haga yo la gestión, para solucionarle el tema de la guardia.

Comentari [JV18]: gestionar guardias implica que hay que negociar el como

Bueno, si, él habla con el director asistencial, habla con un compañero, y le comenta que como ya marcha, y que está de vacaciones, que estará de vacaciones en la guardia, que no la puede gestionar y que por favor se la arregle, como declinó tiene una respuesta positiva, pues el

director le dice que ya, que se lo apunta pero que ya veremos, entonces se utiliza otro canal, en el que me llama directamente a mí. Me llama el móvil, me deja un mensaje, y yo me pongo en contacto con él y me explica un poco la jugada, con lo cual si se me pide por mi parte una decisión porque realmente es un pacto, que si esta persona se va, se va antes de lo que tendría que ir, y no puede devolver la guardia, bueno él entiende que el director asistencial, no tiene el margen para ser esta función, y como necesita una solución pues va a mí.

**Comentari [JV19]:** da soluciones rapidas

## COMPETENCIA GESTION DE CONFLICTOS

### Entrev. 13

Bueno, pues hable con las personas afectadas, de manera individual primero, hable con los enfermeros y las enfermeras que más sufrieron los problemas de manera individual, para hacer un análisis, pero realmente que había pasado, cómo sabían sentido, que medidas correctoras pensaban ellos que podrían haber habido, para qué cara a otros años. Y esto también hablamos con todo el equipo de enfermería un poco para ser análisis grupal.... Entonces bueno a partir de ahí, al haber hecho este análisis, también nosotros a nivel de dirección, hemos tomado algunas medidas, un poco para evitar que esto pase de cara al año que viene. Lo más importante es hablar con las personas afectadas, comprobar que el problema que había pasado era real había ocurrido de esta manera, también trate el problema de manera colectiva, y busque datos reales, hechos como dirección.

**Comentari [JV20]:** hablar preguntar que harian ellos

**Comentari [JV21]:** buscar evidencias ante situaciones problematicas

### Entrev. 8

Yo tengo mi criterio, yo no sé si en otros centros funcionarán así, yo siempre pienso que si hay en un período, que no sea un período fuerte el trabajo, si me faltan dos personas con una, si me faltan dos, entonces hago dos medias agendas. Muchas veces no cubrió con nadie, si falta una persona no lo cubro, reparto de forma equitativa entre el equipo si esto ocurre, que cada día me cubren esta medias agendas. En este caso como coincide que se van varias personas, entonces lo que hago escoger un suplentes, uno o dos depende

**Comentari [JV22]:** toma decisiones sobre contrataciones 1 o 2 o repartir tareas entre el resto

Pues cómo puedo, con las armas que tú tienes para intentar, no entran en conflictos sino conciliar el tema y hacerle entender a aquella persona que posiblemente, bueno yo en aquel momento difícil que creía que estaba confundiendo el tema, que no estaba focalizando simplemente en mí, cuando habían otros factores que influían, como era el trabajo día a día, que se lo tenía que mirar, a decir realmente estaba bien o no, si no era así, pues intentar hacer un esfuerzo en ese tema, y a nivel de formación pues lo mismo, que no tenía la suficiente puntuación a nivel de formación, que también se lo mirara, que yo también estaba dispuesta a valorar en conjunto que es lo que hacía que no había podido conseguir lo de la carrera, e intentar mejorar para conseguirlo la próxima vez, pero bueno, yo creo que aquella vez esa persona también por tener problemas personales se ofuscó y bueno tuvo un conflicto importante, se fue llorando, cuando en realidad yo intenté que esa situación no se fuera a más, por ella por mí incluso, y bueno escogió la baja

**Comentari [JV23]:** explicacion es para que las personas lo entiendan

### Entrev. 9

Yo creo que el conflicto habitual, habitual... es la improvisación, a mí no... yo soy capaz de improvisar y de tomar decisiones con muy poca información, poca información es la que tienes y con ella tiene que actuar y no te puedes parar, pero uno de los conflictos que yo creo permanente, es la improvisación constante de todos los que tenemos alrededor. Te sabes la historia del reloj y la brújula, que la brújula es a dónde vas y el reloj es la urgencia, entonces el reloj se come a la brújula, perdemos el a dónde vas, estamos actuando a golpe de, corre que hay elecciones, esto no quiero para ya, porque sí no me van a empapelar, nos van a pedir el plan de no sé que, por favor corre ya, y entonces estamos así siempre, estamos actuando a acción –reacción muchas de las cosas con sólo darte unas horas de margen, las abordarías de una forma diferente.

**Comentari [S24]:** Improvisar, creatividad, tomar decisiones con poca información. Buscar nuevas soluciones

**Comentari [S25]:** Organización caracterizada, por incertidumbre en la información, cambios, urgencia, todo es rápido Competencias: saber adaptarse

Càtedra de Gestió, Direcció i Administracions Sanitàries  
Unidad Investigación Management  
UAB

## Escala de Competencias para la Dirección de Instituciones Sanitarias

Este cuestionario tiene como objetivo determinar la representatividad de diferentes competencias en relación a la labor de profesionales responsables de tareas de dirección y gestión en instituciones sanitarias. Por este motivo, no hay respuestas correctas o incorrectas. El cuestionario está integrado por 15 competencias. En cada competencia, hay un conjunto de comportamientos o indicadores. Para responder al cuestionario, usted tendrá que determinar, para cada comportamiento, en qué medida está presente en su labor cotidiana. Para ello, dispondrá de las siguientes opciones:

- 0 = No se realiza
- 1 = Se realiza muy poco (es una actividad esporádica)
- 2 = Con cierta frecuencia (es una actividad que se realiza en ocasiones pero no con asiduidad)
- 3 = Se realiza habitualmente (es una actividad común en mi trabajo)

Antes de responder, lea cuidadosamente cada uno de los comportamientos. Para responder, sólo tendrá que marcar con una "X" la casilla correspondiente.

Gracias por su participación.



## A. Planificació

Definició: *ordenar prioritzar y secuenciar las actividades, en el marco estratégico de la Institución.*

	0 No se realiza	1 Se realiza muy poco	2 Se realiza con cierta frecuencia	3 Se realiza habitual- mente
A1. Poner en práctica un programa con la secuencia de acciones necesarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2. Repartir el tiempo entre actividades asistenciales y actividades de gestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3. Priorizar las actividades en función del análisis de necesidades realizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4. Desplegar la logística para que se puedan llevar a cabo los procesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5. Desarrollar acciones para conseguir las metas marcadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6. Iniciar un proceso de trabajo observando, analizando y valorando las situaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A7. Marcar objetivos a corto, medio y largo plazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8. Realizar previsión de los resultados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A9. Cuadrar agendas: incorporar a las agendas cotidianas los cambios que se hacen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A10. Hacer la planificación de las necesidades y comunicarlos a servicios centrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## B. Organización

Definición: *combinar recursos (tiempo, espacio y personas) para el buen desarrollo de las actividades en el tiempo adecuado.*

	0 No se realiza	1 Se realiza muy poco	2 Se realiza con cierta frecuencia	3 Se realiza habitual- mente
B1. Ordenar las acciones con tiempo, teniendo en cuenta las agendas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2. Proveer los medios, consejos o formas para que todo el mundo tenga las condiciones necesarias para realizar su trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3. Dar soporte a la organización de las actividades favoreciendo los contactos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4. Dar apoyo a las necesidades de los equipos y cubrir sus demandas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5. Organizar grupos para dar soporte y apoyo a los profesionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B6. Poner en sintonía personas, tiempos y procesos para ser eficaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B7. Procurar los recursos adecuados y necesarios a las estructuras sanitarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B8. Redistribuir los recursos según las necesidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B9. Buscar recursos para las necesidades que se detecten (personas, materiales tiempos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## C. Supervisión

Definición: *hacer el seguimiento de las acciones que se desarrollan para evaluarlas.*

	0 No se realiza	1 Se realiza muy poco	2 Se realiza con cierta frecuencia	3 Se realiza habitual- mente
C1. Informar si existen problemas de los cuales se es responsable (mantenimiento, funcionamiento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2. Obtener y analizar indicadores que permitan verificar si se obtienen los resultados esperados para introducir mejoras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3. Llevar a cabo un control de cómo se van consiguiendo los resultados para introducir mejoras en cada uno de los resultados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4. Revisar los resultados y mejorarlos para conseguir el cumplimiento de los objetivos marcados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5. Hacer un seguimiento global de lo que se ha desplegado y que integre todos los procesos que están delegados en otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C6. Establecer herramientas o indicadores que informen de cómo se van desarrollando los procesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C7. Gestionar los presupuestos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## D. Iniciativa

Definición: *dar sugerencias y proponer acciones diferentes a los actuales para mejorar las actividades y resultados*

	0 No se realiza	1 Se realiza muy poco	2 Se realiza con cierta frecuencia	3 Se realiza habitual- mente
D1. Proponer formas alternativas de llevar a cabo las actividades y procesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2. Comprobar que las acciones se pueden hacer o buscar alternativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3. Escenificar el proceso de trabajo con el equipo para minimizar los tiempos y flujos de actividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4. Buscar soluciones creativas, diferentes de las actuales ante los conflictos generados por la gestión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5. Recoger informaciones para prever alternativas de decisión (proactividad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6. Adelantarse a las situaciones con iniciativas creativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D7. Propiciar la búsqueda de alternativas para solucionar situaciones imprevistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D8. Generar criterios con otras unidades o estructuras para coordinarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D9. Buscar vías alternativas (fuera del circuito) para generar respuestas rápidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D10. Analizar situaciones no estándares en las que no se tienen indicadores de referencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D11. Buscar y analizar soluciones diferentes a situaciones complejas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## E. Resolución de situaciones complejas y manejo de la incertidumbre

Definición: *tomar decisiones para resolver situaciones cotidianas del trabajo también en condiciones de incertidumbre.*

	0 No se realiza	1 Se realiza muy poco	2 Se realiza con cierta frecuencia	3 Se realiza habitual- mente
E1. Tomar decisiones en un espacio y tiempo concreto con inmediatez (rapidez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2. Resolver situaciones en un corto espacio de tiempo en las que están implicadas diversas personas (incluso de diferentes niveles organizativos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3. Resolver situaciones complejas con información escasa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4. Dar soporte sobre todo en la búsqueda de recursos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5. Tomar decisiones respecto a la gestión del presupuesto económico para solucionar eventualidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6. Tomar decisiones utilizando el poder del cargo para solucionar problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E7. Solucionar los problemas cotidianos rápidamente con una acción directa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E8. Resolver problemas para orientar a las personas hacia objetivos comunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E9. Autorizar la toma de decisiones de otros sobre problemas graves o decisiones importantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E10. Resolver problemas operativos priorizando tareas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E11. Iniciar y finalizar, en un espacio corto de tiempo (días), un proceso de trabajo con poca información.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## F. Gestión de los conflictos interpersonales

Definición: *tomar decisiones para resolver problemas interpersonales.*

	0 No se realiza	1 Se realiza muy poco	2 Se realiza con cierta frecuencia	3 Se realiza habitual- mente
F1. Establecer vías de dialogo ante situaciones de conflicto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F2. Busca elementos que permitan el acercamiento ante posturas distantes, que generan conflicto (mediación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3. Gestionar los conflictos entre el personal y sus pacientes aportando soluciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4. Manejar relaciones difíciles en las que intervienen personas con planteamientos diferentes abriendo vías de solución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5. Recoger información de las diferentes personas implicadas en una situación de conflicto para no tomar decisiones de forma unilateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F6. Pedir soluciones a los interesados en situaciones de crisis para encontrar una salida conjunta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## G. Visión global de la situación

Definición: *posicionarse desde una visión que integre los diferentes elementos del contexto.*

	0 No se realiza	1 Se realiza muy poco	2 Se realiza con cierta frecuencia	3 Se realiza habitual- mente
G1. Analizar situaciones no estándares en las que no se tienen indicadores de referencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2. Visualizar cómo y donde se van a llevar a cabo los procesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3. Gestionar las anomalías integrando puntos vista internos y externos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G4. Resolver situaciones desde un plano estratégico para conseguir objetivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G5. Enfocar las situaciones actuales desde una perspectiva de cambio que requiere de respuestas creativas y globales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G6. Establecer relaciones con múltiples interlocutores para gestionar el Centro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G7. Observar las experiencias de los otros para obtener información	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## H. Empatía

Definición: *sentir y comprender las emociones ajenas como propias.*

	0 No se realiza	1 Se realiza muy poco	2 Se realiza con cierta frecuencia	3 Se realiza habitual- mente
H1. Incorporar elementos nuevos para motivar a las personas conociendo sus intereses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H2. Buscar informaciones para conocer a tu gente y motivarlos, buscar complicidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3. Aceptar y analizar las ideas ajenas aunque sean contrapuestas a las propias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H4. Intentar saber lo que piensa la gente sobre los objetivos a partir de diferentes canales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H5. Comunicar lo que se quiere que se conozca pensando en el que lo recibe para que lo entienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6. Conocer las necesidades de las personas para que puedan realizar sus tareas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



I. Capacidad de comunicación Resolución de situaciones complejas y manejo de la incertidumbre

Definición: *expresar hechos o ideas en términos comprensibles para el interlocutor de tal modo que permita comprender la información o darla.*

	0 No se realiza	1 Se realiza muy poco	2 Se realiza con cierta frecuencia	3 Se realiza habitual- mente
I1. Dar instrucciones de trabajo con la información completa y necesaria para su ejecución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I2. Realizar un discurso asertivo en el que el otro está presente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I3. Argumentar utilizando técnicas asertivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I4. Comunicar la decisión tomada relacionándola con las oportunidades que representa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I5. Comunicar una acción buscando apoyos para convencer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I6. Vender la idea a los interlocutores para desarrollar un proyecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I7. Utilizar recursos comunicativos con el equipo propio y con los de arriba, que genere confianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I8. Explicar las decisiones tomadas y viabilidad al equipo de dirección para ponerlo en marcha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I9. Transmitir información a la dirección de la situación del servicio para solicitar recursos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I10. Transmitir la comunicación por los canales establecidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I11. Dar informaciones que faciliten la tarea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I12. Argumentar en base a conocimientos técnicos para favorecer los cambios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I13. Transmitir información para contagiar el interés por el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I14. Entrevistarte con las personas para informar de la marcha del trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I15. Transmitir las informaciones que vienen marcadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## J. Gestión de la información

Definición: *buscar y seleccionar los elementos necesarios que favorezca crear una información eficaz y fidedigna.*

	0 No se realiza	1 Se realiza muy poco	2 Se realiza con cierta frecuencia	3 Se realiza habitual- mente
J1. Buscar información en diferentes fuentes para completar la que se tiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J2. Contrastar la información que se tiene con la recibida por otras fuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J3. Recoger información de las reuniones para dar el feedback a los equipos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J4. Generar espacios informales de comunicación para intercambiar ideas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J5. Comunicar los cambios buscando el medio más eficaz (papeles, corchos, e-mail)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J6. Generar informaciones para facilitar que las personas estén informadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J7. Demandar información a las diferentes unidades productivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J8. Generar información que puede estar automatizada o no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J9. Facilitar vías de comunicación de los trabajadores hacia la dirección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J10. Gestionar la información dispersa y precipitada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J11. Dejar las puertas abiertas para que las personas puedan venir a presentar sus opiniones diversas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## K. Orientación al cliente

Definición: *reconocer quienes son los clientes internos y externos, y valorar los recursos, necesidades y expectativas de ellos, para buscar soluciones.*

	0 No se realiza	1 Se realiza muy poco	2 Se realiza con cierta frecuencia	3 Se realiza habitual- mente
K1. Adaptar directrices y programas a la realidad del Centro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K2. Implantar los servicios teniendo en cuenta el perfil del usuario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K3. Seleccionar la información a transmitir según el colectivo con el que se trabaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K4. Tener en cuenta las demandas y estudiar la solución entre todos (ver si es factible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K5. Atender las demandas variadas que te vienen del exterior (ayuntamientos, alcaldes, usuarios) dando una respuesta diversificada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K6. Analizar las situaciones diversas para satisfacer a los diferentes usuarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K7. Utilizar sistemas diferentes para valorar a las personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## L. Capacidad negociadora

Definición: *conseguir un acuerdo en situaciones de conflicto de intereses, obteniendo el máximo beneficio de la situación, para ambas partes.*

	0 No se realiza	1 Se realiza muy poco	2 Se realiza con cierta frecuencia	3 Se realiza habitual- mente
L1. Pactar actividades en función de los intereses de las personas implicadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L2. Sopesar las ventajas e inconvenientes antes de presentar una propuesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L3. Establecer acuerdos con el exterior, los superiores y las demandas del equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L4. Marcar objetivos basados en el consenso previo entre el equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L5. Conseguir acuerdos mínimos que ayuden a generar acuerdos mayores con el tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L6. Respetar las normas pactando previamente el compromiso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L7. Establecer acuerdos sobre "como" hacer las actividades mas que el "qué" hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## M. Adaptabilidad

Definición: *trabajar en diferentes entornos, manteniendo la eficacia en una gran variedad de situaciones, responsabilidades y grupos.*

	0 No se realiza	1 Se realiza muy poco	2 Se realiza con cierta frecuencia	3 Se realiza habitualmente
M1. Mostrar diferentes comportamientos en función de las personas implicadas o la situación a resolver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M2. Ser eficaz con personas que no conoces su respuesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M3. Tener en cuenta las necesidades de los demás y cambiar la manera de dirigir para conseguir objetivos (dar más instrucciones o no)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M4. Ser capaz de encontrar alternativas de cambio aunque sea en situaciones inciertas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M5. Adaptar las directrices a las situaciones cotidianas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## N. Trabajar en equipo

Definición: *hacer participar a los equipos para que desarrollen sus potencialidades, compartan objetivos y alcancen resultados.*

	0 No se realiza	1 Se realiza muy poco	2 Se realiza con cierta frecuencia	3 Se realiza habitual- mente
N1. Aconsejar y asesorar a los miembros del equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N2. Ser facilitador de la actividad que lleva a cabo el servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N3. Actuar como referente asesor o consultor ante las situaciones que se presentan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N4. Gestionar las reuniones para facilitar el trabajo en equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N5. Gestionar el trabajo en equipo como fuente de intercambio de conocimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N6. Compartir informaciones con el equipo de las situaciones complicadas, para favorecer la cohesión e implicación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N7. Hace participar a las personas en los equipos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N8. Ser dinámico para que el grupo no sea pasivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N9. Favorecer la emergencia de puntos comunes en los equipos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## O. Liderazgo de personas

Definición: *Influir en las personas y grupos de acuerdo a sus niveles de autonomía para conseguir desarrollarse.*

	0 No se realiza	1 Se realiza muy poco	2 Se realiza con cierta frecuencia	3 Se realiza habitual- mente
O1. Ayudar a sus colaboradores a solucionar los problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O2. Dar informaciones de cómo va el trabajo para motivar a las personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O3. Escuchar a las personas del equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O4. Evaluar las capacidades y disposición de cada miembro antes de asignarle una actividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O5. Mostrar liderazgo y dar confianza a los colaboradores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O6. Asegurar el equilibrio y equidad en la distribución de tareas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O7. Facilitar el aprendizaje entre las personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O8. Adopta diferentes comportamientos de líder en función de la persona implicadas y la situación a resolver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O9. Saber estar en las reuniones de dirección defendiendo al equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O10. Saber estar en los actos protocolarios en representación del centro o unidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información adicional

Edad

Género

Masc

Fem

Formación

Tipo de puesto

N1

N2

Antigüedad en el puesto

Población en la que se ubica el centro  
en el que trabaja

Cantidad de población asistida

**Gracias por su participación**