

ORIGINAL

Competencias transversales de los profesionales que facilitan atención domiciliaria a pacientes crónicos



Joan Escarrabill^a, Xavier Clèries^{b,*} y Joan Josep Sarrado^c

^a Hospital Clínic, Barcelona, España

^b Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona, España

^c Institut d'Estudis de la Salut, Barcelona, España

Recibido el 12 de diciembre de 2013; aceptado el 13 de febrero de 2014

Disponible en Internet el 10 de agosto de 2014

PALABRAS CLAVE

Competencias no técnicas;
Atención domiciliaria;
Enfermedades crónicas

Resumen

Objetivo: Determinar, a partir de los análisis de los profesionales de atención domiciliaria, el grado de relevancia de las competencias no técnicas de esos profesionales dedicados a la atención de pacientes con enfermedades crónicas.

Diseño: Investigación cuanti-cualitativa realizada en 2 fases: la 1.^a entre noviembre de 2010 y marzo de 2011 y la 2.^a entre diciembre de 2012 y agosto de 2013.

Emplazamiento: Región Sanitaria de Barcelona ciudad.

Participantes: En la primera fase, 30 profesionales pertenecientes a 6 equipos de atención domiciliaria (3 del ámbito de la atención primaria y 3 del ámbito hospitalario). En la 2.^a fase, 218 profesionales pertenecientes a 50 equipos de atención primaria (EAP) y a 7 programas de atención domiciliaria y equipos de apoyo sanitario y social (PADES).

Método: Muestreo intencional en la 1.^a fase y aleatorio en la 2.^a. Se emplearon escalas tipo Likert y grupos focales.

Resultados: A partir de la identificación de 19 categorías competenciales en la 1.^a fase del estudio, se establecieron, en la 2.^a fase, 3 metacategorías competenciales: atención integral centrada en el paciente, organización interprofesional y entre niveles asistenciales y competencia relacional.

Conclusiones: Es necesario favorecer y garantizar las relaciones profesionales entre niveles asistenciales, la continuidad asistencial, la concepción biopsicosocial y la atención holística al paciente y a su entorno, contemplando emociones, expectativas, sentimientos, creencias y valores de pacientes y familiares.

Es imprescindible el diseño e implementación de formación en competencias transversales en el ámbito de cada centro, a través de metodologías didácticas activas y participativas.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: xcleries@gmail.com (X. Clèries).

KEYWORDS

Non technical skills;
Home care;
Chronic disease

Transferable skills of healthcare professionals in providing homecare in chronically ill patients**Abstract**

Aim: To determine the relevance level of non-technical skills of those professionals dedicated to the healthcare of patients with chronic diseases, from an analysis of home care professionals.

Design: Quantitative and qualitative research conducted in 2 phases: 1. st from November 2010 to March 2011 and 2. nd from December 2012 to August 2013.

Setting: Health Region of Barcelona city.

Participants: During the 1. st phase, 30 professionals from homecare teams (3 from Primary Care and 3 from Hospitals). In 2. nd phase, 218 professionals from 50 Primary Healthcare Centres and 7 home care programmes.

Method: Purposive sampling in was used in the 1st phase, and randomized sampling in the 2. nd phase. Likert scales and focus group were used.

Results: A total of 19 skill categories were identified in the 1. st phase. In the 2. nd phase 3 metacategories were established: comprehensive patient-centered care, interprofessional organization, and inter-health care fields and interpersonal skills.

Conclusions: It is necessary to improve and secure the professionals relationships between levels of healthcare, continuity of healthcare, biopsychosocial model and holistic attention to patients and relatives, looking at emotions, expectations, feelings, beliefs and values.

It is essential to design and implement continuing training in transferable skills in every healthcare centre, through active methodologies.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La evaluación de competencias profesionales es un tema de interés en el sistema sanitario y educativo, tal y como se ha demostrado en nuestro entorno, aplicando metodología de evaluación clínica objetiva estructurada (ECO) contrastada a nivel internacional¹. Particularmente, las habilidades no técnicas, también denominadas transversales, son susceptibles de aprendizaje durante el ejercicio profesional y tienen impacto tanto en la calidad del entorno laboral como en los propios profesionales sanitarios²⁻⁵.

Por otro lado, el incremento sostenido de la esperanza de vida en las sociedades occidentales lleva implícito el aumento de pacientes con patologías crónicas, que se caracterizan por ser de larga duración y lenta progresión, comportando en muchas ocasiones complicaciones que afectan la calidad de vida de las personas que las padecen. En este sentido, es necesario reajustar los objetivos de salud teniendo en cuenta los resultados orientados a los objetivos priorizados por el paciente⁶ y facilitar la atención domiciliaria⁷.

En este contexto, se ha llevado a cabo un proceso de investigación con la finalidad de establecer las pertinentes competencias transversales de los equipos profesionales que facilitan atención domiciliaria a pacientes con enfermedades crónicas⁸.

Los objetivos específicos planteados son los siguientes:

*Determinar, a partir de los análisis de los profesionales de los equipos de atención primaria (EAP) y los programas de atención domiciliaria y equipos de apoyo sanitario y social (PADES), el grado de relevancia de las competencias no técnicas de esos profesionales dedicados a la atención de pacientes con enfermedades crónicas.

*Precisar las hipotéticas diferencias y similitudes entre diferentes equipos en función de su procedencia, idiosincrasia, finalidad y tipología asistencial.

*Configurar un mapa de las competencias no técnicas, identificándolas y determinando el grado de necesidad de itinerarios de formación en el seno de sus respectivas prácticas asistenciales cotidianas.

*Establecer un diagnóstico priorizado que contraste competencias profesionales y necesidades de formación en el ámbito de la práctica asistencial.

Participantes y métodos

El estudio adopta, a partir de un paradigma interpretativo, una opción metodológica basada en la *Grounded Theory Methodology* con el propósito de generar conceptos a partir de la comparación y del análisis del discurso de los participantes⁹⁻¹¹, estableciéndose un proceso de investigación en 2 fases:

1. En la primera fase, se realizó un estudio piloto a través de la selección de 6 equipos de atención domiciliaria, 3 del ámbito de la atención primaria y 3 del ámbito hospitalario, que atendían a pacientes con enfermedades crónicas según criterios de competencia, experiencia profesional y capacidad analítica de los profesionales respecto al objeto de estudio, en vez de hacerlo de acuerdo con la representatividad, como sería propio en un muestreo estadístico con pretensión generalizadora. Participaron en total 30 profesionales. Se llevó a cabo un grupo focal¹² en cada equipo y se procedió a la transcripción de los textos, dividiéndolos en unidades autónomas

Tabla 1 Categorías resultantes referentes a las competencias transversales de los profesionales de atención domiciliaria a pacientes crónicos

	Categorías competenciales	Definiciones operacionales
1.	Relación de ayuda	Relaciones asistenciales y de apoyo cuidadoso a los pacientes, a sus familias, a los cuidadores y a los núcleos próximos con la finalidad de canalizar sus necesidades desde una perspectiva biopsicosocial, favoreciendo la alianza terapéutica y el desarrollo de compromisos en el entorno domiciliario
2.	Preservación multidimensional del bienestar	Posibilitar vivencias positivas o, al menos, no castradoras ante el fenómeno de la enfermedad y la adversidad, paliando los efectos inhabilitadores producidos por el dolor, la incertidumbre y los temores de los pacientes y/o sus familias o cuidadores, corroborando el aprendizaje colectivo entre profesionales y pacientes en un clima de cordialidad, confianza, diálogo maduro y serenidad que favorezca la complicitad y el bienestar de todos los agentes implicados
3.	Visión holística y biopsicosocial del enfermo, del cuidador y de la enfermedad	Facilitar una atención integral al paciente y a su familia y cuidadores, evitando segregar a la persona de la enfermedad. Se pretende abordar el objeto de mejora o curación (la patología) sin menospreciar al sujeto que la padece
4.	Personalización de la asistencia y de la atención	Necesidad de adecuar la atención sanitaria globalizada a las circunstancias
5.	Acompañamiento y actitud humana hacia pacientes, familias y cuidadores	personales y ambientales, psicopedagógicas y biomédicas, de cada paciente y familia Saber estar y mantenerse al lado de los pacientes, de sus familias y cuidadores, cuidando de sus procesos de salud y enfermedad con sensibilidad, receptividad y acogida
6.	Relación y apoyo interprofesional y comunitario	Los diferentes tipos de relaciones entre los profesionales y equipos del territorio, combinando la atención primaria con la especializada, con la concurrencia de servicios y planes integrados en la comunidad, con el fin de garantizar una asistencia holística de calidad a los pacientes, familiares y cuidadores
7.	Organización y coordinación satisfactoria y contextualizada	Los diversos tipos de apoyo que se desarrollan entre los diferentes equipos y servicios de profesionales del territorio, los circuitos organizacionales que se establecen y la definición de los roles profesionales de cada uno, garantizando una oferta asistencial integrada y de calidad a domicilio. Todo referido a los criterios de derivación desde la responsabilidad y la implicación conjunta de los servicios sanitarios y sociales del territorio (atención primaria, PADES y especializada) para hacer viable el desarrollo de los correspondientes planes terapéuticos
8.	Manejo de situaciones diversas y asesoramiento a otros equipos	El tratamiento de determinadas situaciones, patologías o circunstancias (descompensaciones cardíacas o respiratorias, control de síntomas, procesos infecciosos, úlceras crónicas, cuidados paliativos, etc.) a domicilio. También se consideran los procesos de seguimiento, formación y asesoramiento que unos equipos de salud facilitan a otros
9.	Gestión saludable de la complejidad asistencial	Gestión simultánea de las necesidades fisiológicas, educativas, psicológicas y sociales, con la implicación de diferentes instancias, instituciones e iniciativas del entorno. Se pretende generar un clima asistencial saludable a partir de las necesidades del paciente y de la racionalización e integración de los recursos, que también incorpora los ámbitos de mejora organizacional y del profesional experto
10.	Fortalecimiento del equipo interprofesional y actualización de la tarea	Necesidad de cultivar, de manera constante, el aprendizaje en equipos cooperativos, actualizando los retos más significativos de la tarea encomendada. Supone potenciar, en el marco del propio equipo, las relaciones de confianza, revisar de manera crítica los procedimientos y las actuaciones profesionales, pedir y recibir ayuda
11.	Movilización de la red de recursos sociales	La necesidad de promover todo el conjunto de recursos sociales disponibles al servicio del desarrollo saludable, sociopersonal y comunitario, del paciente y de las personas de su entorno, evitando la generación de comportamientos dependientes o alienantes
12.	Deseo continuo de aprendizaje y de análisis sistemático de la tarea	Se pretende otorgar valor a las múltiples posibilidades de generar nuevos aprendizajes: comentarios, críticas, propuestas, interacciones con las familias y enfermos, sesiones clínicas, de asesoramiento y de orientación, formación continuada, ...
13.	Eficacia y eficiencia en la tarea asistencial	La capacidad resolutoria inherente a la tarea asistencial, que comporta capacidad de observación, representación de la tarea, priorización de necesidades, comunicación interpersonal, rigor analítico y científico, adecuación de las respuestas y uso óptimo de los recursos disponibles, tanto sanitarios como sociales

Tabla 1 (continuación)

	Categorías competenciales	Definiciones operacionales
14.	Gestión compartida de los miedos, las pérdidas, los duelos, las ansiedades y las adversidades	La capacidad de afrontar circunstancias o situaciones traumáticas, perseverando en el tiempo, espacios y escenarios para elaborarlas en el seno del equipo y, en la medida de lo posible, con pacientes, familiares y cuidadores, de manera armónica y estimulante
15.	Coliderazgo de iniciativas de aprendizaje para el cuidado de la salud	Los aprendizajes que pacientes, familiares, cuidadores y profesionales hacen respecto a iniciativas compartidas de educación para la promoción de la salud que facilitan el mantenimiento de alianzas terapéuticas. Todos, conjuntamente, se constituyen en comunidad de aprendizaje
16.	Escucha activa y acogedora	Actitud receptiva vinculada a saber escuchar a paciente, familiares y cuidadores, pero también a profesionales del propio equipo o de otros equipos colaboradores, generando un clima propicio de reciprocidad y cooperación
17.	Comunicación mediadora, empática y asertiva	Poder recibir, elaborar y comprender las emociones y los posicionamientos de los demás (ya sean profesionales, pacientes, familiares o cuidadores), manteniendo calidad relacional y técnica, cordialidad, comprensión, tacto y capacidad de acogida
18.	Sencillez, disponibilidad y accesibilidad	Saber estar al abasto de pacientes, familiares y cuidadores, pero también de colegas o profesionales de la salud y de otras áreas de las ciencias humanas o sociales. Se trata de generar lazos y facilitar encuentros con las personas
19.	Proxemia y háptica	Potenciación, en el sí de los procesos asistenciales, de las relaciones de proximidad de los profesionales de la salud con pacientes y familiares, haciendo un uso pertinente del lenguaje corporal (cinésico) y estimulando el contacto y el tacto

de sentido que se agruparon en función de sus características comunes, nominándose 19 categorías referentes a las competencias transversales de los profesionales de atención domiciliaria. Se realizó la asignación de cada grupo de unidades de sentido similares a cada una de las categorías explicativas y se procedió a la definición operacional inductivamente conformada de las 19 categorías (tabla 1). El estudio se llevó a cabo entre noviembre de 2010 y marzo de 2011.

- En una segunda fase, la selección de los equipos de profesionales se realizó a través de dos muestreos aleatorios diferenciados en función del ámbito del EAP y PADES. Se escogieron 218 profesionales en función de unas características diferenciales: dilatada experiencia, interés por el objeto de estudio, capacidad de reflexión sobre su tarea y competencia argumentativa y discursiva. Se siguieron dos procesos de muestreo diferenciados en función de los ámbitos asistenciales:

*EAP: se seleccionaron 50 (30%) de los 170 EAP de la Región Sanitaria de Barcelona mediante un muestreo probabilístico o aleatorio¹³, que acotó, a la vez, como componente estratificador, los municipios, el número de habitantes y las comarcas que conforman la Región Sanitaria. Por lo que concierne a los profesionales, fueron propuestos por los equipos directivos, siguiendo un tipo de muestreo no probabilístico (muestras de conveniencia) en función de las características mencionadas anteriormente.

*PADES: del total de equipos de la Región Sanitaria de Barcelona (46 equipos), se seleccionó aleatoriamente el 15% (7 PADES).

Se entregó a cada participante, mediante correo electrónico dirigido al equipo directivo, un cuestionario semiestructurado para las sesiones de grupo focal basado en las 19 categorías surgidas del estudio piloto de la primera fase (tabla 1), un cuestionario sociodemográfico y dos

escalas Likert, con puntuaciones de 1 a 6, una para establecer el valor atribuido a cada una de las competencias y otra para determinar el grado de necesidad formativa referida a cada una de ellas en el marco del propio equipo profesional de referencia. La transcripción de los datos obtenidos en los grupos focales y la agrupación de las unidades de sentido siguieron el mismo procedimiento que en el estudio piloto de la fase 1. El estudio se desarrolló en el período comprendido entre noviembre de 2012 y agosto de 2013.

En ambas fases se pidió el consentimiento para participar en el estudio. Una vez acordadas las fechas y horarios con cada uno de los equipos, el investigador se desplazó a sus respectivos lugares de trabajo. Las sesiones tuvieron una duración que oscilaba entre los 90 y 120 minutos. El contenido textual aportado en las sesiones de grupo focal se grabó mediante magnetófono digital para su posterior transcripción literal, dividiéndolo en unidades autónomas de sentido¹⁴. Las transcripciones se revirtieron a cada equipo para ratificar el contenido o, en su caso, para realizar las enmiendas oportunas. Los datos cuantitativos correspondientes a las dos escalas Likert se explotaron mediante el programa estadístico SPSS.15.0. Ulteriormente, se procedió a triangular los datos cualitativos con los cuantitativos.

Resultados

Las características de los profesionales seleccionados en la muestra y participantes en las 2 fases del estudio, distribuidos por tipología de profesión, edad y sexo, se pueden observar en la tabla 2.

A partir de las transcripciones de los grupos focales de la segunda fase del estudio, de la segmentación de unidades de significado que ratificaron las 19 categorías descriptivas del estudio de la primera fase y mediante un segundo nivel

Tabla 2 Distribución de los participantes en las dos fases del estudio por grupos de profesión

	N	%
<i>Fase I</i>		
Medicina de familia y comunitaria	5	16,7
Medicina interna	3	10,0
Neumología	3	10,0
Geriatría	1	3,3
Enfermería	16	53,4
Trabajo social	1	3,3
Fisioterapia	1	3,3
Total	30	100,0
<i>Fase II</i>		
Medicina de familia y comunitaria	100	45,9
Medicina general	2	0,9
Medicina interna	1	0,5
Geriatría	1	0,5
Enfermería	106	48,5
Trabajo social	7	3,2
Psicología	1	0,5
Total	218	100,0

de análisis se agruparon y estructuraron las 19 categorías en 3 metacategorías (tabla 3). En la tabla 4 se pueden observar ejemplos de textos literales de las aportaciones realizadas en los grupos focales y que ilustran los diferentes ámbitos competenciales.

Por otro lado, los valores otorgados a cada una de las competencias, a través de las escalas Likert, se pueden apreciar en la figura 1.

La metacategoría «*atención integral centrada en el paciente*» ha sido la más valorada por los profesionales, con una media del valor global conferido a las cinco competencias que la conforman que es de 5,59 (entre los rangos valorativos de *muy importante e imprescindible*). La relación de ayuda se ha valorado como una competencia imprescindible, a pesar de que los profesionales han referido su insatisfacción habida cuenta de que los aspectos emocionales y sociales de los pacientes no se puedan afrontar adecuadamente debido a la falta de tiempo o de recursos personales.

Por lo que se refiere a la metacategoría «*trabajo y organización interprofesional y entre niveles asistenciales*», la media del valor de las competencias incluidas es de 5,30 (entre *muy importante e imprescindible*), y la de la valoración de las necesidades globales de formación de 4,78 (entre *necesaria y muy necesaria*), con un rango de 2,44. Los equipos PADES valoran una menor necesidad de formación que los EAP (4,02 y 4,88 respectivamente).

Por lo que respecta a la metacategoría «*competencia relacional*», se consideran muy importantes las competencias que se centran en el valor de la alianza terapéutica con pacientes, familiares y cuidadores desde la proximidad en el trato, así como en las capacidades comunicativas que requiere y para las cuales los profesionales consideran interesante recibir formación específica. Existe mucha coincidencia al señalar la vinculación entre la competencia relacional y el primer ámbito de atención centrada

Tabla 3 Metacategorías que agrupan las categorías de las competencias transversales de los profesionales de atención domiciliaria

Metacategorías competenciales	Categorías competenciales
1. Atención integral centrada en el paciente	Relación de ayuda Preservación multidimensional del bienestar Visión holística y biopsicosocial del enfermo, del cuidador y de la enfermedad Personalización de la asistencia y de la atención Acompañamiento y actitud humana hacia pacientes, familias y cuidadores
2. Trabajo y organización interprofesional y entre niveles asistenciales	Relación y apoyo interprofesional y comunitario Organización y coordinación satisfactoria y contextualizada Manejo de situaciones diversas y asesoramiento a otros equipos Gestión saludable de la complejidad asistencial Fortalecimiento del equipo interprofesional y actualización de la tarea Movilización de la red de recursos sociales Deseo continuo de aprendizaje y de análisis sistemático de la tarea Eficacia y eficiencia en la tarea asistencial Gestión compartida de los miedos, las pérdidas, los duelos, las ansiedades y las adversidades
3. Competencia relacional	Coliderazgo de iniciativas de aprendizaje para el cuidado de la salud Escucha activa y acogedora Comunicación mediadora, empática y asertiva Sencillez, disponibilidad y accesibilidad Proxemia y háptica

Tabla 4 Ejemplos de textos literales de los grupos focales por metacategorías competenciales

Metacategorías competenciales	Textos literales
1. Atención integral centrada en el paciente	E36FGP7MFCEAPCVUs16 (Equipo 36–Focus Group–Participante 7–Médico de Familia y Comunitaria–Equipo de Atención Primaria de Castellar del Vallès–Unidad de sentido 16) → [Es la visión] <i>adecuada, la perspectiva que no tenemos que perder nunca... ¿Por qué? Pues porque, realmente, la atención integral del paciente, su enfermedad, su visión de su proceso, el apoyo familiar, todo. La visión integra l–y más en un centro rural, donde trabajo yo– es lo que más importa porque, luego, encima, la... , o sea, una visión más específica o más especializada de su enfermedad, no le garantiza una mejor atención, encima. Incluso puede haber como efectos nocivos y perjudiciales de esa visión tan especializada. Yo qué sé, alargar enfermedades que, a lo mejor, no tienen ningún sentido, encarnizamiento terapéutico, no sé, familia desbordada, claudicación de cuidadores... Yo lo veo así</i>
2. Trabajo y organización interprofesional y entre niveles asistenciales	E10FGP2MFCEAPHLL9Us12 (Equipo 10–Focus Group–Participante 2–Médico de Familia y Comunitaria–Equipo de Atención Primaria de Hospitalet de Llobregat–9–Unidad de sentido 12) → <i>Es que es el modelo. Y, para mí, nos deberíamos reunir muchos profesionales sobre una misma familia. No, no, no hacer reuniones individuales sobre la misma familia. Y como una torre de control. Y planificar entre todos una serie de, de, de dinámicas con una sola reunión, con una sola dinámica, con una sola visión, pero multidisciplinaria. Quizás el énfasis un día lo tiene la trabajadora social, un día el énfasis lo tiene el PADES, el énfasis un día lo tiene la psiquiatra, quizás... El énfasis, quizás, puede ir cambiando en función de las necesidades, pero una sola visión y, y, y una sola tarea</i>
3. Competencia relacional	E1FGP2EEAPVPUs30 (Equipo 1–Focus Group–Participante 2–Enfermera–Equipo de Atención Primaria de Vilafranca del Penedès–Unidad de sentido 30) → <i>Importantísimo, ¡empática y asertiva! Yo pienso que sí que hay necesidades de formación en esto, pero lo que pasa es que, a veces, la empatía y la asertividad son más innatas que no fruto del aprendizaje. A ver, ¡yo lo tengo clarísimo! Ya puedes tener claro, ya, que has de ser empático y asertivo, y tal, pero si no lo vives... Si te lo propones, pues lo serás, ¿eh? Es como todo, pero pienso que, a veces, va mucho con la manera de ser, con el talante de cada uno. Y hay una buena predisposición, ¿eh?, para serlo, yo no digo que no, en general, pero...</i>

Entre las 3.289 unidades de sentido diferentes que conforman las transcripciones totales de las sesiones de *focus group* realizadas con los 48 EAP y los 7 PADES, se ha seleccionado un ejemplo representativo para cada ámbito competencial. Si bien se ha respetado la literalidad de las intervenciones, se ha procedido a su traducción del catalán al castellano, a efectos del presente artículo.

en el paciente. La media del valor global conferido a las cinco competencias es de 5,56 (entre *muy importante e imprescindible*), con un rango entre 5 y 6. La media de las necesidades globales de formación es de 4,58 (entre *necesaria y muy necesaria*), con un rango entre 1,20 y 6. El valor medio observado en los EAP es de 5,54 y en los PADES de 5,73, mientras que para la necesidad de formación son de 4,68 y 3,85, respectivamente.

Discusión

La atención de pacientes con problemas de salud crónicos a nivel domiciliario comporta dificultades de orden psicossocial, añadidas a las estrictamente biomédicas, que requieren el dominio de competencias no técnicas o transversales para poderlas afrontar adecuadamente, coincidiendo con los hallazgos de Revilla et al¹⁵. Sin embargo, los profesionales estudiados manifiestan que el sistema sanitario ni contempla ni evalúa suficientemente este tipo de competencias. Por tanto, se consensúa la necesidad de formar a los profesionales de la salud en el desarrollo de tales competencias, en la línea de las recomendaciones constatadas en la literatura²⁻⁵. No obstante, es preciso buscar un equilibrio adecuado entre competencias técnicas y transversales en el marco de una atención domiciliaria saludable, tal y

como establecen Depuccio et al.⁷, y Martín Lesende¹⁶. En este sentido, sería conveniente iniciar una fase de diseño de líneas formativas (presenciales y multimedia) orientadas a introducir dinámicas de transformación y de cambio entre los profesionales y equipos de la salud implicados¹⁷.

La comprensión del entorno, su significado y su proyección en el futuro es un aspecto crucial cuando se trabaja en el domicilio del paciente^{6,7}. El trabajo en equipo o el liderazgo clínico se incluirían en este grupo de competencias clave. Esto implicaría desterrar ciertos imaginarios de algunos profesionales por lo que se refiere a la posesión del paciente («este paciente es —o no es— mío/nuestro»). En este sentido, las características que configuran el trabajo en equipo —objetivo compartido, sistemas de comunicación y evaluación—^{18,19} deben incorporarse al repertorio competencial de los profesionales. El trabajo interdisciplinar genera mejores resultados clínicos e incrementa la satisfacción de los profesionales²⁰, aspecto que puede explicar que en el presente estudio los equipos PADES valoren menos que los EAP la necesidad de formación en este campo.

La complejidad de la atención a la cronicidad, por su parte y a tenor de las aportaciones de los profesionales estudiados, debe implicar también la integración de los componentes psicológicos y pedagógicos de toda relación entre profesionales y pacientes, desde una perspectiva biopsicosocial, considerando habilidades y actitudes^{15,21}.

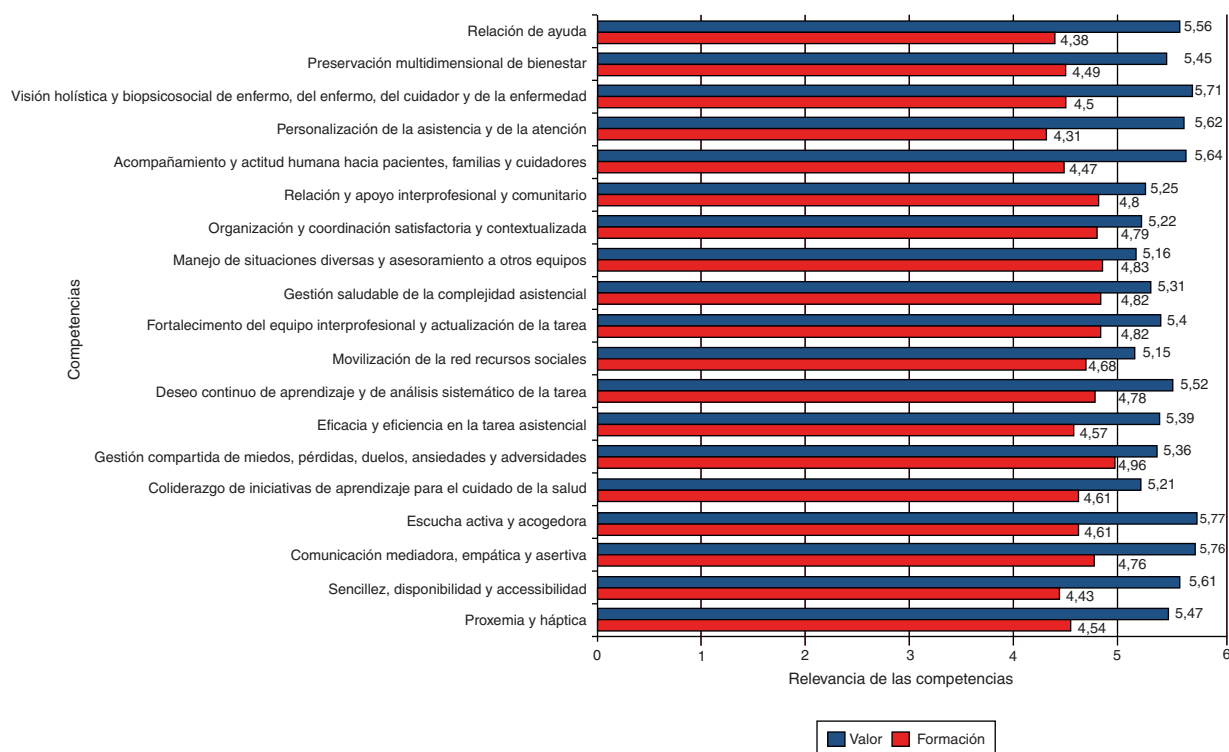


Figura 1 Valor otorgado a cada una de las competencias y necesidades de formación que les atribuyen los profesionales participantes en el estudio (Escala Likert 1 y 2).

Lo conocido sobre el tema

- Las habilidades denominadas no técnicas de la competencia de los profesionales de la salud se consideran nucleares y transversales. Sin embargo, no han adquirido el mismo rango e importancia que las habilidades técnicas propias de cada especialidad profesional. El presente estudio pretende especificar el tipo de habilidades no técnicas necesarias para el desempeño de la atención a pacientes complejos en el contexto domiciliario.

Qué aporta este estudio

- La toma de conciencia de los profesionales que trabajan en equipos de atención domiciliaria de la necesidad de adquirir habilidades no técnicas (habilidades relacionales y de trabajo en equipo).
- Es preciso diseñar itinerarios formativos y evaluativos que faciliten la integración de habilidades técnicas y no técnicas en las competencias de los profesionales de la salud.

Conclusiones, utilidad y limitaciones

Se establece la necesidad de favorecer y garantizar las relaciones profesionales entre niveles asistenciales, así como

la continuidad asistencial, en beneficio de la concepción biopsicosocial y de la atención holística al paciente y a su entorno, atendiendo a las emociones, expectativas, sentimientos, creencias y valores de pacientes y familiares^{22,23}.

Se valora como imprescindible el diseño e implementación de formación en competencias transversales en el ámbito de cada centro de salud, a través de metodologías didácticas activas y participativas, previo diagnóstico cuidadoso de necesidades de contexto. En este sentido, la formación debería evitar el modelo central-periférico, optando por una alternativa periferia-periferia (no se trata de un diseño ideado desde las instancias de decisión y reproducido en cada equipo y centro, sino que, por el contrario, debe ser pensado en función de las necesidades específicas de cada equipo de profesionales implicados, adecuando la oferta a la demanda explícita e implícita).

Como limitaciones del estudio cabe destacar la falta de valoración por parte de pacientes y familiares respecto a las competencias transversales que deben poseer los profesionales de la salud que atienden a domicilio a personas con patologías crónicas. La metodología cualitativa plantea dificultades evidentes de generalización de los resultados, pero no es menos cierto que acota variables y facilita el progreso del conocimiento con nuevos referentes teóricos, que requieren de indiscutible tratamiento experimental ulterior²⁴. A pesar de que se procedió a la triangulación entre sujetos y equipos participantes, hubiese sido interesante, también, incorporar la triangulación entre pacientes, familiares y cuidadores. En este sentido, sería conveniente incentivar estudios cuali-cuantitativos²⁵ referidos a las competencias de los profesionales de la salud, con la implicación

de grupos de pacientes, de cuidadores principales y de gestores de servicios sanitarios.

Financiación

Beca de la Fundació d'Osona per a la Recerca i l'Educació Sanitàries (FORES).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A la totalidad de los profesionales participantes en el estudio por su gentileza, amabilidad y capacidad de acogida, así como por la calidad de sus aportaciones personales y profesionales.

Bibliografía

- Kronfly E, Ricarte JI, Martínez JM. Evaluación de la competencia clínica de las facultades de medicina de Cataluña, 1994-2006: Evolución de los formatos de examen hasta la evaluación clínica objetiva y estructurada (ECO). *Med Clí (Barc)*. 2007;129:777-84.
- Flin R, Patey R. Non-technical skills for anaesthetists: developing and applying ANTS. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2011;25:215-27.
- Moore P, Gómez G, Kurtz S. Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Aten Primaria*. 2012;44:358-65.
- Clèries Costa X, Borrell Carrió F, Epstein RM, Kronfly Rubiano E, Escoda Aresté JJ, Martínez-Carretero JM. Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. *Aten Primaria*. 2003;32:110-7.
- Rodríguez D, Berenguera A, Pujol-Ribera E, Capella J, Peray JL, Roma J. Identificación de las competencias actuales y futuras de los profesionales de la salud pública. *Gac Sanit*. 2013;27:388-97.
- Reuben DB, Tinetti ME. Goal-oriented patient care-an alternative health outcomes paradigm. *N Engl J Med*. 2012;366:777-9.
- Depuccio MJ, Hoft TJ. Medical home interventions and quality outcomes for older adults: a systematic review. *Qual Manag Health Care*. 2013;22:336-49.
- Escarrabill J, Sarrado JJ, Clèries X. Discharge planning for complex patients in Spain: the patient/family point of view and team working role. *J Med Pers*. 2012;10:50-4.
- Strauss A, Corbin J. *Grounded Theory Methodology: An Overview*. En: Denzin ANK, Lincoln YS, editores. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, California: Sage; 1994. p. 273-85.
- Ponderotto JG. *Qualitative Research in Counseling Psychology: A Primer on Research Paradigms and Philosophy of Science*. *J Couns Psychol*. 2005;52:126-36.
- Valles MS. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis; 1999. p. 430.
- Ortí A. La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo. En: García AM, Ibáñez J, Alvira F, editores. *Práctica de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza; 2000. p. 219-82.
- Morales P. Tamaño necesario de la muestra: ¿Cuántos sujetos necesitamos? Universidad Pontificia Comillas. Madrid. Facultad Humanidades [edición electrónica]. 2012 [consultado el 17 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigación/Tama%Flomuestra.pdf>
- Watson JC, Rennie DL. Qualitative analysis of client's subjective experience of significant moments during the exploration of problematic reactions. *J Couns Psychol*. 1994;41:500-9.
- de la Revilla L, Moreno Corredor A, Prados Quel MA, Quesada F. Tipología psicosocial de las enfermedades crónicas en los mayores dependientes. *Aten Primaria*. 2007;39:367-72.
- Martín Lesende I. Abordaje integral del paciente pluripatológico en atención primaria. *Tendencia necesitada de hechos*. *Aten Primaria*. 2013;45:181-3.
- Lane SJ, Watkins RW. Helping primary care practices attain patient-centered medical home (PCMH) recognition through collaboration with a university. *J Am Board Fam Med*. 2013;26:784-6.
- Clèries X. La comunicación. Competencia esencial para profesionales de la salud. Barcelona: Elsevier-Masson; 2006. p. 138.
- Sarrado JJ, Clèries X, Solà M. Aprender en entornos sanitarios: un reto saludable para usuarios y profesionales. Barcelona: Viguera Editores; 2011. p. 195.
- Güell MR, Antón A, Rojas-García R, Puy C, Pradas J. Atención integral a pacientes con esclerosis lateral amiotrófica: un modelo asistencial. *Arch Bronconeumol*. 2013;49:529-33.
- Epstein RM. Whole mind and shared mind in clinical decision-making. *Patient Educ Couns*. 2013;90:200-6.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Psychodyn Psychiatry*. 2012;40:377-96.
- Epstein RM, Street RL. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med*. 2011;9:100-3.
- Sarrado JJ, Clèries X, Ferrer M, Kronfly E. Evidencia científica en medicina: ¿única alternativa? *Gac Sanit*. 2004;18:235-44.
- Cook TD, Reichardt CS. Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y los cuantitativos. En: Cook ATD, Reichardt Ch S, editores. *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata; 1986. p. 25-58.