

REPÚBLICA DE COLOMBIA



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

*“Diseño de competencias comportamentales para equipo de enfermería de una organización de la salud que presta servicios a pacientes crónicos ventilados y no ventilados”*

**PROYECTO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGÍSTER EN GESTIÓN  
HUMANA PARA ORGANIZACIONES SALUDABLES DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA  
BOLIVARIANA  
MEDELLÍN - COLOMBIA**

MAGÍSTER: Ana Lorena Acosta Rengifo

DIRECTORA DE PROYECTO: María Alejandra Gómez Vélez

MEDELLIN, AÑO 2018

Medellín, 16 de febrero de 2018

Ana Lorena Acosta Rengifo

“Declaro que esta tesis (o trabajo de grado) no ha sido presentada para optar a un título, ya sea igual forma o con variaciones, en esta o cualquier otra universidad” Art 82 Régimen Discente de formación Avanzada.

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, cursive letters that appear to be 'ALR'.

Firma

## **Resumen**

Uno de los conceptos fundamentales marcados por las tendencias nueva en la gestión humana es la gestión por competencias, propuesta que aporta a las organizaciones un valor agregado para la personalización de sus perfiles de cargo. Por ello, el actual estudio usa el concepto de competencias y su metodología para el diseño e implementación de un catálogo de competencias para equipos de enfermería a cargo del cuidado del paciente crónico ventilado y no ventilado, con el fin de encontrar en estos servicios personal capacitado para dar atención humanizada que permita la rehabilitación de dichos pacientes. El presente diseño se convierte en una herramienta que podrán utilizar no solo las empresas prestadoras de servicios en salud para el paciente crónico, sino que apoyará también procesos de formación en las instituciones de educación superior y otras que tengan adscritos los programas de auxiliar de enfermería y enfermería. Palabras clave: competencia, humanización, servicios en salud, paciente crónico.

## **Abstrac**

One of the fundamental concepts marked by new trends in human management is competence management, a proposal that gives organizations added value for the personalization of their job profiles. Therefore, the current study uses the concept of competencies and its methodology for the design and implementation of a catalog of competencies for nursing teams in charge of chronic ventilated and non-ventilated patients, in order to find in these services trained personnel to provide humanized care that allows the rehabilitation of such patients. The present design becomes a tool that can be used not only by health care providers for the chronic patient, but also support training processes in higher education institutions and others that have the nursing assistant programs and Nursing.

Key words: competence, humanization, health services, chronic patient.

## **Dedicatoria**

Este trabajo se lo dedico a las personas que creyeron en mí para desarrollar una maestría, pero en especial a mi padre José Luis Acosta Bustillo, quien siempre estuvo a mi lado, dando su apoyo para que este proceso terminara con éxito. ¡Gracias, papá, te dedico esta tesis!

## **Agradecimientos**

Primero, gracias a Dios por darme la capacidad tanto intelectual como económica para el desarrollo de esta maestría; a mi familia, por el respaldo constante; a mi esposo, por su paciencia; a mi asesora María Alejandra Gómez Vélez, por su orientación científica y metódica; y a mis amigos, por su comprensión.

## **Contenidos**

### Capítulo I: Introducción 1

1.1 Antecedentes 1

1.2 Planteamiento del problema 3

1.3 Justificación 4

1.4 Objetivos 5

1.4.1 Objetivo General 5

1.4.2 Objetivos Específicos 5

1.5 Método 6

### Capítulo II: Marco Teórico 7

2.1 Historia, evolución del término competencia. 7

2.2 Definiciones 8

2.3 Características 10

2.4 Clasificación 11

2.5 Limitaciones de las competencias 15

2.6 Empleabilidad 15

2.7 Sensibilización del proceso del digno morir 16

2.8 Humanización, factor importante de la atención en salud 17

2.9 Responsabilidad del profesional en Enfermería, regulación del estado Colombiano 21

### 3. Capítulo III: Método 23

3.1 Introducción 23

3.2 Perspectiva metodológica: aspectos generales 23

3.3 Diseño metodológico 24

3.4 Población y participantes 24

3.5 Consentimiento informado 25

### 4. Capítulo IV: Resultados 26

4.1. Introducción 26

4.2 Presentación de los resultados 26

### 5. Capítulo V: Conclusiones 38

Referencias 40

Apéndices 44

Apéndice A. Perfil de cargo Auxiliar de Enfermería 44

Apéndice B. Perfil de cargo Enfermero 48

Apéndice C. Perfil de cargo Líder de Enfermería 52

Apéndice D. Entrevista semiestructurada 57

Apéndice E. Consentimiento informado para entrevistados 58

Apéndice F. Consentimiento informado para organización 59

## Lista de tablas

- Tabla 1. Aportes del modelo de gestión por competencias 15
- Tabla 2. Familia de competencias y definición 26
- Tabla 3. Familia de competencias y competencias 27
- Tabla 4. Competencias y definición de competencias 28
- Tabla 5. Competencias, descriptores y cargos: trabajo en equipo 29
- Tabla 6. Competencias, descriptores y cargos: comunicación interpersonal 30
- Tabla 7. Competencias, descriptores y cargos: resolución de conflicto 30
- Tabla 8. Competencias, descriptores y cargos: desarrollo de equipos de trabajo 31
- Tabla 9. Competencias, descriptores y cargos: desarrollo de colaboradores 32
- Tabla 10. Competencias, descriptores y cargos: empoderamiento y delegación 32
- Tabla 11. Competencias, descriptores y cargos: toma de decisiones 33
- Tabla 12. Competencias, descriptores y cargos: orientación de resultados 34
- Tabla 13. Competencias, descriptores y cargos: negociación y relaciones públicas 34
- Tabla 14. Competencias, descriptores y cargos: servicio de calidad 35
- Tabla 15. Competencias, descriptores y cargos: orientación al servicio 35
- Tabla 16. Competencias, descriptores y cargos: disposición al aprendizaje 36
- Tabla 17. Competencias, descriptores y cargos: capacidad de aprendizaje 36
- Tabla 18. Competencias, descriptores y cargos: competencia técnica para el cargo 37



## **Lista de Figuras**

1. Modelo de iceberg de Spencer y Spencer 12
2. Clasificación de competencias según su dificultad 13
3. Relación entre las competencias 14

## Capítulo I: Introducción

### 1.1 Antecedentes

Cuando se habla gestión humana se retoma a sujetos que integran las organizaciones y que en un momento determinado realizan funciones seleccionadas, considerando que, si se vuelven a enfocar los avances industriales en la sociedad, se identifica que estos están destinados a suplir las carencias y necesidades de la misma.

Las empresas, sin importar sus razones (religiosas, políticas, económicas, etc.) absorben a los sujetos, los cuales al tiempo se convierten una vez más en dependientes de la actividad organizacional. Todo este proceso ha llevado, con el crecimiento de la empresa, a pensar que poseer un mayor número de empleados ocasiona el aumento de la complejidad de los recursos necesarios para el crecimiento.

En las últimas tres décadas, con respecto al paradigma productor, se incrementa la necesidad de generar prácticas innovadoras en el ambiente de trabajo y la participación de los colaboradores en la producción, no solo en la puesta en marcha de su fuerza laboral, sino en integrar sus capacidades y saberes no específicos, lo cual al mismo tiempo tiene relación con la lógica comportamental en cuanto a la relación laboral (Mournier, 2001).

Con el desarrollo de los nuevos lineamientos de gestión humana durante los últimos diez años, se evidencia principalmente un cambio en la percepción, donde se deja de considerar al colaborador como un gasto y se percibe como un recurso, y se incorpora en el plan estratégico organizacional en todas sus intervenciones (Marrero 2002; Velázquez, 2002); por tanto, la adquisición de una conciencia de la relevancia estratégica de los recursos humanos se transforma en fuente de generación de ventajas competitivas sostenidas para la organización.

Es importante señalar que, con el paso de tiempo, este término recurso, el cual ya se tuvo en cuenta en el plan estratégico de la organización, se considera en los últimos años como inversión en términos de la necesidad que genera el mercado en el fortalecimiento de lo “cognitivo” dentro de los procesos de conocimiento y capacidades. La garantía del acceso a la información para generar programas de formación continua durante la vida laboral requiere la necesidad que esta inversión impacte los procesos de productividad, convirtiéndose en un valor añadido de “ideas y conocimientos” que debe concluir en incentivos contables para el fomento de competencias. (Kohler, 2000)

En consecuencia al concepto referido de recursos humanos, que llevan en sí la carga de los sistemas de globalización y el giro tecnológico, se ha propuesto en América Latina fortalecer las metas encaminadas a las áreas de desarrollo social y competitividad, más aún cuando de desarrollo de competencias y atención de recursos humano se trata, (Suárez & Castellanos, 2006).

Las necesidades de las prácticas nuevas en gestión humana son las relativas a la alineación los planes estratégicos de las organizaciones, en cuanto el desarrollo del capital humano, validando el aporte a la estrategia desde el potencial de sus colaboradores (Alles, 2000).

El valor de la concepción de los recursos humanos que se ha mostrado antes también es una respuesta a las necesidades que existen en Colombia, en vista de lo cual es necesaria la identificación correcta de las competencias laborales, concepto que no es nuevo, y ha venido evolucionando. Antes de que este enfoque se generara, se impulsaban proyectos regionales y nacionales donde se involucraba la certificación ocupacional con base en competencias laborales incipientes (Escobar, 2005). Estudiar las necesidades crecientes es una exigencia y, como menciona Escobar (2005), son muchos los autores que abordan el tema de competencias laborales; concuerdan en señalar que estas se han convertido en un pilar para aumentar el rendimiento laboral, la motivación y la prestación de servicio de óptima calidad.

Por ello, las competencias laborales han emergido como una maniobra con la cual se busca realizar procesos de formación en el individuo, en respuesta a las necesidades de la organización y más aún, en relación con las competencias solicitadas para desempeñar funciones inherentes a los diferentes procesos productivos que se ejecutan dentro de la organización (Suárez & Castellanos, 2006).

La aceptación de esta aseveración ayuda a pensar en que la teoría de las competencias se transforma en una metodología que aporta para el recurso humano en procesos tales como diseño de cargos, selección, reclutamiento, gestión del desempeño, formación, entre otros, y contribuye al desarrollo de los objetivos organizacionales, aportando un soporte fundamental en la estrategia organizacional (Gallego, 2000).

El diseño de competencias comportamentales se convierte de este modo en una herramienta que apoya conocimientos propios de cada organización, lo que, combinado con las necesidades de la organización, aporta al trabajo conjunto entre colaboradores, empresas y educadores.

## 1.2 Planteamiento del problema

Cuando se consideran servicios en salud, se habla de instituciones que brindan asistencia sanitaria, y comprenden en sí un sistema de mantenimiento, restauración y promoción de la salud, entendiéndose los servicios en salud no solo en función de diagnosticar y realizar tratamiento de enfermedades, sino de aportar en la prevención y rehabilitación de la salud. Por tanto, al mirarse desde varios enfoques, se habla de uno de los pilares de la sociedad y la economía, pensamiento que va acorde con la aportación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), pues este es un derecho fundamental, así como el derecho a la protección. Sin embargo, el acceso a la atención en salud constituye uno de los desafíos más grandes de Colombia, y la escasez de personal calificado aumenta este desafío.

Como ya se mencionó, dentro de los servicios en salud existen la promoción y prevención, pero también existen otros servicios como son los de hospitalización, urgencias, unidad de cuidados especiales (UCE), unidad de cuidados intensivos (UCI), unidad para el cuidado del paciente crónico ventilado y no ventilado, entre otros. Cabe mencionar entonces que esta última se enfoca como uno de los objetos del actual trabajo de grado.

Las unidades de cuidado para el paciente crónico ventilado y no ventilado, con los cambios demográficos que han venido ocurriendo en el mundo durante las últimas décadas, donde el incremento por muerte en 2005, por enfermedad crónica, es el 60% de un total de muertes ocurridas (Beratarrechea, 2010), llevan a pensar que el incremento en la esperanza de vida pone sobre la mesa el envejecimiento creciente de la población mundial, lo cual genera en la mayoría de los países un incremento en la demanda de los servicios en salud (Mitre, 2002). Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015), las patologías crónicas causarán el 73% de las muertes en el mundo en 2020. En esa fecha, supondrá también el 60% de la carga global de enfermedad.

Como afirman Jiménez, Jojoa y Carrillo, citados por Beratarrechea (2010), con el aumento del envejecimiento, el riesgo de adquirir una enfermedad crónica o una discapacidad aumenta, debido a lo cual mantener las condiciones de vida y la asistencia integral se hace necesario cada vez con mayor fuerza.

Las complicaciones en la mayoría de los casos del paciente crónico ventilado y no

ventilado se deben a secuelas de accidentes cerebrovasculares, fracturas por caídas, traumas raquimedulares, enfermedades cardiovasculares o pulmonares, dependencias causadas por enfermedades mentales, entre otras; pero existen otras patologías importantes que sufre el paciente crónico tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipotiroidismos, enfermedades autoinmunes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica entre otras.

Si se habla entonces del tipo de servicio que se presta al paciente crónico ventilado y no ventilado, es un servicio de hospitalización con diferencias respecto del manejo cotidiano. Las diferencias, en primer lugar, atañen a las condiciones de estancia que, en la mayoría de los casos, tienen un tiempo mínimo de permanencia de seis meses, estado en que se observan unas condiciones de dependencia con respecto a equipos, y otras de carácter más individualizado. Asimismo, se requiere mayor presencia del grupo familiar, oportunidad en la atención, humanización en el cuidado, sentido de urgencia, y dedicación y atención moral, espiritual y psicológica, situación que manifiesta la condición de vulnerabilidad del paciente debido a la dependencia para su cuidado. El equipo a cargo tendrá entonces la responsabilidad de prestar un servicio integral, que le permita al paciente crónico ventilado y no ventilado la oportunidad de reinsertarse, dentro de sus posibilidades, en la cotidianidad de su vida.

Llegar al nivel antes caracterizado será posible si se cuenta con un equipo idóneo para el acompañamiento del paciente; por esta razón se hace necesario desde la gestión humana contar con el personal competente para dicha atención; y se convierte en el objeto principal del actual proyecto de grado, diseñar competencias comportamentales para el equipo de enfermería de una organización de la salud, que presta servicios a pacientes crónicos ventilados y no ventilados. Es así que para este trabajo de investigación se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las competencias comportamentales requeridas para un equipo de enfermería de una organización de salud que presta servicios a pacientes crónicos ventilados y no ventilados?

### **1.3 Justificación**

Las condiciones cambiantes de los mercados y los distintos sistemas de competitividad generan en las organizaciones la necesidad de incluir el factor humano (cognitivo), en el andamiaje estratégico, teniendo en cuenta que el talento impacta en la prestación de servicios de calidad, dignidad y rentabilidad de una empresa. Si consideramos entonces, el talento como eje fundamental, vale la pena tener en cuenta que existe un grupo de sujetos desmotivados por el

trabajo, y se enfocan en su labor por razones de atender sus necesidades de sobrevivencia y no necesariamente en la misión y compromiso de la organización. De igual modo, puede existir otro grupo que visualiza la organización como un sistema dinámico donde las personas se convierten en factor fundamental para el desarrollo de competencias diferenciadoras que ayudan a la rentabilidad y el crecimiento de la empresa (Gómez, 2006).

Los modelos encontrados para la generación de competencias diferenciadoras no se presentan de manera uniforme, son diversos y con diferencias en el impacto de resultados, lo cual depende del tipo de organización y las metas planteadas. La falta de coherencia entre los conceptos hace pensar según Gómez (2006) que es necesario generar un sistema contextualizado en cada empresa.

La importancia del actual trabajo de grado radica en que permitirá presentar un diseño de competencias comportamentales para equipos de enfermería que se vean enfrentados al cuidado del paciente crónico ventilado y no ventilado, brindando el cuidado de maneras intramural y extramural; también servirá para personal que labore en unidades de cuidados intensivos con el paciente vulnerable por la dependencia del cuidado que requiere. Podrá ser utilizado en las instituciones de educación superior y por personal de auxiliares de enfermería o profesionales de enfermería, con el fin de transmitir la necesidad en la profundización del desarrollo de competencias para el cuidado de paciente crónico. De igual forma, será útil para las organizaciones prestadoras de salud, en las cuales se incluya la atención al paciente crónico; asimismo, aportará en el paso inicial de la estructuración de un programa de formación y capacitación del personal que presta servicios de salud, con el objetivo de aportar a la solución de uno de los desafíos serios ante los que se encuentra Colombia, como es tener personal capacitado e idóneo para la prestación del servicio de salud a pacientes con necesidades especiales.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo general**

Diseñar competencias comportamentales para equipo de enfermería de una organización de la salud que presta servicios a pacientes crónicos ventilados y no ventilados.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- ✓ Identificar las competencias comportamentales para equipo de enfermería de una organización de la salud que presta servicios a pacientes crónicos ventilados y no ventilados.
- ✓ Elaborar competencias del cargo del área de auxiliar de enfermería, enfermeros y líder de enfermería para una organización de la salud que presta servicios a pacientes crónicos ventilados y no ventilados.

### **1.5 Método**

La investigación realizada es aplicada a un caso particular, como lo es una organización que presta servicios a pacientes crónicos ventilados y no ventilados de la ciudad de Medellín. Como técnicas de recolección de información, se utilizaron entrevistas individuales a personal auxiliar y profesional de enfermería, para una muestra total de 150 entrevistas.

## Capítulo II Marco teórico

### 2.1 Historia y evolución del término competencia

El llamado movimiento de la fuerza de trabajo, que incluía tener en cuenta los sitios de trabajo, para luego formar la fijación de los puestos de trabajo, aportó a la organización los procesos jerárquicos y productivos, lo que ayudó a constituir una tarea con gran éxito que se fundamentó en los años de Estado de Bienestar; con el robustecimiento y alineamiento de las relaciones laborales y normas del trabajo, se ancló el ascenso del trabajador a la categoría de ciudadano (Castel, 1997).

Aparece entonces la noción del termino competencia en la década de los 80, un con éxito tal, que se ha dado a conocer en muchos debates en torno al trabajo, dando claridad a los parámetros que permiten definir el desempleo y la precarización del trabajo; se ancla como un concepto innovador, dando respuesta a la solución formativa de los parámetros de desempleo (Drolas, 2010).

Este concepto fundamental de la historia encuentra sus orígenes en el profesor de psicología de la Universidad de Harvard, David McClelland (1973), y también en alguna literatura antes de este, lo que ayuda a comprender mejor el término competencia. Es en 1949 cuando T. Parsons diseña un esquema que permitirá estructurar las situaciones sociales en relación con variables; si se retoma una de ellas, logros versus atributos, permite tener incipientemente como se puede llegar a valorar al sujeto por resultados determinantes, en cambio de hacerlo por cualidades que son asignadas en forma inequitativa. Años más tarde, en 1958 Atkinson demuestra por medio de estadísticas que el dinero de convierte en un incentivo cuando va ligado a resultados concretos (Escobar, 2005).

Si se revisa la historia el profesor McClelland (1973) propone el concepto de motivación como una nueva condición para saber, desempeño/calidad, validando el término como “necesidad de logro”. Basado en este aporte, McClelland, citado por Escobar (2005) plantea la relación entre este tipo de necesidades y éxito profesional, lo cual ayuda a las organizaciones a seleccionar personas con un alto nivel, enfocando las necesidades organizacionales y relacionándolas con la posibilidad de desarrollo futuro de estas personas en la organización.

Después de los estudios realizados por McClelland (1973), se logra identificar que la



formación académica y los test de inteligencia por sí solos no demuestran la confiabilidad en la adaptación a la vida cotidiana y como resultado al logro profesional (Escobar, 2005).

El paso realizado por McClelland (1973) por el concepto de motivación favoreció el descubrimiento de variables innovadoras a las que se les llamó competencias que ayudan a mejorar la predicción del desempeño laboral, este descubrimiento se relacionó con la necesidad de ubicar estas competencias en relación con el puesto de trabajo; estas se crean en una forma de evaluar aquello que realmente causa un rendimiento superior en el trabajo y no apuntan a la evaluación de características (Escobar, 2005).

Otro autor que sigue la misma línea de investigación es, Boyatzis citado por Escobar (2005), quien investiga las competencias que influyen en el desempeño de los directivos, utilizando para dicho análisis la adaptación de incidentes críticos, y concluye que existen variables que posee cada persona y otras que desarrollan.

## **2.2. Definiciones**

Existen múltiples definiciones cuando de describir las competencias laborales se trata; en este apartado se enuncian las más utilizadas para definir el término y que han tenido relevancia en el tema.

Una definición encontrada es la de característica subyacente de un individuo que está causalmente relacionada con un desempeño efectivo o superior en un trabajo (Boyatzis citado por Horton, 2000). Otra definición se presenta de manera singular para “unas características subyacentes de una persona que da por resultado un desempeño efectivo y/o superior en un cargo” (Hoffman, 1999, p. 278).

Otra definición encontrada muestra que las competencias “son un conjunto estabilizado de saberes y saber hacer, de conductas tipo, de procedimientos estándar, de tipo de razonamiento que se pueden poner en práctica con nuevo aprendizaje” (Montmollin citado por Levy-Leboyer, 1997, p. 40).

También se encuentra en las definiciones, la que indica que “las competencias son conductas laborales de la gente necesarias a desplegar para hacer un trabajo efectivo” (Montomollin citado por Levy-Leboyer, 1997, p. 40).

Siguiendo con las definiciones se menciona “la capacidad real del individuo para dominar el conjunto de tareas que configuran la función en concreto” (Reis citado por Mertens, 1996, p.

62). Para Mertens (1996), la competencia es una capacidad real para alcanzar un objetivo o resultado en un contexto determinado.

También Levy-Leboyer (1997) afirma lo siguiente:

Por otra parte, las competencias son repertorios de comportamientos que algunas personas dominan mejor que otras, lo que las hace eficaces en una situación determinada. Estos comportamientos son observables en la realidad cotidiana del trabajo e igualmente, en situaciones de test. Ponen en práctica de forma integrada, aptitudes, rasgos de personalidad y conocimientos adquiridos. Las competencias representan, pues, la unión entre características individuales y las cualidades requeridas para llevar a cabo misiones profesionales precisas (p. 54).

Otra de las definiciones que se encuentran es la siguiente: “Es una característica individual, que se puede medir en un modo fiable, que se puede demostrar y que diferencia de una manera sustancial a trabajadores con un desempeño excelente de los trabajadores con desempeño normal” (Gómez, 1997, p. 52).

Una definición más es la que menciona la OIT en 1979, como capacidad efectiva para llevar a cabo en forma exitosa una actividad laboral plenamente identificada. También se afirma que es la idoneidad para desarrollar o realizar una tarea en un lugar de trabajo, de manera eficaz, por poseer las calificaciones necesarias para ello (Escobar, 2005).

Otra definición la aporta Escobar (2005), tomada por el Consejo Federal de Cultura y Educación de Argentina, donde menciona que las competencias son el conjunto identificable y evaluable de conocimientos, actitudes, valores y habilidades relacionados entre sí, que permiten desempeños satisfactorios en situaciones reales de trabajo, según estándares utilizados en el área ocupacional.

La literatura consultada también trae la definición de Raccoursier (2007), para quien las competencias corresponden o son un término variable del ser humano que le facilita procesos de innovación, anticipación, gestión y adaptación a las situaciones cambiantes, con el fin de avanzar en la meta determinada, basándose en equilibrios entre conocimientos profesionales y exigencias educativas.

### 2.3. Características

El diseño de competencias exige que se centre el conocimiento en el aprendizaje más que en la capacitación, dado que el programa tendrá que ser variado, dependiente de las necesidades actuales del entorno, combinado con los cambios fundamentales y de estructura en la metodología (Zabala, 2003).

Las características que tienen en sí mismas las competencias que llevarán a garantizar el éxito serán los conocimientos técnicos que están dados por una técnica puntual, las habilidades que se adquieren con experiencia y entrenamiento y las cualidades que a su vez adquieren en sí mismas denominación de competencias técnicas y competencias de gestión (Ernest & Young, citados por Alles, 2000).

Un aporte a las características lo da Alles (2000), quien menciona del autor Jaques que el hombre tiene direcciones de pensamiento como la capacidad potencial y la capacidad aplicada, por lo cual concluye que los seres humanos no son competentes para todas las asignaciones e igualmente no están interesados en todas las clases de tareas; esta limitación implica que se piense que existe la complejidad de pensamiento como fragmento de una persona de manera independiente del trabajo.

Allles (2000) también menciona, basada en McClelland, que la motivación humana juega un papel importante en el desarrollo de la gestión por competencias; si se comprende este concepto se podrá entender cuál es la definición de un motivo como interés persistente para el logro de una meta basada en un incentivo natural, lo que permite la orientación y selección del comportamiento.

Si se habla de la motivación como menciona McClelland, citado por Alles (2000), los seres humanos son motivados por el logro, o mejor denominado motivo de la eficiencia, pues se encaminan en el deseo constante de ser mejores y aplican un estándar de comparación, ya sea interno o externo, y será mejor pensado en términos de eficacia; otro aspecto motivacional es la necesidad de poder, que se convierte en elemento clave, asociado al pensamiento que impacta sobre la gente o sobre las cosas; y por último, la motivación de pertenencia, de la cual se ha escrito poco, pero se entiende como la necesidad de estar con otros.

Si se habla de las competencias conductuales o características de la conducta profesional, se puede llegar a tener tan distintas y variadas como organización exista, o desee clasificar los comportamientos. Este paso permitirá encontrar diferentes y variadas formas de analizar los

puestos de trabajo y las capacidades de los candidatos en el proceso de selección. Esta descripción conductual de competencias específicas posee una condición imprescindible, a saber, que sus contenidos sean independientes, queriendo decir con ello que la existencia de una determinada competencia conductual en una persona no implica necesariamente la existencia de las demás.

## **2.4 Clasificación**

Según Spencer y Spencer, citados por Alles (2000), las competencias son de cinco tipos:

- ✓ Motivación: son los intereses o deseos de una persona que se desarrollan consistentemente, estas son las que dirigen y seleccionan el comportamiento.
- ✓ Características: rasgos propios de cada individuo que desempeña sin ninguna supervisión.
- ✓ Concepto propio o concepto de uno mismo: corresponden a las actitudes, valores o concepto de otros y de uno mismo.
- ✓ Conocimiento: son las informaciones que un sujeto posee de otras dependencias; esta es una de las competencias complejas, por cuanto no predice el éxito de una persona en un cargo determinado
- ✓ Habilidad: capacidades de desempeñar determinada tarea, ya sea física o mental.

Según Alles (2000) las competencias conceptuales o mentales tienen a su vez un pensamiento analítico (procesamiento de la información, análisis de causa y consecuencia, jerarquización de datos) y pensamiento concreto (identificación de propiedades en datos complejos).

También se reconoce desde Spencer y Spencer, citados por Alles (2000), el “Modelo de iceberg”, en donde se logra de manera diagramada dividir las competencias en dos grandes agrupaciones: las competencias visibles y las competencias no visibles (ver Figura 1).

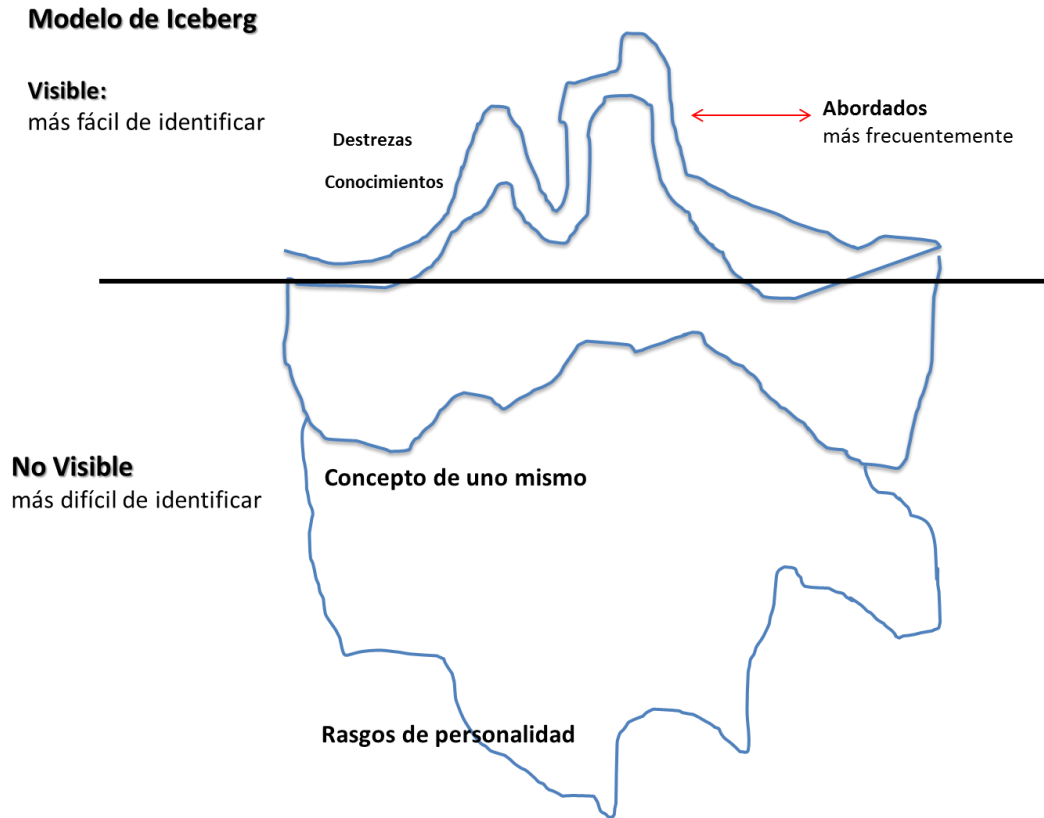


Figura 1. Modelo de iceberg de Spencer y Spencer Tomado de Martha Alles (2000, p. 6).

Spencer y Spencer, citados de nuevo por Alles (2000), afirman que las competencias también pueden clasificarse en competencias de “punto inicial” y “diferenciales”, con base en el pronóstico del criterio laboral que predicen. Las de punto inicial serán aquellas que poseen características básicas (conocimientos incipientes, habilidades de inicio) y que serán utilizados en cualquier trabajo para desempeñarse mínimamente bien, mientras que las competencias diferenciales serán aquellas que distinguen a los colaboradores de niveles superiores, aspecto que facilita la elaboración de metas más altas que las esperadas por la organización.

Como se evidencia en la Figura 2, el concepto de detección para Spencer y Spencer (citado por Alles, 2000) es un factor fundamental, para determinar que las competencias también tendrán su grado de dificultad para la identificación y posterior desarrollo

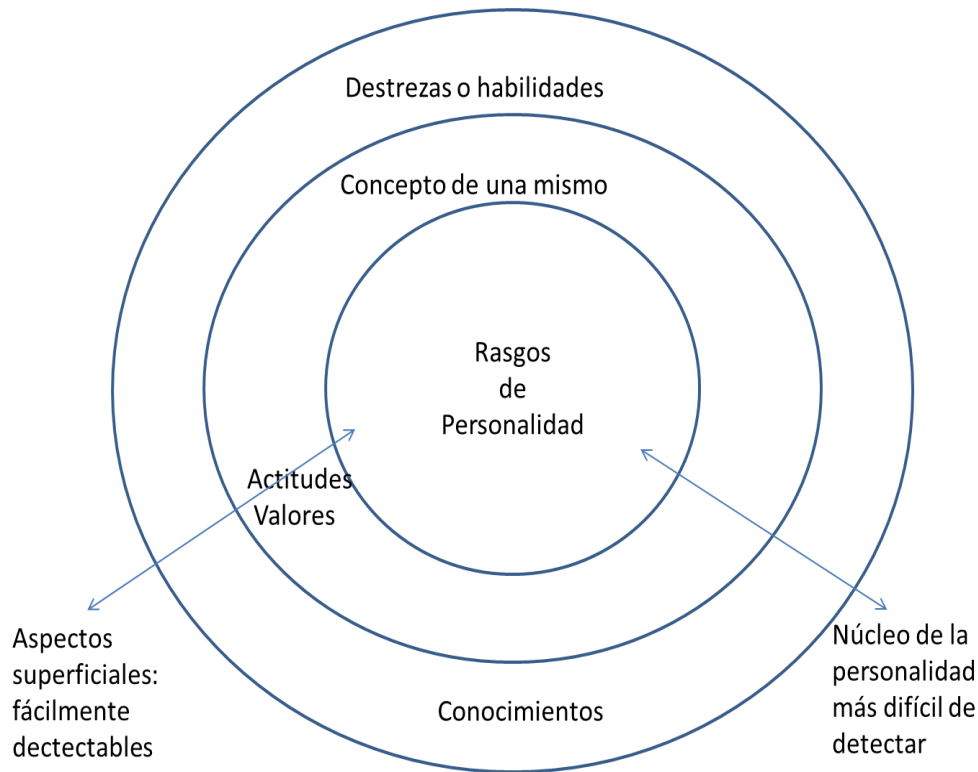


Figura 2. Clasificación de competencias según su dificultad Tomado de Martha Alles (2000, p. 82)

Después de analizar las competencias según el enfoque de McClelland (1973), se vuelve a Levy-Leboyer (1992), quien menciona que las competencias son una serie de comportamientos que conservan unos individuos más que otros, que los convierten en personas exitosas para una labor determinada. Estos comportamientos son demostrables en la cotidianidad y en procesos de evaluación, haciendo uso de ellos de manera integral en todos sus ámbitos, aptitudes, rasgos de personalidad y conocimientos adquiridos. Las competencias se pueden definir también como la intersección entre las características individuales y los mínimos requeridos.

Se encuentran otras competencias que define Jolis citado por Alles (2000), las cuales reflejan como postura la diferencia entre ellas y su relación entre sí, dividiéndolas en competencias teóricas, prácticas, sociales y conocimiento, donde las tres primeras convergen en la última.

## Relación entre las competencias

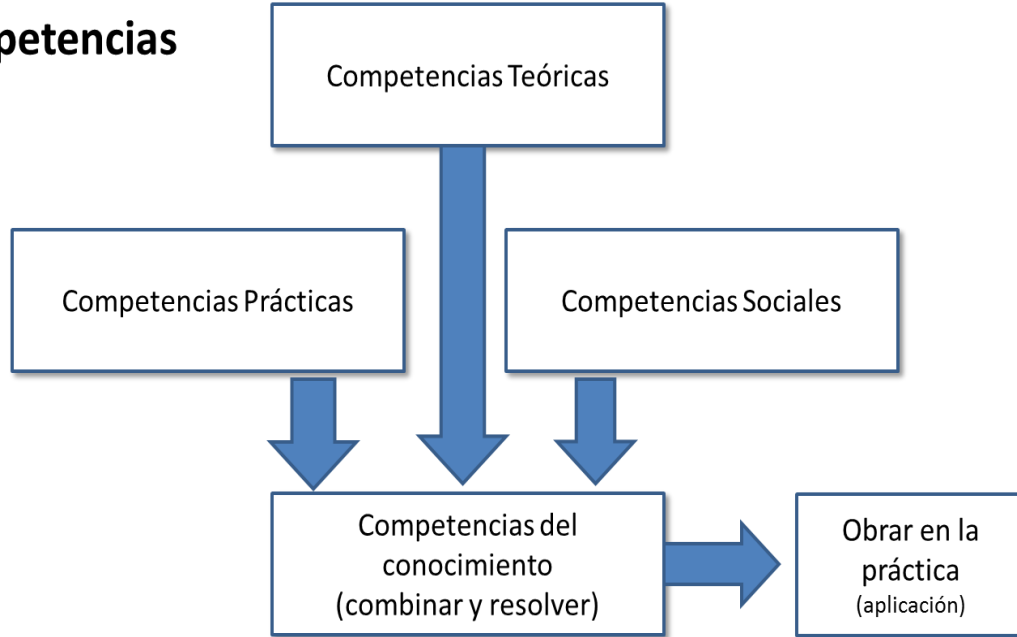


Figura 3. Relación entre las competencias. Tomado de Martha Alles (2000 p. 87).

De acuerdo con este aporte, las competencias pueden ser de dos tipos: genéricas y específicas. Las primeras harán referencia a aquellos atributos diferenciadores que debe tener un colaborador excepcional en un puesto de trabajo; en ellas se enmarcan los conocimientos, habilidades y actitudes explícitas; las segundas harán entonces referencia a comportamientos observables y habilidades que facilitan el éxito de una persona en cargo directivo (Escobar, 2005).

Es importante considerar que las competencias genéricas o también llamadas directivas se clasifican a su vez en estratégicas y intratégicas; las primeras brindan un valor económico para la organización, desarrollando las habilidades de sus colaboradores y alineados con la misión; las segundas generan valor al crecimiento interno de la organización (Escobar, 2005).

Alles (2000) también menciona, basada en McClelland, que la motivación humana juega un papel importante en el desarrollo de la gestión por competencias; si se comprende este concepto se podrá entender la definición de un motivo como interés persistente para el logro de una meta basado en un incentivo natural, lo que permite la orientación y selección del comportamiento.

## 2.5 Limitaciones de las competencias

Existen grandes debates cuando se habla de competencia v/s inteligencia; los primeros enfrentamientos giran en torno a la relación entre éxito laboral e inteligencia o competencia. McClelland y sus ayudantes han justificado que la inteligencia y sobre todo la medición del coeficiente intelectual, no presentan interacción, ni pueden argumentar el éxito laboral (Goleman, 1999; McClelland, 1973; Spencer & Spencer, 1993).

Considerando el concepto de Goleman (1999), sobre los apartes tomados de McClelland, dentro de los aspectos enfocados se encuentra que las competencias no solo se desarrollan con un coeficiente intelectual, sino de la mano de un coeficiente emocional, a saber, el “querer hacer”, que se relaciona con las competencias de productividad y el gran valor del trabajo.

## 2.6 Empleabilidad

Las competencias permiten a la organización alinear los puestos de trabajo con la misión, la visión y la estrategia para un resultado en ganancias para la compañía; permite además alinear necesidades de crecimiento para el personal que desempeña un determinado perfil, con características propias de cada organización el cual dará como base un insumo que aporte no solo a individuo sino a la organización.

Si se retoma lo mencionado por Marchant (2005), la aplicación de un modelo de gestión por competencias genera los siguientes aportes:

Tabla 1.

*Aportes del modelo de gestión por competencias*

Trabajador	Empresa
Adquiere y aplica habilidades, actitudes y conocimientos en su contexto laboral.	Aumenta el nivel de competencias de sus trabajadores mejorando su productividad.
Conoce el nivel de desarrollo de sus competencias para el cargo que desempeña y puede emprender acciones para mejorarlas.	Optimiza los recursos de capacitación y desarrollo de sus trabajadores, focalizándolos en la obtención de los niveles necesarios de competencias.
Aumentar sus posibilidades de desarrollo al interior de la empresa, facilitando su participación en concursos internos.	Cumple de mejor forma su responsabilidad social, al apoyar el desarrollo de las competencias de sus trabajadores.



Mejora su empleabilidad al aumentar las oportunidades de acuerdo con sus competencias.	Apoya la conformación de una cultura laboral sustentada en el desarrollo de las personas.
Entrega valor agregado a cada persona, ya que reconoce el valor individual de cada uno al interior de la organización.	Vincula alineamientos estratégicos, como es la visión y misión de la empresa, con la gestión humana, como es la selección, capacitación y oportunidades de desarrollo.

Fuente: Marchant. L (2005): *Actualizaciones para el Desarrollo Organizacional*.

## 2.7 Sensibilización al proceso del digno morir

Se hace necesario dentro de este marco teórico que se consideren aspectos del digno morir; para el diseño de las competencias este aspecto puede ser útil en el manejo del paciente crónico.

Klübler-Ross (2015) menciona que la negatividad se alimenta solo de ella misma y crece como enfermedad terminal. Pero existe la alternativa de aceptar la realidad como algo que ha pasado, que puede ser triste y espantoso, que no se puede cambiar, pero sí se puede enfocar en el aprendizaje de lo ocurrido.

Klübler-Ross (2015) afirma que con el sentimiento amor y atención humanizada se puede favorecer a las personas (pacientes) y conseguir que muchas de ellas sanen. Lo que se pretende tener en cuenta es que el conocimiento es una valiosa herramienta, pero por sí sola no tiene efecto; se requieren además el conocimiento y el sentimiento. Otro punto para tener en cuenta es el lenguaje simbólico, que se presenta de manera universal cuando una persona (paciente) presenta sufrimiento; este lenguaje no cambia con la edad ni con el diagnóstico del paciente; este lenguaje es el más importante, pues abre los canales de comunicación con el cuidador, llámese enfermero, auxiliar de enfermería, médico, etc.

Este lenguaje no verbal se convierte en un símbolo representado en los dos sentidos, tanto del paciente al cuidador como del cuidador al paciente; los niveles de ansiedad que maneja el profesional al cuidado son leídos claramente por el paciente (Kübler-Ross, 2015).

Vale la pena tener en cuenta que existen dos lenguajes simbólicos: el verbal y el no verbal; cada uno de estos lenguajes es universal; el menor puede presentarse por medio de dibujos o historietas que ellos mismo relatan y que ponen a prueba constante al personal que está a cargo de ellos; en los adultos este lenguaje se puede presentar (Kübler-Ross, 2015).

La estancia en el domicilio del paciente puede favorecer el ambiente familiar y el trato con todos los miembros de la familia. Participar en el cuidado de un paciente con una patología crónica o terminal puede ayudar a las personas cercas a tener una experiencia positiva en su duelo, convertida más en aprendizaje (Kübler-Ross, 2015)

Es importante tener claro que las personas en estado de inconsciencia pueden percibir palabras o frases emitidas por las personas que las rodean, por lo cual conviene que delante de ellas solo se hable de cosas que puedan escuchar (Kübler-Ross, 1994).

## **2.8 Humanización, factor importante en la atención en salud**

Antes de profundizar el concepto de humanización en la atención en salud, es importante que se retome el concepto de que es un paciente crónico y las condiciones en las cuales se presentan estados de cronicidad que se mencionaron incipientemente en párrafos anteriores. El paciente crónico lo define la organización mundial de la salud (OMS) aquel que “sufre afecciones de larga duración (más de 6 meses) con una progresión generalmente lenta” y destaca cuatro principales tipos:

- ✓ Enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares
- ✓ Cáncer
- ✓ Enfermedades respiratorias crónicas (EPOC, Asma etc)
- ✓ Diabetes Mellitus.

Cabe resaltar que existen otras condiciones que hablan de cronicidad a partir de 3 meses e incluye un número mayor de enfermedades. Existen también enfermedades que, independiente del momento de aparición son ya de por vida y se convierten en clasificación crónica, existiendo variación entre ellas, como sintomatología, forma de comienzo y su curso en el tiempo. Además de tener en cuenta que las enfermedades crónicas son la causa de muerte prematura, las patologías crónicas importantes eventos adversos en la calidad de vida de las personas que las

padecen, repercutiendo de igual manera en efectos económicos importantes que en ocasiones son subestimados por las familias, comunidades y la sociedad en general (OMS, 2015).

Mencionado entonces la descripción del paciente crónico, es importante en aras de la finalidad de este trabajo, adentrarnos en pensar en la humanización en la prestación del servicio a pacientes crónicos ventilados y no ventilados y se retoma a Ceballos y Gutiérrez (2010) quien formula la siguiente pregunta: ¿Será que alguna vez el personal de salud ha logrado estar simbólicamente en los zapatos de los pacientes? De ser positiva la respuesta, se estaría dando un acercamiento incipiente a las condiciones favorables para la prestación de un servicio humanizado en el ámbito de la salud.

La humanización según Ceballos y Gutiérrez (2010) es el acto de compenetrarse entre seres humanos, identificando que ocupamos un lugar especial en el universo y que seremos los únicos capaces de entenderlo, lo que también permitirá entender que el ser humano es diferente de los objetos. Rodríguez (2012) señala que el enfermo no es un objeto técnicamente tratable ni modificable de voluntad; no es nunca un instrumento para realizar alguna acción, y la única justificación para intervenir en él es ayudarlo a crecer y florecer hacia su propia finalidad.

La humanización también se refiere al enfoque completo del ser humano, donde interaccionan las dimensiones biológica, psicológica y conductual, por medio de la búsqueda de la satisfacción propia y de su entorno ante cualquier circunstancia. De este modo se establecen las relaciones en las instituciones de salud, entre los pacientes y el personal de salud (Hoyos, Cardona & Correa, 2008).

Otra concepción apropiada es que el cuidado para enfermería comporta promover el mantenimiento de la salud y la prolongación de la vida; esta promoción en pacientes crónicos puede observarse en muchas ocasiones hasta el final de la vida. La enfermería debe reunir un conjunto de principios éticos, destrezas, conocimientos técnicos, calidad humana y cualidades propios de servicio (Vargas, 2007).

Para tener claro el concepto de cuidar, se toma el enunciado por Pinto (2001), quien asevera que cuidar es la esencia de enfermería; añade que el cuidado es el elemento pragmático que marca la diferencia con otras disciplinas del área de la salud; amplía su definición afirmando que cuidar involucra el deseo de brindar cuidado; las acciones de cuidar pueden ser observaciones positivas, de soporte, comunicación o intervenciones físicas de enfermería.

Cuidar significa llevar a un fin, la protección, la mejoría y la preservación de la dignidad de la otra persona.

Otra definición que se puede encontrar de cuidado es la mencionada por Aranda (2005), para quien el cuidado desde el punto de vista ético, en el más amplio y rico sentido de la palabra, es reconocer en el otro su dignidad y su diferencia con respecto a los demás.

El tema del cuidado también ha sido abordado por autoras como Poblete y Valenzuela (2007), quienes en sus análisis mencionan que el trabajo biomédico y curativo en las instituciones de salud, reduce los aspectos humanos a lo biológico, separando el trabajo de las enfermeras de su visión humanística y holística del cuidado. El cuidado también es definido por Muñoz, Coral, Moreno, Pinilla y Suárez (2009) como atención integral al paciente, que significa también contar al paciente como persona a la cual se le ayuda en bienestar físico, social y psicológico.

Cuidar se define también por docentes de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, como un acto de vida, que implica la movilización del ser humano en sus capacidades cotidianas, en el proceso de vida-muerte, procesos de salud o enfermedad, valorando todos sus aspectos culturales; implica también acercarse al otro con actitud ética, logrando ser abiertos, sensibles y responsables sobre la experiencia del otro y la propia vivida (Muñoz et al., 2009).

El profesional en salud que labora con pacientes críticos/crónicos debe ser un personal que no solo se interese por ejercer sus conocimientos técnicos, sino que pueda desarrollar el interés por humanizar su accionar basándose en conocimientos científicos (Vargas, 2007).

En las unidades de cuidados intensivos los pacientes son vistos por parte de los profesionales como elementos de conocimiento, y la experiencia vivida se convierte en objeto, descontextualizándola, y vaciándola de subjetividad y sentido (Torres, 2002).

El desafío planteado para el personal de enfermería es disminuir los estresores externos por medio de un trato humanizado, rodeado de un espacio agradable en medio del impacto que ocasiona estar en una Unidad de Cuidados Intensivos o Unidad de Recuperación para paciente crónico, y aportar de manera positiva a su rehabilitación. Es importante tener en cuenta que en la humanización del servicio no solo intervienen el personal de enfermería, sino los recursos otorgados por la organización, el tiempo designado para la atención y la relación grupal con el equipo de trabajo (Vargas, 2007).

Si se busca entregar un servicio humanizado, que contenga principios éticos y dignidad, es necesario antes de la formación técnica humanizar a los profesionales de la salud, donde el mayor foco se centre en enfermería, pues dichos colaboradores son los que pasan más tiempo con el paciente. En esta humanización se deben tener en cuenta sus límites, potencial y necesidades; se evita de esta forma que los pacientes, la institución y el personal pasen por alto las particularidades del personal asistencial, lo que ayuda a que se tenga conciencia de que estos últimos también son seres humanos (Vargas, 2007).

Watson (2007) menciona que ante el riesgo de deshumanización del cuidado es necesario que se refuercen los aspectos humanos, espirituales y transpersonales en todas las dimensiones en las que se interviene en el quehacer profesional, tales como la asistencia, la administración, la investigación y la docencia. Otro concepto que maneja Watson (2007) es el cuidado transpersonal, que es un tipo especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera, en cuanto a proteger y realzar la dignidad humana. Arenas (2006) señala que el arte de cuidar debe ser incentivado y resignificado, impidiendo que permanezcan los antivalores o comportamiento de indiferencia o de falta de cuidado por parte de quienes están a cargo de los pacientes.

De la misma forma, Caro (2009) habla de cuidado y amor; realiza un análisis de la formación basándose en los principios del cuidado humano, donde se desplieguen el amor y cuidado, buscando llevar a los aprendices a situaciones que les permitan ver desde la perspectiva sociocultural valores, creencias y razonamientos propios y del paciente.

La humanización del cuidado es un mecanismo diferenciador del personal de enfermería que apoya la propuesta de anexar con mayor fuerza la formación humanística en la profesión. El cuidado que se genere de manera integral, donde se incluya a familiares, pacientes y personal de la salud, con elementos grandes de humanización, es el pilar fundamental para percepciones y satisfacción en el cuidado (González, Oviedo, Bedoya, Benavides, Dalmero y Vergara, 2013).

Un aspecto importante para tener en cuenta con relación al cuidado humanizado, es el *tecnologicismo*, lo que expresa la importancia que se les otorga por parte de los profesionales de enfermería a los procedimientos y a las supervisiones de su actuar, y se enfatiza la importancia del amor y cariño a los pacientes, aspectos que deben ser complementarios y no contrarios (Ceballos, 2010). Como menciona McFarland, las actitudes y la práctica de los cuidados es lo único que diferencia la enfermería de las contribuciones de otras disciplinas (2007).

El cuidado de los pacientes que no se comunican de manera verbal, no significa que estos hayan perdido su humanidad, son individuos que presentan una discapacidad, pero sin perder su condición de personas; por ello la enfermería debe incorporar la tecnología en su quehacer, para que se realice un trabajo conjunto, pero no vivir para ella (Ceballos, 2010).

Watson citado por Guillaumet (2005), afirma que la mayoría de los estudiantes reconocen en sus profesores la relevancia de las actitudes del cuidado para su aprendizaje. Otros autores mencionan entonces que las enfermeras dedicadas a la formación, deben ser líderes con el ejemplo en incentivar el cuidado humanizado, que las incluya no solo a ellas mismas, sino a los pacientes, lo que implica una relación del estudiante caracterizado por respeto, comunicación empática y calidez humana (Villa & Rossi, 2002).

Asimismo, vale notar que la formación que se da a los enfermeros para el cuidado es para pacientes recuperables o con posibilidades de rehabilitación; a los estudiantes se le insta al triunfo, en sentido contrario no se formarán enfermeros para cuidar de estados de agonía o un bien morir. Este logro de formación por su lado no solo requiere profesionales con procedimientos biomédicos claros, sino también formación filosófica y psicológica que muchas veces los estudiantes de pregrado ven como poco importante (Ferreira, 2006).

## **2.9 Responsabilidad del profesional en enfermería, regulación del estado colombiano**

Cabe también anotar aquí que el congreso de Colombia regula según la ley 911 de 2004 las disposiciones deontológicas para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia, encontrando artículos que aportan al objeto de esta investigación. El artículo cinco menciona que los requisitos básicos necesarios para el ejercicio de la enfermería están acompañados de otros servicios tales como dotación, transporte, registros en el sistema de información etc. Todos estos necesarios para la autonomía del profesional.

Además de los mencionado en el párrafo anterior, el artículo nueve menciona la responsabilidad del profesional de enfermería en respetar y proteger el derecho a la vida de los

seres humanos, todos esto acompañado del cuidado de la integridad en sus áreas de desarrollo física, espiritual y psíquica; no obstante, su mayor énfasis debe estar en poblaciones vulnerables y donde se vea limitado el ejercicio de autonomía del paciente. La actitud del profesional es otro de los temas que se hace necesario mencionar en la ley 911 de 2004, para acompañar la necesidad de prudencia, adecuada información y respeto de las creencias, valores culturales y convicciones religiosas de la persona a su cuidado.

Existe también la ley 266 de 1996, donde el congreso de Colombia regula los principios de la practica profesional de Enfermería y el artículo diecisiete (17) enuncia las competencias del profesional de enfermería en Colombia.

- ✓ Participar en la formulación, diseño, implementación y control de las políticas, programas, planes y proyectos de atención en salud y enfermería.
- ✓ Establecer y desarrollar políticas y modelos de cuidado de enfermería en concordancia con las políticas nacionales de salud.
- ✓ Definir y aplicar los criterios y estándares de calidad en las dimensiones éticas, científicas y tecnológicas de la práctica de enfermería.
- ✓ Dirigir los servicios de salud y de enfermería.
- ✓ Dirigir instituciones y programas de atención primaria en salud, con prioridad en la atención de los grupos más vulnerables de la población y a los riesgos prioritarios en coordinación con los diferentes equipos interdisciplinarios e intersectoriales.
- ✓ Ejercer responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración, investigación, docencia, tanto en áreas generales como especializadas y aquellas conexas con la naturaleza de su ejercicio, tales como asesorías, consultorías y otras relacionadas

## Capítulo III: Método

### 3.1 Introducción

En este capítulo se hace referencia a los aspectos metodológicos de la investigación. Se explican la perspectiva metodológica adoptada y la estrategia de indagación, como también se muestra el diseño metodológico en los diferentes momentos de la investigación.

### 3.2 Perspectiva Metodológica: aspectos generales

La metodología que se ha seguido para este estudio es la investigación aplicada. Desde esta perspectiva, como lo describe Murillo (2008), la investigación recibe este nombre porque se caracteriza por la aplicación o utilización de los conocimientos adquiridos, y paralelamente se adquieren otros, después de implementar y sintetizar la práctica basada en la investigación. Este uso del conocimiento da como resultado una forma rigurosa, sistémica y organizada de conocer la realidad.

Algunas ideas planteadas en esta misma línea por Padrón (2006), sobre la investigación aplicada, abarcan cualquier esfuerzo sistemático y socializado por resolver problemas o intervenir situaciones; en este sentido se puede concebir la investigación aplicada como una innovación técnica, artesanal o industrial como adecuadamente científica.

El concepto de investigación aplicada posee bases firmes de orden epistemológico y de orden histórico, al responder a los retos que demandan comprender la realidad social compleja y cambiante. Si se habla del fundamento epistemológico de esta expresión, está en la base de distinciones que responden como “saber y hacer”, “conocimiento y práctica”, “explicación y acción”, “verdad y acción” (Vargas, 2009).

Dentro de la investigación aplicada, el tipo de estudio de caso fue seleccionado para la actual investigación; tiene como pionero a Freud, no se encuentra limitado a personas, como lo menciona Vargas (2009), pues es un método de investigación que se emplea como práctica regular para estudiar en forma rigurosa, paso a paso, los distintos factores que generan desarrollo, transformación, o que afectan una situación determinada de un problema social específico. Se identifican como propósitos de estudio un negocio, una familia, una institución de educación superior, una organización, un grupo étnico, etc. También aporta Salkind citado por Vargas (2009), que los estudios de casos pueden ser un caso único, con la particularidad de que



este último se enfoca en un individuo, entorno o situación única, y de una forma intensa y lo más detallada posible. Cabe recordar que entonces sin importar si fuesen estudios de casos o caso único se presentará una diversidad de conductas y por consiguiente, sugiere direcciones para otras acciones o estudios.

Después de este aporte se puede entender que los estudios de casos enfocan su interés en el proceso más que en el producto. Los estudios de casos son descripciones y análisis intensivos de unidades simples o sistemas delimitados, de acuerdo con Smith citado por Cadeno (2009).

### **3.3 Diseño metodológico**

Después de describir algunas de las consideraciones teóricas en cuanto a la metodología de investigación aplicada y el diseño de caso en uno de sus tipos, se describe el diseño metodológico de la investigación.

De acuerdo con lo desarrollado en el problema de investigación y los objetivos planteados en el estudio, la investigación se desarrolló en dos fases principales. En las dos fases la investigadora ejecutó actividades de aprendizaje y conocimiento.

De manera general, en la primera fase se obtuvo la recolección de la información de perfiles de cargo de una empresa prestadora de servicios de salud para paciente crónico ventilado y no ventilado (ver apéndices A, B y C); se realizaron entrevistas semiestructuradas al equipo de enfermería de una unidad prestadora de servicios en de salud de paciente crónico ventilado y no ventilado (ver apéndice D) y se analizó el catálogo de competencias de una entidad prestadora de servicios de salud para paciente crónico ventilado y no ventilado.

En la segunda fase se cotejó la información obtenida de todas las fuentes y la experiencia de la investigadora, y se realizó el diseño de competencias.

### **3.4 Población y participantes**

La población de la investigación aplicada se basó en la muestra de participantes voluntarios, para un total de 150. Para inclusión de los participantes se tuvieron en cuenta las siguientes características: para las entrevistas semiestructuradas debían ser trabajadores del equipo de enfermería, responsables del cuidado de paciente crónico ventilado y no ventilado, con un año de experiencia en el cargo (auxiliar de enfermería, enfermero y líder de enfermería). La cantidad de entrevistas se elige, según Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista

Lucio (2010), al ser un estudio fenomenológico que busca reconocer las percepciones y significados que las personas les dan a la experiencia; entonces se considera que cuando los datos recolectados se convierten en repetitivos y existe saturación teórica, se puede detener la realización de entrevista; por tanto, dependerá de la saturación teórica la cantidad de entrevistas por realizar.

### **3.5 Consentimiento informado**

Para realizar la investigación se diseñó el consentimiento informado para entrevistado y para las organizaciones prestadoras de servicios en salud para paciente crónico ventilado y no ventilado (Apéndice F).

La solicitud de consentimiento informado se basó en la Ley 1090 de 2006 y el Código Deontológico y Bioético colombiano, para garantizar el procedimiento ético formal, que tiene por objetivo aplicar el principio de autonomía del participante en la investigación. Estos consentimientos reúnen tres requisitos: la participación voluntaria, la información brindada a quien participa y la comprensión que tiene de la información que se le ofrece. Dicha solicitud de consentimiento informado fue diligenciada por los participantes en la investigación, a los que se les clarificó que era de carácter anónimo, que se basaba en su opinión y percepción sobre la realidad laboral, y que en cualquier momento podrían retirarse de la investigación sin que esto conllevará ninguna consecuencia negativa para ellos; también se enfatizó en los objetivos perseguidos en dicho estudio, los cuales son de carácter académico e investigativo.

En forma adicional, en el consentimiento realizado para la organización prestadora de servicios en salud para paciente crónico ventilado y no ventilado, se dejó explícito que el nombre de la organización no saldría en la investigación.

## Capítulo IV: Resultados

### 4.1 Introducción

Este trabajo se inició con revisión de las propuestas teóricas de David McClelland (1973), la OIT en 1979, Spencer y Spencer (1993), Levy-Leboyer (1997), Alles (2000), que orientación para definir las competencias y hacer revisión de descriptores necesarios para el “Diseño de competencias comportamentales para equipo de enfermería de una organización de la salud que presta servicios a pacientes crónicos ventilados y no ventilados”

En esta sección se presentan los resultados encontrados, por medio de tablas que permiten evidenciar el desarrollo del diseño de competencias para el equipo de enfermería que atenderá al paciente crónico ventilado y no ventilado, donde el servicio humanizado juega un papel elevado.

### 4.2 Presentación de resultados

A continuación, se muestran los resultados de la investigación en cuanto al diseño de competencias: se inicia con la familia de competencias y su definición, este es el primer paso que se da en el diseño del modelo de competencias para el equipo de enfermería de una unidad de paciente crónico ventilado y no ventilado. (ver tabla 2).

Tabla 2.

#### *Familia de competencias y su definición*

Familia de competencias	Definición
Personas y cooperación	Grupo de competencias que apunta al resultado con éxito del relacionamiento interpersonal de los colaboradores.
Liderazgo	Grupo de competencias encaminadas a dirigir a las personas, orientando el desempeño exitoso en el puesto de trabajo y en el desarrollo laboral.

Negocio y estrategia	Grupo de competencias de gestión que están dirigidas a la tarea, que apuntan al cumplimiento de los objetivos estratégicos.
Orientación a la humanización del servicio	Grupo de competencias de gestión encaminado a la prestación de servicios humanizados.
Mejoramiento continuo	Grupo de competencias que responde de manera oportuna a las situaciones cambiantes del entorno, adaptando conductas propias y formas de trabajo para alcanzar los objetivos.

*Nota:* construcción de la autora.

En la tabla 3 se puede ver la manera la familias de competencias, que se definieron previamente, como se desprende un grupo de competencias necesarias, según la definición de paciente crónico ventilado y no ventilado, aportando un claro derrotero para la selección y desarrollo del equipo de enfermería a cargo.

Tabla 3.

*Familia de competencias y competencias*

<b>Familia de competencias</b>	<b>Competencias</b>
Personas y cooperación	Trabajo en equipo Comunicación interpersonal Resolución de conflictos
Liderazgo	Desarrollo de equipos de trabajo Desarrollo de colaboradores Empoderamiento y delegación Toma de decisiones
Negocio y estrategia	Orientación a resultados humanizados Negociación y relaciones públicas
Orientación a la humanización en el servicio	Servicio de calidad Orientación al servicio humanizado
Mejoramiento continuo	Disposición al aprendizaje Capacidad de aprendizaje

*Nota:* construcción de la autora.

En la tabla 4 se definen de manera detallada cada una de las competencias y sus respectivas definiciones del diseño por implementar con el equipo de enfermería.

Tabla 4

*Competencias y definición de competencia*

Competencia	Definición de competencia
Trabajo en equipo	Capacidad para cooperar en objetivos comunes y para medir sus propias acciones sobre el éxito de las acciones del equipo.
Comunicación interpersonal	Capacidad para expresar de manera adecuada un mensaje oral o escrito teniendo en cuenta su lenguaje no verbal.
Resolución de conflictos	Eficacia para dar soluciones a problemas detectados, generando acciones de mejora de manera proactiva, no obstante, pensando en las repercusiones por tener en un plazo o situación más amplia.
Desarrollo de equipos de trabajo	Construcción de metas comunes, potencializando las habilidades individuales para la consecución de los objetivos organizacionales.
Desarrollo de colaboradores	Análisis de las necesidades de desarrollo de los colaboradores, identificando objetivos de desarrollo acordes con el puesto de trabajo actual y futuro donde se puedan desempeñar.
Empoderamiento y delegación	Capacidad para transferir de manera clara, adecuada y aceptable tareas o funciones, para lograr el desarrollo del colaborador.
Toma de decisiones	Capacidad para optar entre varias alternativas de acción logrando definir solo una, rechazando momentánea o definitivamente las demás opciones.
Orientación a resultados Humanizados	Compromiso por alcanzar objetivos individuales y del equipo en el desarrollo esperado; implementando en forma correcta estándares humanizados y necesarios para el cumplimiento de la normatividad vigente.
Negociación y relaciones públicas	Capacidad para efectuar intercambios con otros que como fin último generen el beneficio para ambos y que sean viables con respecto a la situación en la que se desarrollan.
Servicio de calidad	Enfoca su esfuerzo para brindar servicio que cumpla con los estándares de sentirse bien atendido, valorado y respetado tanto el cliente interno y externo, buscando superar los dichos estándares organizacionales.

---

Orientación al servicio humanizado	Identificación de las demandas y necesidades de los pacientes o colaboradores frente a la organización, dando respuesta satisfactoria con el mejor costo posible.
Disposición al aprendizaje	Posee actitudes acordes al plan de desarrollo trazado por la organización para obtener resultados satisfactorios en relación a los objetivos del cargo.
Capacidad de aprendizaje	Posee la capacidad de asimilar nueva información de manera rápida, logrando aplicarla coherente y eficazmente.
Competencia técnica del cargo	Poseer conocimientos técnicos que permitan el desempeño eficiente y eficaz del puesto de trabajo, mostrando conductas orientadas al desarrollo del éxito laboral.

*Nota:* construcción de la autora.

En las siguientes tablas se encontrará los descriptores y los cargos a los que aplica cada uno de los descriptores.

Tabla 5.

*Competencia, descriptores y cargos: trabajo en equipo*

Competencia	Descriptores	Cargos
Trabajo en equipo	Muestra interés y predisposición para trabajar en equipo.	Auxiliar de
	Coopera con actitud positiva en equipos y logra aceptar las decisiones de los demás.	Enfermería
	Coordina y comparte información con el equipo de manera oportuna.	Enfermeros
	Coordina con el equipo la forma de realizar la tarea para alcanzar objetivos comunes.	Líder de
	Genera relaciones interpersonales saludables, ayudando la cohesión del equipo	Enfermería

*Nota:* construcción de la autora.

Tabla 6.

*Competencia, descriptores y cargos: comunicación interpersonal*

Competencia	Descriptores	Cargos
Comunicación interpersonal	Conoce y utiliza la comunicación como herramienta para saber realizar la labor que desempeña.	Auxiliar de Enfermería
	Expresar con seguridad pensamientos, ideas, opiniones y emociones, utilizando un lenguaje ajustado para hacer llegar el mensaje de forma clara.	Enfermeros Líder de Enfermería
	Comprende y redacta escritos utilizando lenguaje propio del interlocutor, organizando la información para una transmisión correcta del mensaje.	
	Identifica información importante de la comunicación, haciendo uso de las técnicas de comunicación.	
	Escucha las opiniones y preocupaciones de los demás, estableciendo momentos de realimentación en la comunicación.	
	Prepara de manera organizada los datos de mensaje o presentación.	

*Nota:* construcción de la autora.

Tabla 7

*Competencia, descriptores y cargo: resolución de conflictos*

Competencia	Descriptores	Cargos
Resolución de conflictos	Posee escucha activa de las partes involucradas para identificar situación problema.	Enfermeros Líder de Enfermería
	Realiza análisis de la situación problema y plantea posibles soluciones.	
	Da celeridad a la resolución de situaciones problema para mejorar los ambientes de trabajo.	Auxiliar de Enfermería Enfermeros

Plantea negociaciones ágiles acordes a los lineamientos establecidos por la organización.	Líder de Enfermería
Da a conocer los resultados para aprendizaje del equipo de trabajo.	Líder de Enfermería
Implementa acciones de mejora continúa basados en los aprendizajes previos.	Auxiliar de Enfermería Enfermeros Líder de Enfermería

*Nota:* construcción de la autora.

Tabla 8.

*Competencia, descriptores y cargos: desarrollo de equipos de trabajo*

Competencia	Descriptores	Cargos
Desarrollo de equipos de trabajo	<p>Establece los objetivos del equipo de manera clara y equilibrada.</p> <p>Establece un clima de confianza entre los miembros del equipo, ayudando a la participación en la toma de decisiones.</p> <p>Genera espacios de análisis sobre posibles puntos de éxito o fracaso.</p> <p>Aprovecha sinergias individuales para el cumplimiento de las metas del equipo.</p> <p>Facilita información al equipo, con funciones y responsabilidades del cargo.</p> <p>No se apropia de los éxitos del equipo y asume la responsabilidad en el fracaso del grupo.</p>	Líder de Enfermería

*Nota:* construcción de la autora.



Tabla 9

*Competencia, descriptores y cargos: desarrollo de colaboradores*

Competencia	Descriptores	Cargos
Desarrollo de colaboradores	<p>Comunica a sus colaboradores información o cambios relacionados con su puesto de trabajo de manera oportuna.</p> <p>Genera espacios de participación para la toma de decisiones, escuchando puntos de vista, fomentando el diálogo.</p> <p>Analiza periódicamente el desempeño de los colaboradores, identificando fortalezas y acciones de mejora, buscando mejorar las habilidades.</p> <p>Establece espacios de realimentación con el colaborador, brindando acompañamiento en el desarrollo de las metas propuestas por el cargo.</p> <p>Genera planes de mejora para el desarrollo individual.</p> <p>Presenta programas de formación continua, ubicando proveedores internos y externos.</p>	Líder de Enfermería

*Nota:* construcción de la autora.

Tabla 10

*Competencia, descriptores y cargos: empoderamiento y delegación*

Competencia	Descriptores	Cargos
Empoderamiento y delegación	<p>Encarga a sus colaboradores nuevas tareas o retos y realizar seguimiento oportuno.</p> <p>Gestiona programas de conocimiento en cuanto a las</p>	Líder de Enfermería

---

metas planeadas.

Fomenta que los colaboradores asuman la presentación de un tema en actos que requieran su participación.

Fomenta la identificación de riesgos, para la correcta toma de decisiones.

Desarrolla tareas que estén dentro de sus propios objetivos.

Realiza realimentación que permite el desarrollo del colaborador para la construcción de la meta final.

---

*Nota:* construcción de la autora.

Tabla 11

*Competencia, descriptores y cargos: toma de decisiones*

Competencia	Descriptores	Cargos
Toma de decisiones	Minimiza la carga emotiva que conlleva la decisión por tomar.	Auxiliar de Enfermería
	Analiza las opciones planteadas, valorando los puntos de éxito y puntos de fracaso.	Enfermeros
	Sostiene una línea de trabajo clara, logrando anticipar posibles decisiones para no afectar al equipo de trabajo.	Líder de Enfermería
	Resuelve de manera oportuna, dando claridad en la información y midiendo los riesgos.	
	Asume las consecuencias que se deriven de la decisión tomada.	

---

*Nota:* construcción de la autora.

Tabla 12

*Competencia, descriptores y cargos: orientación a resultados*

Competencia	Descriptores	Cargos
Orientación a resultados Humanizados	Se adelanta a las implicaciones de sus propias acciones. Se compromete con la realización de los objetivos individuales y de equipo, y anima a sus compañeros a hacer lo mismo. Lleva a cabo los planes terapéuticos diseñados en pro de la recuperación del cliente externo. Tiene conocimiento de la normatividad vigente aplicable a su cargo. Establece prioridades, enfocando sus esfuerzos al logro de las metas esperadas por el cliente externo y la organización.	Auxiliar de Enfermería Enfermeros Líder de Enfermería

*Nota:* construcción de la autora.

Tabla 13

*Competencia, descriptores y cargos: negociación y relaciones públicas*

Competencia	Descriptores	Cargos
Negociación y relaciones públicas	Logra colocarse en el lugar del otro, anticipándose a las necesidades de la negociación. Valora objetivamente los efectos posibles de ambas partes. Logra identificar los pros y los contras de manera oportuna, acordes a la negociación. Selecciona y valora el aporte de la negociación para su área y las demás áreas de la compañía.	Enfermeros Líder de Enfermería

Logra cerrar acuerdos satisfactorios para ambas partes.  
Identifica sus propias necesidades y las de la organización.

*Nota:* construcción de la autora.

Tabla 14

*Competencia, descriptores y cargos: servicio de calidad*

Competencia	Descriptores	Cargos
Servicio de calidad	Comprende y apoya los motivos detrás de los planes de acción.	Auxiliar de
	Comprende su propio papel en los planes de negocio e iniciativas.	Enfermería
	Se compromete con los objetivos que apoyan los planes de acción terapéuticos.	Enfermeros
	Sugiere maneras innovadoras de hacer su propio trabajo y las comparte con los demás.	Líder de
	Genera cambios en sus formas de trabajo para entregar servicios de humanizados, que aporten innovación en el enfoque al paciente	Enfermería
	Mejora continuamente los sistemas y procesos para un servicio humanizado.	

*Nota:* construcción de la autora.

Tabla 15

*Competencia, descriptores y cargos: orientación al servicio*

Competencia	Descriptores	Cargos
Orientación al servicio humanizado	Escucha y valora las peticiones de los pacientes o colaboradores, y da respuesta.	Auxiliar de
	Muestra comportamientos éticos que forjan relaciones de confianza paciente - cuidador	Enfermería
	Utiliza información sobre el paciente o colaboradores para mejorar continuamente la relación con el mismo.	Enfermeros
		Líder de
		Enfermería

Actúa humanizada y eficientemente en el trato con el paciente o colaborador, y ante la realimentación de estos, genera acciones en pro de la mejora constante.

Anticipa errores que se puedan cometer, buscando soluciones acordes con las necesidades del paciente o colaborador.

Desarrolla canales de comunicación para que las incidencias sean atendidas con la mayor celeridad posible.

*Nota:* construcción de la autora.

Tabla 16

*Competencia, descriptores y cargos: disposición al aprendizaje*

Competencia	Descriptores	Cargos
Disposición al aprendizaje	Planifica y programa las actividades diarias asignadas a su cargo, buscando dar prioridad a las necesidades del paciente.	Auxiliar de Enfermería Enfermeros
	Establece metas a corto plazo para dar cumplimiento a los resultados esperados por el cargo.	Líder de Enfermería
	Ajusta los objetivos a la agenda de programación para que esta sea efectiva y oportuna en beneficio del paciente.	
	Programa con tiempo suficiente la entrega de tareas y actividades solicitadas para el cumplimiento de objetivos.	
	Establece sistema de control interno de su propio rendimiento.	

*Nota:* construcción de la autora.

Tabla 17

*Competencia, descriptores y cargos: capacidad de aprendizaje*

Competencia	Descriptores	Cargos
Capacidad de aprendizaje	Logra colocar en marcha sus conocimientos tras recibir nueva información.	Auxiliar de Enfermería

Modifica la conducta después de cometer errores.	Enfermeros
Documenta en acciones específicas según la necesidad de su cargo	Líder de Enfermería
Lleva a la práctica correctamente protocolos, aunque estas sean complejas.	

*Nota:* construcción de la autora.

Tabla 18

*Competencia, descriptores y cargos: competencia técnica para el cargo*

Competencia	Descriptores	Cargos
Competencia técnica del cargo	Es reconocido por sus conocimientos técnicos como un referente.	Auxiliar de Enfermería
	Contribuye a compartir información y conocimientos técnicos.	Enfermeros
	Se interesa por los avances tecnológicos en su área de conocimiento.	Líder de Enfermería
	Identifica, selecciona e interpreta la información relevante para proporcionar respuestas y soluciones.	
	Asegura que la información relevante se transmita a quien corresponda.	
	Escala oportunamente los temas que lo requieran.	

*Nota:* construcción de la autora.

## Capítulo V: Conclusiones

- Las teorías sobre las competencias laborales fundamentan, permiten y proponen la construcción de modelos para el diseño de competencias para las organizaciones. Estos posibilitan enfocar los esfuerzos de las mismas en el logro de sus objetivos organizacionales y misionales, tal es el caso de Unidad de paciente crónico ventilado y no ventilado que consiste en brindar un servicio humanizado y digno a pacientes y sus familias que se encuentran con diagnósticos crónicos e irreversibles. La unidad está conformada por los cargos de Líder de enfermería, Enfermeros y Auxiliares de enfermería.
- En el desarrollo del trabajo en el que se diseñó el modelo para la Unidad de paciente crónico ventilado y no ventilado, se identificaron cinco familias de competencias fundamentales para los cargos de la Unidad, que a su vez agruparon varias competencias, tales familias se denominaron: Personas y cooperación (Trabajo en equipo, Comunicación interpersonal, Resolución de conflictos); Liderazgo (Desarrollo de equipos de trabajo, Desarrollo de colaboradores, Empoderamiento y delegación, Toma de decisiones); Negocio y estrategia (Orientación a resultados, Negociación y relaciones públicas), Orientación a la calidad (Servicio de calidad, Orientación al servicio) y Mejoramiento continuo (Disposición al aprendizaje, Capacidad de aprendizaje, Competencia técnica del cargo).
- Después de realizado este trabajo, se puede concluir que la definición de las competencias se convierte en un factor clave para la prestación de servicios en salud del equipo de enfermería. Esta prestación del servicio que se realiza para el paciente crónico ventilado y no ventilado posee características especiales que hacen que su mayor énfasis sea en el cuidado que proporcionan auxiliares de enfermería, enfermeros y líder de enfermería.
- La definición de las competencias con sus descriptores también arrojó que, en una misma competencia, que es fundamental para el cuidado de paciente crónico, como lo es resolución de conflictos, se puede encontrar una aplicabilidad variada según el cargo al que pertenece. Este aspecto quiere decir que unos niveles de resolución pertenecen a los auxiliares de enfermería y otros a los enfermeros y líderes.
- También se puede evidenciar que para la prestación del servicio en salud al paciente crónico ventilado y no ventilado, el concepto de humanización juega un papel importante,

convirtiéndose en uno de los descriptores fundamentales, de los cuales en otro trabajo se podría ampliar el peso de las competencias y de la evaluación, con respecto a las manifestaciones que puedan narrar el paciente y su familia.

- Otra de las conclusiones encontradas es que el diseño de un catálogo de competencias para el equipo de enfermería a cargo del cuidado del paciente crónico ventilado y no ventilado, proporciona una gran herramienta de entrenamiento para el desarrollo de las competencias de estudiantes de auxiliar de enfermería, enfermeros y personal que se capacitará como líder del equipo de enfermería, pues este abarca no solo aspectos de humanización, sino administrativos necesarios para una prestación del servicio con éxito. Esta herramienta también proporciona un insumo para las empresas que presten el servicio de atención al paciente crónico, ayudando a basar su programa de formación continua, donde cada uno de los colaboradores proyecte sus conductas en acciones de humanización, resolución de conflictos, trabajo en equipo, disposición para el aprendizaje, entre otros.



## Referencias

- Alles, M. (2000). *Desempeño por competencias: evaluación 360°*. Buenos Aires: Granica.
- Aranda, A. (2005). La ética del cuidado. Conferencia Clausura del Curso Académico de la E.U.E. Virgen de la Paz de Ronda.
- Arenas, N. (2006). El cuidado como manifestación de la condición humana. *Salus Online*, 10(1), 19-27.
- Beratarrechea, A. (2010). Actualización: las enfermedades crónicas. Evidencia actualización en la Práctica Ambulatoria. 13(2), 68-73.
- Cadeno, S. (2009). *Contribución al estudio del aprendizaje de las ciencias experimentales en la educación infantil: cambio conceptual y construcción de modelos científicos precursores*. (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona, España.
- Castel, R. (1997). *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós.
- Caro, S. (2009). Enfermería: integración del cuidado y el amor, una perspectiva humana. *Salud Uninorte*, 25(1), 172 -178.
- Ceballos, P, Guitierrez, A. (2010.) Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y Enfermería*, 16(1) 31-35.
- Drolas, A. (2010). Del saber colectivo a las cualidades individuales. El debate sobre las competencias laborales. *Convergencia, Revista de Ciencias Sociales*, 53, 35-51.
- Escobar, M. (2005). Las competencias laborales: ¿la estrategia laboral para la competitividad de las organizaciones? *Estudios Gerenciales*, 96, 31-55.
- Ferreira, L. (2006). Enfermería y cuidados intensivos: una mirada a la luz de la bioética. *Enfermería Actual*, 8(1), 23-25.
- Gallego, M. (2000). Gestión humana basada en competencias. Contribución efectiva al logro de los objetivos organizacionales. *Revista Universidad EAFIT*, 63-72.
- Goleman, D. (1999). *La inteligencia emocional en la empresa*. Buenos Aires: Javier Vergara Ediciones.
- Gómez, C. (1997). Mapa de competencias, estrategia en el recurso humano. *Revista Clase Empresarial*, 54, 52-59

- Gómez, J. (2006). Modelo de la productividad basado en prácticas de gestión humana. *Revista EIA. Escuela de Ingeniería de Antioquia*, 6, 9-20.
- González-Ruiz, G., Oviedo Córdoba, H., Bedoya-Idrobo, L., Benavides-Peñaloza, G., Dalmero-Arvilla, N. y Vergara-Ascanino, C. (2013). Cuidado humanizado de enfermería percibido por familiares de pacientes pediátricos, usuarios del Hospital Universitario Fernando Troconis de Santa Marta. *Memorias*, 11(20), 31-39.
- Guillaumet, M., Fragues, I., Subirana, M. y Bros, M. (2005). Teoría del cuidado humano: un café con Watson. *Metas de Enfermería*, 8(2), 28-32.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. del P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5 ed.). México: McGraw-Hill.
- Hoffman, T. (1999). The meanings of competency. *Journal of European Industrial Training*, 23 (6), 275-285.
- Horton, S. (2000). Introduction -The competency movement: Its origins and impact on the public sector. *The International Journal of Public Sector Management*, 13(4), 306-318.
- Hoyos, P., Cardona Ramírez, M. A. y Correa Sánchez, D. (2008). Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 26(2), 218-215.
- Kohler, A. (2000) La inversión en recursos humanos ¿un dilema? *Formación profesional: Revista Europea*, 14, 24-29
- Kübler-Ross, E. (2015). *Conferencias: Morir es de vital importancia*. Barcelona: Editores Luciérnaga.
- Kübler -Ross, E. (1994). *La muerte un amanecer*. 5 reedición. Barcelona: Editores Luciérnaga.
- Levy-Leboyer, C. (1992). *La gestion des compétences*. Paris: Les éditions d'oganization.
- Levy-Leboyer, C. (1997). *Gestión de las competencias. Cómo analizarlas. Cómo evaluarlas. Cómo desarrollarlas*. Barcelona: Gestión 2000.
- Marchant, L. (2005). Actualizaciones para el Desarrollo Organizacional. 1Ed.. Viña del Mar, Chile: Editorial Patagonia Impresores Ltda.
- Marrero Fornaris, C. E (2002). *Diseño de una tecnología integral para la gestión de la formación en instalaciones hoteleras: Aplicación en la cadena ISLAZUL de la región oriental de Cuba*. La Habana: ISPJAE.
- McFarland M. (2007). *Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales*.

- Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Sesta Ed.
- Mertens, L. (1996). *Competencia laboral: sistemas, surgimiento y modelos*. Montevideo: CINTEFOR.
- Mitre, R. M. (2002). *Innovaciones en la gestión de salud: estudio de una serie de pacientes en hospitalización domiciliaria*. (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia, España.
- Mournier, A. (2001). The three logics of skills. En: *Acirrt Working Paper*.
- Muñoz, Y., Coral, R., Moreno, D., Pinilla, D. y Suárez, D. (2009). Significado de cuidado humanizado en egresado de la facultad de Enfermería. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 18(4), 246-250.
- Murillo, W. (2008). La investigación científica. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos15/invest-científica/investcientífica.shtm>
- Organización Mundial del Trabajo (OIT). (2017). Servicios en salud. Recuperado de <http://www.ilo.org/global/industries-and-sectors/health-services/lang--es/index.htm>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Temas de salud: Enfermedades crónicas. Recuperado de [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)
- Padrón, J. (2006). Investigar, reflexionar y actuar en la práctica docente. Recuperado de: <http://padron.entretemas.com/InvAplicada/index.htm>
- Pinto, N. (2001). Indicadores del cuidado. *Actualización Enfermería*, 4(1), 13-19.
- Poblete, M. y Valenzuela, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 499-503.
- Raccoursier, A. (2007). *Programa de fortalecimiento de competencias transversales*. Chile: Universidad de Lagos.
- Rodríguez, Á. (2012). Hacia la humanización en salud. *ARS MÉDICA Revista de Estudios Médico Humanísticos*, 10, 10.
- Spencer, L., y Spencer, S. (1993). *Competence at work, models for superior performance*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Suárez, R. y Castellanos, O. (2006). Bases conceptuales e impacto de la implementación de las competencias laborales en la relación individuo-organización. Modelo de aplicación en la industria gráfica colombiana. *Cuaderno Administración*, 19(31), 8-101.
- Torres, L. (2002). La pesadilla de no poder dormir. ¿Una realidad para el paciente de cuidado

- crítico? *Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico. Tempus Vitalis*, 2(1), 10-23
- Vargas, E. (2007). Cuidado humanizado al paciente críticamente enfermo: enfermería pieza clave en la atención. *Ciencia y Cuidado*, 4(4), 21-27.
- Vargas, Z. (2009). La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. *Revista Educación*, 33(1), 155-165.
- Velázquez Zaldívar, R. (2002). *Modelo de mejora continua para la gestión de la seguridad e higiene ocupacional: aplicaciones en empresas de la industria alimentaria*. La Habana: ISPJAE.
- Villa, V. y Rossi, L. (2002). Significado cultural del cuidado humanizado en la unidad de terapia intensiva: mucho se habla y poco se vive. *Revista Latinoamericana Enfermería*, 10(2), 137-144.
- Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: curative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto y contexto-Enfermagem*, 16(1), 129-135.
- Zabala, M. (2003). *Competencias docentes del profesorado universitario*. Madrid.

## Apéndices

### Apéndice A: Perfil Auxiliar de Enfermería

<b>Posición</b>	
<b>Título del Cargo</b> Auxiliar de Enfermería	<b>Ubicación del Cargo:</b> Nacional
<b>Reporta a (Nombre de la posición):</b> Enfermero Jefe Ruta	
<b>Departamento:</b> Dirección Médica	<b>Grado del Cargo:</b> 6 a 8
<b>Misión del Cargo</b>	
<p>Realizar las actividades encaminadas al cuidado del paciente, para garantizar la satisfacción de este, asegurando el manejo racional de los recursos del servicio y la aplicación de los procedimientos establecidos para alcanzar metas propuestas, con atención humanizada, oportuna y eficaz con altos estándares de calidad.</p>	
<b>Principales Responsabilidades</b>	
<p>PRINCIPALES RESPONSABILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ejecutar los servicios complementarios de la atención en salud en aquellos aspectos referentes al cuidado básico y las actividades de la vida diaria.</li><li>• Realizar evaluación clínica y preventiva en personas del programa de acuerdo con el plan de tratamiento y las instrucciones de su superior inmediato.</li><li>• Ejecutar las actividades de educación, control y seguimiento de los pacientes del programa.</li><li>• Participar activamente en el cuidado de cada paciente aplicando medidas que permitan optimizar el cuidado, evitando aparición de eventos indeseables o resultados adversos.</li><li>• Realizar de manera precisa y completa la entrega de turno de acuerdo con lo establecido sin omitir información y evitar dejar actividades incompletas, para no entorpecer la labor del profesional que llega.</li><li>• Realizar un buen lavado de manos para disponerse a valorar los pacientes (según procedimiento de lavado de manos).</li><li>• Realizar los procedimientos de enfermería ordenados, de acuerdo con las guías de manejo y procedimientos.</li><li>• Mantener confidencialidad de la información sobre el estado actual del paciente de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.</li></ul> <p>RECIBO Y ENTREGA DE TURNO:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Valorar al paciente</li><li>• Revisar la suficiencia de dispositivos médicos y medicamentos para 24 horas. Si se presenta algún faltante debe informar de inmediato al responsable.</li><li>• Revisar el estado del maletín de paro y reportar novedades al Servicio Farmacéutico</li></ul>	

(medicamentos próximos a vencer, reposiciones pendientes, daño del maletín).

- Realizar registro de la entrega de turno.
- Informar a la persona que recibe turno sobre el estado del paciente, las novedades y pendientes.

#### ASISTENCIA A PACIENTES EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

- Realizar baño de paciente en cama o ducha de acuerdo con su estado clínico y plan de tratamiento.
- Alimentación: Administración de nutrición por sonda o vía oral de acuerdo con las condiciones clínicas del paciente.
- Asistir en aseo personal y vestido del paciente.
- Cumplir los demás procedimientos asistenciales a su cargo de acuerdo con su profesión.
- Colaborar en el desarrollo de los planes caseros que deja cada profesional.
- Realizar cateterismos vesicales si el paciente lo requiere de acuerdo con el protocolo establecido.
- Toma de laboratorios, higiene bronquial, canalización de acceso venoso según necesidad.

#### MONITOREO DEL PACIENTE:

- Realizar control de signos vitales y líquidos administrados y eliminados de acuerdo con orden médica (mínimo cada 2 horas).
- Informar al jefe de ruta sobre hallazgos relevantes encontrados en la monitorización.
- Verificar el funcionamiento adecuado de los equipos que requiere para realizar el control. Si encuentra novedades informar a logística y/o mantenimiento.

#### GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

- Revisar diariamente la última orden médica y actualizar el kárdex. Si evidencia alguna inconsistencia entre la orden médica y el kárdex (olvido de formulación de un medicamento de uso crónico) informar de inmediato al jefe de ruta.
- Administrar los medicamentos de acuerdo con la orden médica y los horarios establecidos.
- Realizar el registro de los medicamentos administrados, no administrados y notas aclaratorias en el Software de Historias Clínicas.
- Descargue de medicamentos y dispositivos médicos en el Software de Historias Clínicas.
- Asegurar la rotación de los medicamentos de acuerdo con fecha de vencimiento.
- Aplicar las medidas de bioseguridad establecidas en el Manual de Bioseguridad.
- Almacenar los medicamentos y dispositivos médicos cumpliendo los requisitos adecuados, establecidos por la compañía.
- Verificar que el médico realice las órdenes médicas, los CTC y la fórmula de medicamentos controlados en caso de ser necesario.
- Rotular los dispositivos médicos identificando la fecha de cambio, garantizando el cambio según periodicidad establecida por el Comité de Infecciones.
- Informar oportunamente al jefe de ruta los cambios realizados por el médico.

#### GESTIÓN DE RESIDUOS:

- Garantizar la segregación adecuada de los residuos hospitalarios.
- Verificar y diligenciar en el formato RH 1, el peso de los residuos hospitalarios entregados a la empresa de recolección y disposición final.
- Cumplir con el uso de los elementos de protección personal para el manejo de residuos.
- Cumplir con los procedimientos establecidos por la compañía para el manejo de residuos, lo cual incluye segregación, transporte, almacenamiento, inactivación.

#### ADMINISTRATIVAS:

- Adoptar los formatos y medios de registro que respondan a las necesidades de información.
- Diligenciar los registros de historia clínica en forma veraz, secuencial, coherente, sin intercalaciones o espacios en blanco y sin utilizar siglas distintas a las internacionalmente aprobadas.
- Documentar en la historia clínica las diferentes situaciones que se presenten en relación con el cuidado de los pacientes (evaluación, evolución, complicaciones y modificaciones al tratamiento instaurado).
- Realizar el diligenciamiento de la epicrisis mensual por cada paciente, en la fecha establecida, según asignación establecida.
- Diligenciar las listas de chequeo y escalas clínicas de acuerdo con la periodicidad y los lineamientos establecidos por la compañía.
- Suministrar la información requerida para la consolidación de informes y tabulación de los indicadores de gestión.
- Asistir a reuniones y capacitaciones.
- Reportar activamente los eventos adversos y problemas de seguridad en la prestación de los servicios.
- Participar activamente en la revisión y ajuste de las guías de manejo, protocolos y/o procedimientos de la compañía.
- Participar de forma activa en la educación del paciente y su familia acerca de los cuidados e intervenciones en el paciente.
- Al egreso del paciente, acompañarlo durante el traslado hasta la salida del programa dejando la unidad en condiciones de orden y los equipos listos para la recolección.
- Desarrollar el proceso de referencia y contrarreferencia de los pacientes cuando la condición clínica lo amerite.
- Acompañar al paciente durante el traslado hasta el sitio de referencia, receptor del paciente.
- Acompañar al paciente a exámenes o procedimientos en otras instituciones.

#### NATURALEZA DE LA RESPONSABILIDAD: Libertad de Acción

La naturaleza del cargo no permite toma de decisiones en los pacientes, tales como cambios de conducta o intervenciones clínicas en el paciente.

#### Relaciones Clave (Internas/Externas)

##### Relaciones Internas:

- Enfermero (a). Procesos de atención clínica en el paciente.
- Médicos. Procesos de atención clínica en el paciente.

- Terapeutas. Procesos de atención clínica en el paciente.
- Nutricionistas. Procesos de atención clínica en el paciente.
- Coordinador asistencial. Seguimiento a resultados y adhesión a los procesos.
- Coordinador de soporte clínico.
- Médico especialista. Procesos de atención clínica en el paciente.

Relaciones Externas:

- Ninguna.

### Comportamientos requeridos

Personas y Cooperación	Trabajo en equipo Comunicación interpersonal Resolución de conflictos
Negocio y estrategia	Orientación a resultados humanizados
Orientación a la humanización en el servicio	Negociación y relaciones públicas Servicio de calidad Orientación al servicio humanizado
Mejoramiento continuo	Disposición al aprendizaje Capacidad de aprendizaje Competencia técnica del cargo

### Perfil

#### Nivel académico requerido

#### EDUCACIÓN FORMAL:

Técnico en Auxiliar de Enfermería.

#### POSTGRADO:

N/A

#### CERTIFICACIONES REQUERIDAS:

N/A

#### CONOCIMIENTOS ESPECÍFICOS DESEABLES EN:

- Manejo y cuidado de pacientes (deseable en paciente crítico).
- Soporte vital básico.
- Manejo de pacientes crónicos.

#### Experiencia requerida (tiempo, tipo de experiencia: General y específica)

Mínimo un (1) año en manejo de pacientes en instituciones de salud con servicios hospitalarios y/o domiciliarios.



## Apéndice B: Perfil de cargo enfermero

<b>Posición</b>	
<b>Título del Cargo</b> Enfermero Jefe	<b>Ubicación del Cargo:</b> Nacional
<b>Reporta a (Nombre de la posición):</b> Coordinador Asistencial Regional	
<b>Departamento:</b> Dirección Médica	<b>Grado del Cargo:</b> 9 a 11
<b>Misión del Cargo</b>	
<p>Atención clínica de pacientes del programa XXX en los centros, dando cumplimiento a los procedimientos de enfermería establecidos por la compañía, en busca de mejorar el resultado clínico, mediante la prevención de infecciones, eventos adversos y alcanzando los objetivos terapéuticos establecidos. Realiza las actividades asistenciales y administrativas planeando, implementando, evaluando y supervisando el cuidado individualizado del paciente, centrados en la seguridad del paciente, el manejo racional de los recursos y el cumplimiento de los estándares establecidos por la institución, a través de una atención humanizada, oportuna y eficaz.</p>	
<b>Principales Responsabilidades</b>	
<p>PRINCIPALES RESPONSABILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar evaluación clínica, funcional e intervención terapéutica y preventiva en personas de todas las edades.</li> <li>Organizar y dirigir actividades de educación, diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento de los pacientes del programa.</li> <li>Participar activamente en el cuidado de cada paciente aplicando medidas que permitan optimizar el cuidado, evitando aparición de eventos indeseables o resultados adversos.</li> <li>Dirigir el servicio, aplicando principios y normas básicas de administración, demostrando capacidad de liderazgo, creatividad e iniciativa en los escenarios laborales donde se desempeñe.</li> <li>Administrar los servicios a su cargo, mediante el control de los inventarios, asegurando la disponibilidad de insumos y medicamentos requeridos para la atención de los pacientes, así como asegurando el cumplimiento de los procesos y la adhesión a guías por parte del personal a su cargo.</li> </ul> <p>6.1 RECIBO Y ENTREGA DE TURNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar la entrega de turno de los pacientes a cargo, diligenciando diariamente el formato de entrega de turno con los requerimientos establecidos en el procedimiento de la compañía, cumpliendo la hora establecida y velando por que el todo el personal de enfermería cumpla con el horario del turno.</li> </ul>	

- Revisar el estado del carro de paro y reportar novedades al Servicio Farmacéutico (medicamentos próximos a vencer, reposiciones pendientes, adecuado funcionamiento del desfibrilador).
- Informar a la persona que recibe turno sobre las novedades y pendientes.

#### 6.2 ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS:

- Establecer, implementar, documentar, evaluar y actualizar el plan de cuidado.
- Comunicar a la auxiliar de enfermería el plan de cuidado, delegar actividades delegables y supervisar su ejecución.
- Participar en la revista médica informando evolución de enfermería y elementos del cuidado.
- Cumplir los demás procedimientos asistenciales en los que tenga a cargo de acuerdo con su profesión y con las guías y/o protocolos establecidos por la compañía.
- Asegurar el cumplimiento de las órdenes médicas establecidas para el paciente.

#### 6.3 MONITOREO DEL PACIENTE:

- Realizar seguimiento a los registros de control de signos vitales y líquidos administrados y eliminados, glucometrías de acuerdo con orden médica (mínimo cada 2 horas).
- Informar al médico de turno sobre hallazgos relevantes encontrados en la monitorización.
- Reportar al área de logística y/o mantenimiento sobre fallas o novedades con los equipos biomédicos.

#### 6.4 GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

- Revisar diariamente la última orden médica y actualizar el kárdex. Si evidencia alguna inconsistencia entre la orden médica y el kárdex (olvido de formulación de un medicamento de uso crónico) informar de inmediato al médico de turno.
- Realizar la recepción de los medicamentos y demás insumos entregados por el servicio farmacéutico, revisando las órdenes médicas de los pacientes y asegurando el almacenamiento adecuado.
- Establecer horarios de administración de medicamentos de acuerdo con la orden médica.
- Realizar el registro de los medicamentos administrados, no administrados y notas aclaratorias en el Software de Historias Clínicas.
- Descargue de medicamentos y dispositivos Médicos en el Software de Historias Clínicas.
- Asegurar la rotación de los medicamentos de acuerdo con fecha de vencimiento.
- Realizar los pedidos de los medicamentos y dispositivos médicos en las herramientas establecidas. Realizar dosificación de los medicamentos.
- Verificación y diligenciamiento del formato de temperatura de la nevera de medicamentos.
- Revisar el carro de paro mensualmente, teniendo en cuenta reemplazar los medicamentos prontos a vencer de acuerdo con el protocolo.
- Rotular los dispositivos médicos y medicamentos identificando la fecha de cambio, garantizando el cambio según periodicidad establecida por el Comité de Infecciones.

#### 6.5 ADMINISTRATIVAS:

- Adoptar los formatos y medios de registro que respondan a las necesidades de información.
- Diligenciar los registros de historia clínica en forma veraz, secuencial, coherente, sin intercalaciones o espacios en blanco y sin utilizar siglas distintas a las internacionalmente aprobadas.
- Documentar en la historia clínica las diferentes situaciones que se presenten en relación con el

cuidado de los pacientes (evaluación, diagnóstico, plan de manejo, tratamiento, evolución, complicaciones y modificaciones al tratamiento instaurado).

- Realizar el diligenciamiento de la epicrisis mensual por cada paciente, en la fecha establecida, según asignación establecida.
- Controlar el inventario del servicio.
- Diligenciar las listas de chequeo y escalas clínicas de acuerdo con la periodicidad y los lineamientos establecidos por la compañía.
- Suministrar la información requerida para la consolidación de informes y tabulación de los indicadores de gestión.
- Asistir a reuniones y capacitaciones.
- Reportar activamente los eventos adversos y problemas de seguridad en la prestación de los servicios.
- Participar activamente en la revisión y ajuste de las guías de manejo, protocolos y/o procedimientos de la compañía.
- Desarrollar el proceso de referencia y contrarreferencia cuando la condición del paciente lo amerite.
- Participar de forma activa en la educación del paciente y su familia acerca de los cuidados e intervenciones en el paciente.

#### 7. NATURALEZA DE LA RESPONSABILIDAD: Libertad de Acción

La toma de decisiones se hace sobre políticas y procedimientos definidos por la Compañía y sobre los procesos objeto del alcance del cargo.

- Manejo de pacientes y conductas.
- Intervención clínica de los pacientes.
- Cambios justificados en planes de tratamiento.
- Desarrollo de procedimientos asistenciales, de acuerdo con guías y/o protocolos de atención.
- Distribución del personal a su cargo.

#### Relaciones Clave (Internas/Externas)

Relaciones Internas:

- Aux. Enfermería. Procesos de atención clínica en el paciente.
- Médicos. Procesos de atención clínica en el paciente.
- Terapeutas. Procesos de atención clínica en el paciente.
- Nutricionistas. Procesos de atención clínica en el paciente.
- Coordinador asistencial. Seguimiento a resultados y adhesión a los procesos.
- Coordinador de soporte clínico.
- Médico especialista. Procesos de atención clínica en el paciente.

Relaciones Externas:

- Auditores de EPS.

#### Comportamientos requeridos

Personas y Cooperación	Trabajo en equipo Comunicación interpersonal Resolución de conflictos
Negocio y estrategia	Orientación a resultados humanizados Negociación y relaciones públicas
Orientación a la humanización en el servicio	Servicio de calidad Orientación al servicio humanizado Disposición al aprendizaje
Mejoramiento continuo	Capacidad de aprendizaje Competencia técnica del cargo
<b>Perfil</b>	
<b>Nivel académico requerido</b>	
<b>EDUCACIÓN FORMAL:</b> Título profesional como Enfermero (a) jefe	
<b>POSTGRADO:</b> N/A	
<b>CERTIFICACIONES REQUERIDAS:</b> N/A	
<b>CONOCIMIENTOS ESPECÍFICOS DESEABLES EN:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo y cuidado de pacientes (deseable en paciente crítico).</li> <li>• Soporte vital básico.</li> <li>• Manejo de pacientes crónicos.</li> </ul>	
<b>Experiencia requerida (tiempo, tipo de experiencia: General y específica)</b>	
Mínimo un (1) año en manejo de paciente crítico en instituciones de 2 y 3 niveles de atención.	

## Apéndice C: Perfil de cargo Líder de Enfermería

<b>Posición</b>	
<b>Título del Cargo</b> Líder de Enfermería	<b>Ubicación del Cargo:</b> Nacional
<b>Reporta a (Nombre de la posición):</b> Coordinador Médico Regional	
<b>Departamento:</b> Dirección Médica	<b>Grado del Cargo:</b> 11 a 13
<b>Misión del Cargo</b>	
<p>Dirigir y coordinar los procesos clínicos de enfermería y nutrición a los pacientes del programa XXX garantizando la prestación de la atención con la más alta calidad técnico científica y humana responsable del cuidado, bajo los criterios de seguridad, eficiencia, oportunidad y pertinencia, así mismo asegurar el cumplimiento de los protocolos y procedimientos del área durante la prestación del servicio.</p>	
<b>Principales Responsabilidades</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar el cumplimiento de las políticas establecidas por la Dirección Médica Nacional a través de la Coordinación Médica Regional para la atención de los pacientes.</li> <li>• Dirigir todo el personal de enfermería y nutrición de la Regional que participe en la atención de los pacientes del programa de paciente crónico ventilado y no ventilado</li> <li>• Presentación de indicadores, análisis de resultados de enfermería y nutrición y planes de mejora mensual a la Coordinación Nacional de Enfermería y a la Coordinación Médica Regional.</li> <li>• Evaluar la necesidad de recurso humano de enfermería y nutrición suficiente e idónea para la prestación del servicio en el programa, con base en las necesidades, capacidad instalada definida y reportar a la Coordinación Médica Regional para la toma de decisiones respectivas.</li> <li>• Coordinar, programar y evaluar los procesos de inducción, reinducción y entrenamiento del personal nuevo y antiguo de enfermería y nutrición con el fin de garantizar personal idóneo para la atención segura y humana de los pacientes del programa.</li> <li>• Participar en las auditorías y presentación de resultados ante las diferentes entidades aseguradoras y/o entes reguladores según lo determine la Coordinación Médica Regional.</li> <li>• Planear, ejecutar y evaluar estrategias de mejoría del resultado clínico de enfermería y nutrición alineadas con las directrices de la Coordinación Nacional de Enfermería.</li> <li>• Identificar y responder a las necesidades de capacitación y entrenamiento del personal de enfermería y nutrición del programa.</li> <li>• Socializar e implementar con el personal de enfermería y nutrición los documentos científicos que se produzcan en el programa: guías, protocolos documentos, instructivos, etc.</li> <li>• Participar en la elaboración y/o actualización de documentos, protocolos, instructivos, etc., de enfermería y nutrición.</li> <li>• Participar en el proceso de selección del personal de enfermería y nutrición.</li> </ul>	

- Planear, ejecutar y evaluar en conjunto con la Coordinación Médica Regional estrategias que permitan mejorar los resultados de facturación regional relacionados con registros asistenciales.
- Evaluar y asegurar el cumplimiento de la ejecución de los planes asistenciales de enfermeras y nutrición realimentando de ser necesario al personal responsable de su ejecución o generar estrategias que garanticen el cumplimiento y resultado esperado.
- Consolidar, analizar e implementar acciones de mejora sobre los resultados de los indicadores clínicos de enfermería y nutrición.
- Realizar evaluación y análisis de frecuencia de uso de dispositivos médicos de enfermería y medicamentos planeando acciones de mejora enfocados en disminución de costos y uso racional sin afectar la seguridad del paciente.
- Evaluar la pertinencia del manejo de tecnologías para curación de lesiones en piel u otros tratamientos POS y NO POS ordenados a los pacientes del programa.
- Garantizar el funcionamiento adecuado y los resultados del programa de clínica de heridas y piel sana del programa.
- Garantizar el entrenamiento del cuidador en el programa de cuidadores cuidando lo que más quiere y la participación activa en el cuidado de los pacientes.
- Evaluar las necesidades de cuidado de los pacientes que se propongan para ingreso al programa y orientar sus requerimientos, riesgos y garantizar el cumplimiento de criterios y proceso de ingreso según lo establecido por la Compañía
- Evaluar y realizar seguimiento al desempeño del personal de enfermería y nutrición del programa que hayan sido intervenidos previamente por el jefe inmediato del servicio.
- Garantizar el cumplimiento del sistema de información a la familia de acuerdo con los protocolos establecidos.
- Responder las quejas de los pacientes, en cuyo motivo esté implicado el personal de enfermería y/o nutrición.
- Asegurar que el personal de enfermería y nutrición cumpla con los registros clínicos bajo los criterios de secuencialidad, integralidad oportuna, etc., definidos en la Resolución 1995 de 1999.
- Evaluar y realizar seguimiento al cumplimiento adecuado del proceso de referencia y contrarreferencia de los pacientes del programa, en busca de asegurar la oportunidad y continuidad de la atención.
- Asegurar la atención clínica adecuada del personal de enfermería y nutrición alcanzando el cumplimiento de las metas terapéuticas en el paciente, disminuyendo los riesgos de la atención.
- Participar en la recolección de información que garantice la fiabilidad de los datos derivados del programa con fines investigativos y de publicación según sea necesario.
- Coordinar la realización del entrenamiento en riesgos críticos del personal de enfermería.
- Asistir a las entregas de turno del personal de enfermería.
- Realizar evaluación del cumplimiento de los procesos en domicilios a través de las visitas domiciliarias de acuerdo con la programación y necesidades según lo establecido en el Manual de Visitas Domiciliarias.
- Evaluar con la Coordinación Médica los casos en que el personal de enfermería y/o nutrición no cumpla con los criterios de calidad deseados.
- Definir y coordinar las necesidades de entrenamientos y capacitaciones requeridos para el

personal de enfermería y nutrición.

- Coordinar y programar con el área de recursos humanos los comités primarios mensuales.
- Participar en los Comités Técnico Científicos y demás según lo definido en el documento de Manual de Comités.
- Reportar los eventos adversos en forma oportuna a la Coordinación Médica Regional y participar de la investigación y reporte final de los mismos, así como de la correcta implementación de los planes de mejora definidos que sean de su responsabilidad.
- Reportar acciones y condiciones inseguras que puedan afectar el adecuado desempeño del personal de enfermería y nutrición.
- Garantizar el cumplimiento de la política de buen comportamiento por parte del personal de enfermería y nutrición.
- Realizar los llamados de atención del personal de enfermería y nutrición según corresponda.
- Evaluar y realizar seguimiento a los planes de cuidado del personal de enfermería.
- Programar y coordinar en conjunto con auxiliar de apoyo asistencial auditorías de la historia clínica que permitan disminución de la glosa a nivel regional.
- Diseño y elaboración de campañas y planes de acción para la mejoría de resultados de enfermería y nutrición.
- Evaluar y realizar seguimiento al adecuado proceso de egreso de los pacientes del programa.
- Realizar evaluación y panorama de riesgos regional para definir priorización de intervenciones según principales procedimientos de enfermería.
- Evaluar dispositivos médicos y emitir concepto técnico a la Coordinación Nacional de Enfermería.

#### **RESPONSABILIDADES GESTIÓN DE CALIDAD:**

- Cumplir las políticas, normas, reglamentos e instrucciones, de su proceso apuntando al cumplimiento del Sistema de Gestión de Calidad.
- Implementar, liderar y promover las estrategias definidas del Sistema de Gestión de Calidad.
- Cumplir con la normatividad nacional vigente aplicable al programa e informar oportunamente a su jefe inmediato acerca del incumplimiento normativo y de las estrategias del Sistema de Gestión de Calidad.
- Participar en las actividades de capacitación del Sistema de Gestión de Calidad.

#### **Relaciones Clave (Internas/Externas)**

##### **Internas**

Gerentes Generales  
Gerente de Asuntos Médicos  
Gerente Comercial  
Recursos Humanos  
Personal de enfermería y nutrición del programa  
Coordinación Comercial Regional  
Director Administrativo Regional  
Gerente de Operaciones  
Operaciones y Logística Regional

**Externa**

Asesor Científico Regional  
 Médicos Especialistas  
 Medical Advisor  
 Medical Advisor Pediatría  
 Medical Advisor Fisiatría  
 Proveedores de Servicios Médicos

**Comportamientos requeridos**

	Trabajo en equipo
Personas y Cooperación	Comunicación interpersonal
	Resolución de conflictos
	Desarrollo de equipos de trabajo
Liderazgo	Desarrollo de Colaboradores
	Empoderamiento y delegación
	Toma de decisiones
Negocio y estrategia	Orientación a resultados humanizados
	Negociación y relaciones públicas
Orientación a la humanización en el servicio	Servicio de calidad
	Orientación al servicio humanizado
	Disposición al aprendizaje
Mejoramiento continuo	Capacidad de aprendizaje
	Competencia técnica del cargo

**Perfil****Nivel académico requerido****EDUCACIÓN FORMAL:**

Título profesional como Jefe de Enfermería (preferiblemente con formación administrativa)

**POSTGRADO:**

Título profesional como Jefe de Enfermería (preferiblemente con formación administrativa)

**CERTIFICACIONES REQUERIDAS:**

N/A

**CONOCIMIENTOS ESPECÍFICOS DESEABLES EN:**

- Manejo de pacientes críticos.
- Ventilación mecánica.
- Funcionamiento de unidades de cuidado intensivo.
- Manejo de personal y turnos.



- Sistemas y manejo de datos (Excel, Power Point, Word).
- Idealmente con conocimientos en coordinación de procesos o servicios en instituciones de salud.

**Experiencia requerida (tiempo, tipo de experiencia: General y específica)**

Mínimo dos (2) años de experiencia en cargos de coordinación de enfermería y auditoría de procesos de salud, experiencia clínica en servicios de urgencias, hospitalización y/o unidad de cuidado intensivo.

## **Apéndice D. Guía para entrevista semiestructurada**

### **Guía para realizar la entrevista semiestructurada**

1. ¿Qué es para usted el paciente crónico ventilado y no ventilado?
2. ¿Qué servicios debería recibir el paciente crónico?
3. ¿Qué papel juega el equipo de enfermería en el cuidado de paciente crónico? ¿Es diferente del cuidado que se presta en un servicio de Unidad de Cuidados Intensivos, hospitalización, etc.? Explique.
4. ¿En la atención del paciente crónico que se debe tener en cuenta?
5. Explique cuál es el rol diferenciador del equipo de enfermería de las demás disciplinas.
6. ¿Cree usted que el equipo de enfermería aporta más que cuidado técnico al paciente crónico? Explique.
7. ¿Cualquier persona calificada técnicamente como auxiliar de enfermería o enfermero puede prestar servicios al paciente crónico ventilado y no ventilado?

## **Apéndice E: Consentimiento informado para entrevistados**

Solicitud de consentimiento para entrevistados.

Para optar al título de Magíster en Gestión humana para Organizaciones Saludables, de la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB), la candidata a magíster Ana Lorena Acosta Rengifo realiza la investigación “*Diseño de competencias comportamentales para equipo de enfermería de una organización de la salud que presta servicios a pacientes crónicos ventilados y no ventilados*”, con la dirección de María Alejandra Gómez Vélez, PhD. La investigación tiene por objetivo diseñar competencias comportamentales para equipos de enfermería en unidades de paciente crónico ventilado y no ventilado, que pueden ser aplicadas en el territorio colombiano.

Para llevar a cabo su cometido se le solicita a usted conceder una entrevista, con el fin de obtener información para ser incluida en la investigación que se está realizando, la cual será utilizada para fines académicos. Se le garantizan confidencialidad y manejo profesional de la información por usted brindada. Cabe señalar que en cualquier momento usted puede decidir que la información ofrecida no sea considerada en la investigación.

Agradecemos su disposición y participación en la generación de conocimiento para la disciplina.  
Ana Lorena Acosta Rengifo.

Consentimiento informado:

Yo, \_\_\_\_\_,  
identificado (a) con CC (cédula de ciudadanía en Colombia)  
\_\_\_\_\_, declaro que el objetivo para el cual he sido convocado (a)  
es claro y estoy de acuerdo con las condiciones aquí contenidas.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **Apéndice F: Consentimiento informado para organización**

Solicitud de consentimiento para organización

Para optar al título de Magíster en Gestión Humana para Organizaciones Saludables, de la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB), la candidata a magíster Ana Lorena Acosta Rengifo realiza la investigación “*Diseño de competencias comportamentales para equipo de enfermería de una organización de la salud que presta servicios a pacientes crónicos ventilados y no ventilados*”, con la dirección de María Alejandra Gómez Vélez, PhD. La investigación tiene por objetivo diseñar competencias comportamentales para equipos de enfermería en unidades de paciente crónico ventilado y no ventilado, que pueden ser aplicadas en el territorio colombiano.

Para llevar a cabo su cometido se le solicita a la organización (representante) conceder una entrevista para obtener información de perfiles de cargo, que se incluya en la investigación que se está realizando, la cual será utilizada para fines académicos. Se le garantizan confidencialidad y manejo profesional de la información por usted brindada, al igual que reserva del nombre de la organización que suministró la información. Cabe señalar que en cualquier momento la organización puede decidir que la información ofrecida no sea considerada en la investigación.

Agradecemos su disposición y participación en la generación de conocimiento para la disciplina.  
Ana Lorena Acosta Rengifo.

Consentimiento informado,

Representante de organización \_\_\_\_\_, identificado  
(a) con CC (cédula de ciudadanía en Colombia) \_\_\_\_\_, declaro  
que el objetivo para el cual he sido convocado (a) es claro y estoy de acuerdo con las condiciones  
aquí contenidas.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_