Gestión de la Formación Continuada en el Complejo Hospitalario de Toledo: Memoria 2009



Juan Carlos Rubio Sevilla

Coordinador de Formación Continuada del CHT

28 de mayo de 2010

COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Castilla-La Mancha

INDICE

1.- INTRODUCCIÓN 3

2.- ANTECEDENTES 4

3.- BALANCE DE LA FORMACIÓN CONTINUADA 2009 EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO 6

3.1 ESTRUCTURA 6

3.2 PROCESO DE FC Y PLAN DE FORMACIÓN. 9

3.3 RESULTADOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS DEL PLAN DE FC 2009 13

4.- BENCHMARKING 25

4.1 FORMACIÓN CONTINUADA EN EL SESCAM 26

4.2 FORMACIÓN CONTINUADA EN HOSPITALES DEL GRUPO OLIGOPSONIO Y CENTROS SANITARIOS A NIVEL NACIONAL 27

4.3 FORMACIÓN CONTINUADA EN ESPAÑA 28

4.4 FORMACIÓN CONTINUADA EN EUROPA 29

5.- ANALISIS DE CONTEXTO 33

5.1 APROXIMACIÓN A LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, EL CAPITAL INTELECTUAL Y LAS COMPETENCIAS EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS 33

5.2 ASPECTOS DE LA SOCIOLOGÍA DE SALUD 35

5.3 PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 37

5.4 ENTORNO NORMATIVO 38

5.5 TECNOLOGIA APLICADA A LA FORMACIÓN CONTINUADA 39

5.6 CAMBIOS EN EL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA 40

1.- INTRODUCCIÓN

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) define la Formación Continuada como *"el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario".*

El Complejo Hospitalario de Toledo (CHT) ha consolidado en los últimos años una amplia oferta de Formación Continuada (FC), con altos niveles de calidad, que nos sitúa a nivel de los principales hospitales españoles en esta materia. Desde el año 2003, fecha en la que asumí la Coordinación de la FC, hemos ido implementado diferentes herramientas de gestión (calidad, gestión por procesos, cuadro de mando integral, sistemas de información, etc.), por lo que empezaremos realizando un resumen de estos antecedentes, para entender mejor los resultados del balance del año 2009. Como diría Sir Francis Crick, premio Nobel de Medicina y codescubridor de la estructura del ADN: *"Si quieres comprender la función, estudia la estructura".*

Posteriormente se describe la situación cuantitativa y cualitativa en la que nos encontramos actualmente, comparándonos internamente para ver las variaciones interanuales. Todo este esfuerzo en la oferta formativa responde a la demanda real de necesidades formativas del CHT y a la gran participación de nuestros profesionales, con un equilibrio entre la oferta y demanda. El cierre del balance del año 2009 es plenamente satisfactorio y se completa con la nominación como candidato al Premio Sanitaria 2000, en la categoría Gestión Hospitalaria.

Dentro de un proceso de mejora continua de la calidad, llevamos varios años comparándonos con otros Centros que obtienen resultados excelentes. Utilizaremos una metodología de benchmarking bottom-up, empezando por los de centros sanitarios de Castilla-La Mancha (Sescam), para continuar con hospitales del Grupo Oligopsonio y del resto de España. Concluiremos con la comparación de nuestra situación respecto a la Formación Continuada en España y Europa.

Tras realizar una descripción y benchmarking de aspectos cuantitativos y cualitativos, no nos conformamos con ser un referente actual en materia de Formación Continuada. Dentro del plan de mejora continua de la calidad, realizamos un planteamiento de carácter anticipativo y prospectivo. Un aspecto fundamental en la gestión estratégica es el análisis del entorno, que puede condicionar nuestras decisiones, centrándonos en la observación y la medición, y en la estrategia prospectiva para la anticipación de la evolución futura.

La gestión del conocimiento, el capital intelectual, las competencias y los perfiles profesionales, junto a otra serie de cambios en el entorno (sociología de la salud, seguridad clínica, entorno normativo, tecnología de la información y de la comunicación aplicada a la FC, etc.), condicionarán nuestra visión y nos planteará nuevos retos de futuro. En el último año se han producido una serie de cambios estructurales y organizativos en los Servicios Centrales del Sescam, especialmente en la Dirección General de Recursos Humanos, que están modificando nuestras pautas de actuación tanto presentes como futuras.

2.- ANTECEDENTES

El Plan de Salud 2001-2010 de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha estableció como objetivo "potenciar la investigación y formación en Ciencias de la Salud en Castilla-La Mancha multiplicando por tres los recursos disponibles en estas materias a lo largo de la vigencia del Plan. Con la transferencia de las competencias sanitarias se creó el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), y como consecuencia, se produjeron cambios de estructura, de organización y de financiación que justificaban la necesidad de realizar una serie de cambios frente a la etapa gestionada por el Insalud. El Director Gerente me designó Coordinador de Formación de Atención Especializada del Área de Salud de Toledo, tras realizar un Diagnóstico de la situación y un Proyecto de trabajo de la Unidad de Formación Continuada –UFC- a medio plazo, en el que se establecían las siguientes propuestas y líneas generales de actuación:

- Creación de la Unidad de Formación Continuada.
- Creación de la Comisión de Formación Continuada, en coordinación con otras Comisiones (Biblioteca, Docencia e Investigación).
- Elaboración del Plan de FC como método para gestionar la formación.
- Dirigir la formación a colectivos con mayor dificultad de acceso a la formación o no contemplados en años anteriores
- Potenciación del equipo de formadores internos.
- Creación de una base de datos de actividades formativas y agentes proveedores de formación, tanto internos como externos.
- Innovación tecnológica como fuente de información y formación no presencial (Intranet, CD Rom)
- Formación teórica y práctica en materia de Prevención de Riesgos Laborales (PRL).

Pero, ¿qué herramientas de gestión más relevantes hemos ido introduciendo a lo largo de estos años?. De forma muy resumida destacamos:

- 2003. Desarrollo e implantación de un sistema de información, FOCOSOFT®. Este sistema actúa como base de datos y gestor que, de forma integral, nos permite gestionar la información de forma óptima al ir adaptándose a las necesidades que se han ido produciendo a lo largo de estos años.
- 2003. Diseño e implantación del Proceso de Formación Continuada, con definición de indicadores cuantitativos y cualitativos de estructura, proceso y resultado (gestión de la calidad). Desarrollo del cuadro de mando integral de la FC (eficacia, eficiencia, satisfacción y adecuación/efectividad).
- 2004. Inclusión de la Formación Continuada en el Contrato de Gestión del CHT, con entidad propia.
- 2004. Creación de la web de Formación Continuada en la Intranet del CHT.
- 2004. Acreditación de las actividades formativas a través de la Comisión de Acreditación de las Profesiones Sanitarias (como sistema de evaluación externo de la calidad de las actividades formativas sanitarias).
- 2004. Gestión de las aulas (espacio físico) mediante una aplicación informática accesible a través de Intranet, permitiendo conocer la ocupación a tiempo real.
- 2006. Cesión de software FOCOSOFT® para el desarrollo de la aplicación SOFOS en el Sescam. Implantación de la aplicación SOFOS a través de Internet como Sistema de Organización de la Formación del Sescam.

- 2006. Estimación de costes indirectos de formación (por GFH y categoría) en la compensación horaria para asistencia a actividades formativas.
- 2007. Imputación de costes directos de formación por GFH y categoría de los asistentes.
- 2009. Carrera profesional de Licenciados y Diplomados sanitarios. Aumento de cartera de servicios.

Con la utilización de las herramientas de gestión anteriormente descritas, y otras de menor relevancia, junto a la gran implicación de todos los profesionales implicados directamente en la FC, ¿qué hemos conseguido durante el año 2009?

En los siguientes apartados vamos a realizar un resumen del balance de la Formación Continuada en el CHT, continuando con el entorno del Complejo Hospitalario de Toledo y los cambios estructurales y organizativos de la Dirección General de Recursos Humanos del Sescam.



3.- BALANCE DE LA FORMACIÓN CONTINUADA 2009 EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO

3.1 ESTRUCTURA

3.1.1 RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES:

El Complejo Hospitalario de Toledo está integrado por **2 hospitales** (Hospital Virgen del a Salud y Hospital Geriátrico Virgen del Valle) **y 4 Centros de Especialidades, Diagnóstico y Tratamiento** (CEDT de Toledo, Illescas, Ocaña y Torrijos).

Para la formación continuada dispone de **7 aulas, una sala de informática y un salón de actos** destinados fundamentalmente a Sesiones Clínicas, Comisiones y Comités, Educación Sanitaria, Docencia y Formación Continuada del CHT.. El resto de medios audiovisuales (retroproyector, proyector de diapositivas, mesa de sonido, etc.) se gestionan a través de la Unidad de Imagen.

En todas las actividades formativas se entrega a los asistentes una carpeta, un bloc de folios y un bolígrafo, con la imagen corporativa del Centro. En aquellas actividades que se considera oportuno, se entrega **documentación en formato papel y/o electrónico**. En el año 2009 se han distribuido más de 2.500 CD's con documentación de actividades formativas internas. También tenemos disponible la documentación electrónica de 38 cursos en la Intranet de Formación Continuada.

Los certificados se realizan con la imagen corporativa del Centro, entregando **6.790 certificados en 2009**. En aquellas actividades que cumplen los requisitos, se solicita la **acreditación de la Comisión de Formación Continuada** del SNS, válida para cumplir la normativa (LOPS) y poder contabilizar los créditos en los procesos de selección y en la Carrera Profesional.

3.1.2. RECURSOS HUMANOS

La plantilla del Complejo Hospitalario de Toledo está compuesta por **3.345 profesionales**, distribuida de la siguiente forma: Personal directivo (23), facultativo (569), sanitario no facultativo (1.625), gestión y servicios (888) y residentes (240).

Para la gestión de la formación continuada disponemos de las siguientes estructuras y recursos humanos: **Comisión de FC**, **Subcomisión de FC del I.N.A.P.**, **Unidad de FC** y **Secretaría Técnica de FC**.

3.1.2.1. COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA –CFC-

La Comisión de Formación Continuada se constituyó como órgano de planificación, gestión, participación y asesoramiento en materia de formación continuada de los profesionales del Complejo Hospitalario de Toledo. En general, define la política y las líneas de formación del CHT y aprueba anualmente la propuesta del Plan de Formación del CHT que se remite al Sescam.

Los miembros actuales de la CFC son:

PRESIDENTE: Director Gerente (Eugenio Giménez Díaz)

VICEPRESIDENTE: Coordinador de la Unidad de FC (Juan Carlos Rubio Sevilla)

SECRETARIA: Auxiliar Administrativo de la Secretaria de la UFC

VOCALES:

- Responsable de FC Medica (D. Rafael Cuena Boy)
- Responsable de FC de Gestión (actualmente vacante)
- Representante de la Comisión de Investigación
- Representante de la Comisión de Docencia MIR
- Representante de la Comisión de Docencia EIR
- Representante de la Comisión de Biblioteca
- Representante de Prevención de Riesgos Laborales
- Representante de Atención al Paciente
- Representante de la Unidad de Calidad

En las reuniones de la Comisión de Formación pueden participar como invitados otros profesionales, con voz pero sin voto, que cuenten con una especial cualificación o información respecto de cuestiones concretas que se debatan en este órgano. A todas las comisiones son invitados los Directores del CHT.

Es difícil poder hacer Benchmarking de recursos humanos en el sector sanitario asociados exclusivamente a Formación Continuada. Habitualmente la FC aparece unida a la Docencia y a la Investigación en una única Comisión. Consideramos que tener una comisión específica, con poder ejecutivo, en la que se realicen aportaciones en sentido vertical (representante por Dirección) y en sentido transversal (resto de representantes), permite optimizar el número y tiempo de las reuniones dedicadas exclusivamente a la FC. El hecho de contar con representantes en sentido transversal, que no tienen nombramiento personal, nos permite que siempre asista alguna persona en representación del órgano por el que ha sido designado.

3.1.2.2. SUBCOMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL I.N.A.P.

La Subcomisión de Formación Continua de la Administración Pública del CHT, de carácter paritario, es en nuestro ámbito la Comisión encargada de velar por el cumplimiento del IV Acuerdo de Formación Continua Administración Pública-Organizaciones Sindicales, firmado por CC.OO., UGT y CSI-CSIF con el Ministerio de Administraciones Públicas. En el Acuerdo se establece la voluntad de “impulsar y fomentar la Formación Continua para vincular la promoción, carrera profesional y adecuación de los perfiles profesionales a las nuevas necesidades de las Administraciones Públicas”.

La Subcomisión es la encargada de la adaptación del Plan de Formación del INAP a los requerimientos y peculiaridades del CHT, respetando el marco general del Acuerdo que debe presidir un Plan de Formación transversal a toda la Organización.

3.1.2.3. LA UNIDAD DE FORMACIÓN CONTINUADA –UFC-

La Unidad de FC se crea como soporte técnico de la Comisión de FC, con una estructura funcional que agrupa y coordina todas las actividades y recursos relacionados con la FC que se realice en el CHT, o en las actividades externas en que éste colabore.

Para facilitar la coordinación de la FC y la gestión de recursos existentes, se crea la **Secretaría Técnica de FC**, que centraliza todas las actividades administrativas de formación, la comunicación con los Responsables de FC (necesidades de formación, solicitudes, certificados, aulas, medios audiovisuales, etc.).

La UFC se ubica en la 6ª Planta Sur del HVS, facilitando el trabajo en equipo, la gestión de recursos y es el lugar de referencia para los profesionales del CHT.

La evolución de la FC del CHT en los últimos años (el aumento en la financiación, de la actividad, de aspectos administrativos, de información, de coordinación y de gestión)

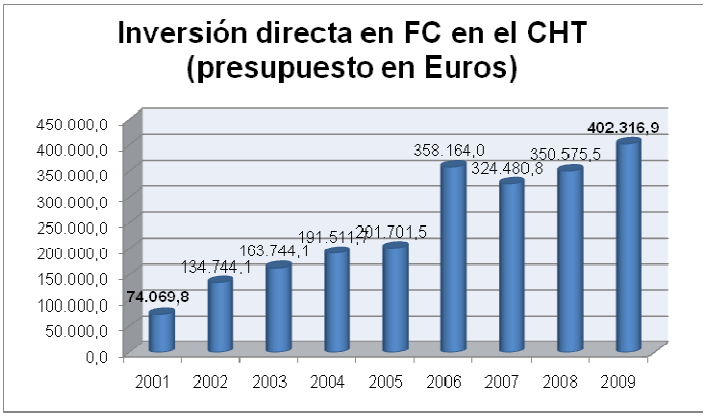
hace necesario mantener el compromiso del Sescam en el contrato de gestión de "*consolidar la Unidad de Formación Continuada de la Gerencia que, coordinada por el profesional designado, gestione la formación de todas la divisiones de personal y disponga de los recursos necesarios".*

Como veremos más adelante, la gestión de la Unidad de Formación Continuada, junto a la gran implicación y compromiso de sus profesionales, y el trabajo en equipo nos permite llegar a tener una de las mayores ofertas formativas a nivel regional y nacional. En el último año, pese a contar con una buena gestión de la formación, la convocatoria del proceso ordinario de carrera profesional ha desbordado todas la previsiones, tanto en demanda de acciones formativas como de repetición de certificados (1.229 certificados por carrera profesional de 780 profesionales) y de certificación de asistencia o ponencia en sesiones clínicas a partir de junio de 2009 (1.190 certificados de 84 sesiones).

3.1.3 Recursos financieros

Al inicio de cada año, se elabora una propuesta de Plan de FC que se envía a los Servicios Centrales del SESCAM. Al negociar la parte de FC del Contrato de Gestión se pacta el presupuesto para organizar el Plan de Formación del año correspondiente, junto al resto de objetivos e indicadores.

El presupuesto directo gestionado por la Unidad de FC en el año 2009 ha sido de **402.316,94 Euros**, de los que 358.316,94 Euros corresponden a presupuesto del SESCAM y 44.000 Euros al Instituto Nacional de Administración Pública (INAP). Se han realizado **373 propuestas de gasto menor** y se han tramitado **799 minutas docentes**.



Al presupuesto anterior hay que añadir una estimación de costes indirectos por compensación horaria, gestionados por los Directores y mandos intermedios. Se han tramitado **3.204 compensaciones horarias, correspondientes a 19.342 horas de compensación, con un coste estimado de 286.848 Euros.** En el CHT, la Dirección ha acordado que la formación debe entenderse como una actividad más del propio trabajo. Con esta finalidad se estableció el sistema de compensación horaria que, para determinadas actividades y profesionales, considera el tiempo de asistencia a la formación como tiempo trabajo en el cómputo anual (siempre relacionada con el puesto de trabajo actual). Para realizar el cálculo, tomamos el número de horas con derecho a compensación de cada asistente a formación (siempre que la asistencia sea superior al 80%) y la multiplicamos por el importe/hora del salario bruto anual de su categoría profesional (estimando una jornada anual media de 1.519 horas).

En virtud de lo anterior, **el presupuesto total destinado a FC realizada dentro del CHT en el año 2009 ha sido de 689.164,94 €**. A esto habría que sumar el coste de la sustitución por asistencia a actividades formativas externas, información no disponible al estar registrado en una base de datos en los Servicios Centrales del SESCAM.

Para ser conscientes del esfuerzo inversor en materia de Formación Continuada en el CHT, podemos comparar el presupuesto destinado a FC. En las empresas privadas analizan el Gasto TME, que relaciona los costes totales de los cursos de formación continua en proporción a los costes laborales totales. Como veremos posteriormente en el Benchmarking de la FC en España y Europa, calculamos la proporción entre el Capítulo 1 del Programa 412C "Formación y

Docencia" durante el año 2009 dividida por el total del Capítulo 1 del CHT (384.199,81 € / 10.269.047,67 € = 3,74% del Capítulo 1).

Desde el año 2007, gracias a nuestra base de datos FOCOSOFT®, realizamos una imputación de costes de la formación continuada por GFH, siendo el primer Hospital de Castilla-La Mancha en realizar esta imputación de costes. En función del coste directo (pago docente) y de los recursos materiales utilizados en cada actividad formativa, se calcula el coste directo por asistente y se imputa a su GFH y categoría

3.2. PROCESO DE FC Y PLAN DE FORMACIÓN

Con los cambios organizativos y funcionales del Sescam de los últimos años, el Centro debe proponer un **Plan de Formación** que responda a las necesidades específicas de formación de todos los profesionales del Centro y aborde temas relacionados con carencias detectadas, junto con los definidos como líneas institucionales prioritarias. Esta propuesta de Plan de Formación es remitida al Sescam para su aprobación en la Comisión Regional de Formación Continuada.

En 2006 se aprobó, por primera vez, un **PLAN DE FORMACIÓN DEL CHT, que integra la Formación Continuada y la Docencia**, ampliando así la oferta formativa a nuestros profesionales en formación y no sólo a los profesionales en plantilla. También se ha mantenido la oferta formativa a profesionales de bolsa de trabajo, formación proactiva previa a la incorporación a determinados puestos de trabajo y categorías.

Para gestionar el Plan de Formación, las convocatorias de las actividades se comunican con antelación y están disponibles en la Intranet y/o Internet. Los carteles contienen una descripción de los objetivos, requisitos, materias, docentes y una ficha de inscripción. La selección de los asistentes se realiza en función de las líneas priorizadas y de los criterios aprobados en la Comisión de Formación y la Subcomisión del INAP, y se hace público a través de los tablones, de la Intranet e Internet (SOFOS). Todas las actividades formativas internas realizadas disponen de una evaluación final cuyo análisis permite la incorporación de mejoras en las siguientes convocatorias.

En los casos en que no se dispone de una oferta formativa ni en el hospital ni en el Sescam, se selecciona la oferta externa más adecuada, financiando su realización previa autorización de la Dirección correspondiente.

3.2.1 GESTIÓN POR PROCESOS

Dentro del proyecto de Gestión por Procesos no asistenciales del CHT se definió del Proceso de Formación Continuada, cuya implantación se realizó entre finales del año 2003.

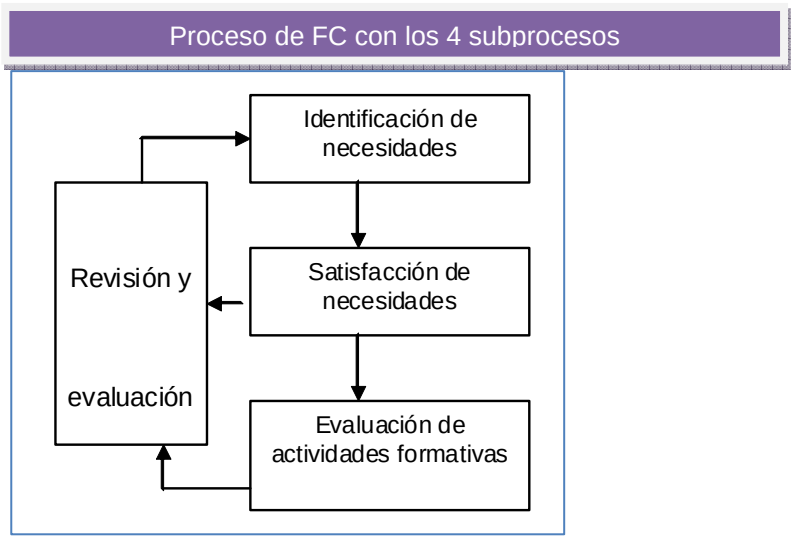
La **Gestión por procesos (GPP)** busca reducir la variabilidad innecesaria que aparece habitualmente cuando se producen o prestan determinados servicios, trata de eliminar las ineficiencias asociadas a la repetitividad de las acciones y actividades, promueve la eficiencia de los recursos y analiza el valor añadido al cliente.

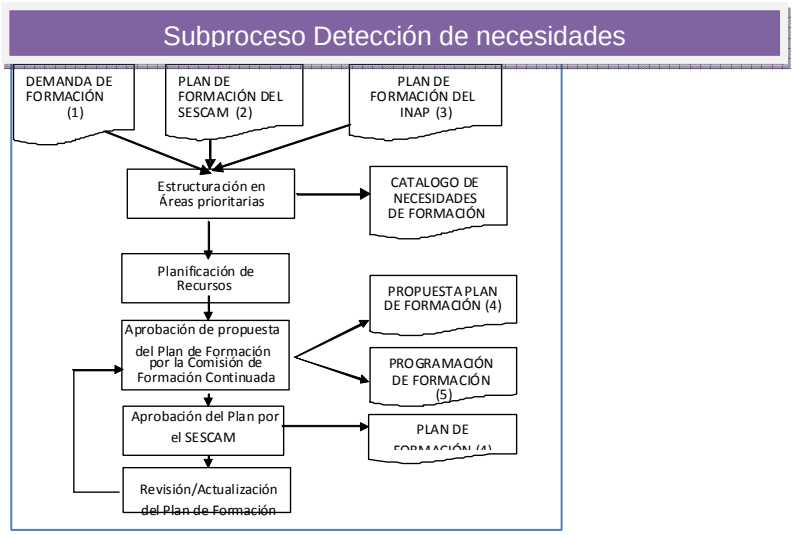
En el trabajo cotidiano de la FC se realiza un conjunto de actuaciones, actividades, tareas y decisiones que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente al que va dirigido. En términos de calidad, esta es una definición de proceso, por lo que podemos hablar de Proceso de Formación Continuada.

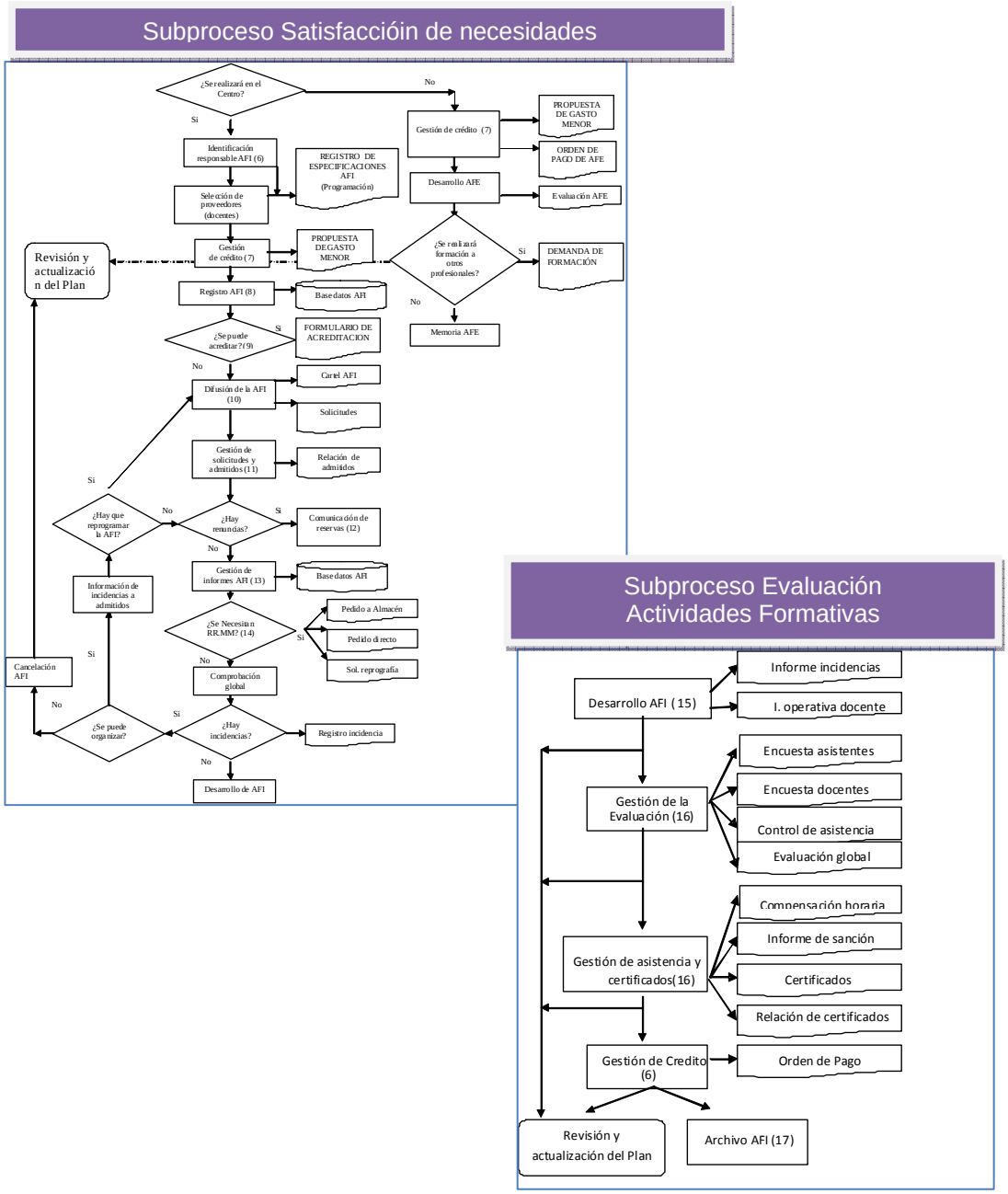
En el **Proceso de Formación Continuada** se establecieron 4 subprocesos. El Subproceso de Identificación de necesidades y el de Revisión y evaluación del Plan de Formación afectan tanto a la Comisión de FC como a la Unidad de FC. Los subprocesos de Satisfacción de necesidades

y de Evaluación de actividades Formativas afecta fundamentalmente a la Unidad de FC. Todos tienen como centro de atención el Plan de Formación.

Con el aumento de la cartera de servicios en 2009 y 2010, estamos en estado de revisión y rediseño del Proceso de FC, al integrar las sesiones clínicas, las rotaciones externas e internas, etc. A continuación mostramos unas imágenes del Proceso de FC del CHT:







3.2.2 CONTRATO DE GESTIÓN

Como ya hemos mencionado anteriormente, desde el año 2004 se ha incluido la FC en el Contrato del Gestión del Centro. En dicho contrato se establecen las líneas generales de Formación para el año. El CHT y el Sescam establecen los objetivos de Formación y los indicadores de cumplimiento. Dentro del apartado de cambios en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, describiremos algunos criterios y objetivos del contrato de gestión 2010 relacionados con FC.

3.2.3 SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Actualmente pone en duda la importancia y el papel que juegan las tecnologías de la información y comunicación (TIC's) en las organizaciones y esto se hace, lógicamente, extensible a la gestión del conocimiento. En todo caso, no se puede obviar que existen diferencias sustanciales

en los desarrollos tecnológicos en la gestión del conocimiento, por ejemplo, si se compara con los recursos existentes en el ámbito de la gestión contable.

3.2.3.1 FOCOSOFT®

La base de datos FOCOSOFT®, nos permite tener en una sola aplicación toda la información necesaria para gestionar la formación. La autoría en la elaboración de este software me permite realizar todos los cambios necesarios para que responda en cada momento a los requerimientos de un Sistema de Información en la Unidad de FC. La disponibilidad de esta herramienta alojada en un servidor nos permite trabajar en red a tiempo real a todos los miembros de la Unidad.

3.2.3.2 SOFOS

Como ya hemos anticipado, en 2006 se realizó la cesión de los derechos de autor de la herramienta FOCOSOFT® para que sirviese de base en el desarrollo del Sistema de Organización y Gestión de la Formación en el Sescam (SOFOS), que permite la explotación en tiempo real, de los datos sobre resultados de la actividad formativa, tanto presencial, como online o mixta, realizada en todos los Centros del Sescam.

Como la aplicación SOFOS no nos permitía trabajar con el volumen y precisión de información que necesitamos en el CHT, nos ha obligado en los últimos años a trabajar por duplicado en ambas bases de datos, hasta 2008 donde se llegó a un acuerdo para no trabajar por duplicado, permitiéndonos utilizar fundamentalmente nuestra base de datos FOCOSOFT®, proporcionando a los Servicios Centrales la información que precisen de nuestro Centro.

3.2.3.3 INTRANET

Desde la Unidad de Formación Continuada se realiza el diseño y mantenimiento de la página de Intranet. La utilización anual de la Intranet de FC, ha sido de un **total de 24.109 visitas y 313.940 páginas visitadas**.



La utilización de las tecnologías como herramientas fundamentales para la rápida y adecuada transmisión, generación y difusión del conocimiento; así como el desarrollo de los recursos humanos y de una cultura organizacional que actúe como elemento globalizador en las organizaciones, que exige de un compromiso a todos los niveles, depende en gran medida de su dimensión humana y busca incrementar el aprendizaje organizacional. Hay diferentes maneras de difundir el conocimiento, pero la utilización de esta herramienta para acceder a la documentación digital de las actividades formativas facilita compartir y distribuir el conocimiento, aunque ello no significa que este último se utilice igualmente por todos los individuos en la organización. Se trata de proporcionar la información y el conocimiento que necesita cada individuo para la realización de sus tareas específicas de forma universal, accesible y en el momento que lo necesita. Alguno de los 38 manuales accesibles en intranet son consultados y/o descargados más de 300 veces por mes.

3.2.3.4 SISTEMA DE RESERVA DE RECURSOS DE REUNIÓN

Para gestionar la recepción, tramitación y contestación de las demandas de reserva de aula se creó el Sistema de Reserva de los Recursos de Reunión. Dicho sistema permite, a través de la Intranet, solicitar las aulas y/o conocer su utilización. El espacio físico supone un problema en el Hospital Virgen de la Salud mientras finaliza la construcción del nuevo hospital de Toledo. Contar con este sistema de información ha permitido realizar un total de **3.202 reservas en 2009**.

3.3 RESULTADOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS DEL PLAN DE FC 2009

Los modelos de evaluación de formación continua, y la posibilidad de su medición, tienen comienzo en la década de los 70; pero no es hasta principios de los 90 cuando se produce la mayor divulgación de ellos (Kirkpatrick 1998 y 1999). Dichos modelos analizan el impacto de la inversión en formación sobre la productividad de trabajador, la mejora de calidad de producto y rentabilidad de formación como porcentaje del beneficio sintético en relación con la inversión total. La dificultad de generalizar la medición de algunos de los indicadores de la formación en sí y de los resultados donde se puede apreciar el beneficio directo de este, ha limitado su aplicación a estudios de caso (a nivel de empresa o grupos de empresas con características similares). Sin embargo, han tenido una enorme trascendencia en cuanto a la definición de la formación continua y de las variables e indicadores que la caracterizan.

A lo largo de los últimos años hemos realizado revisión bibliográfica[1,21,25] y benchmarking sobre indicadores de FC. Ante la necesidad de definir el panel de indicadores de calidad, para tener información que retroalimentase nuestros criterios de decisión, se definieron los principales indicadores del Proceso de Formación Continuada.

Las funciones que consideramos que debe cumplir nuestro cuadro de mando de indicadores son:

- Proveer de información válida y específica sobre el desarrollo de los procesos y resultados obtenidos en el CHT.
- Permitir el análisis y la emisión de juicios sobre parte o todo el sistema de gestión de la calidad.
- Aportar información para el establecimiento de acciones de mejora.
- Mostrar información para valorar la evolución del funcionamiento del CHT a lo largo del tiempo.
- Proporcionar información suficiente sin un consumo excesivo de recursos para su cálculo.
- Proveer información comparable entre centros sanitarios en el ámbito autonómico, nacional e incluso internacional. Actualmente no se dispone de indicadores normalizados o estandarizados para comparación entre centros sanitarios. Habitualmente se aporta la cifra global de la actividad formativa, pero no se realiza en forma de ratios o porcentajes que permitan la comparación.

Nuestro **cuadro de mando** está integrado por indicadores cuantitativos y cualitativos, que nos permite organizar la información para la toma de decisiones estratégicas y operativas (procesos). Los indicadores de Proceso de FC que se definieron fueron:

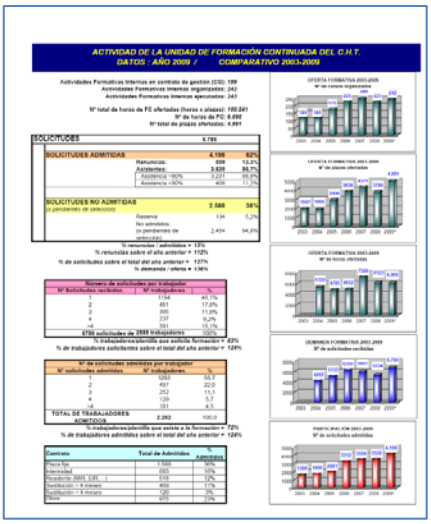
Nombre indicador	Tipo	Fórmula	Estándar	Evaluación
Nivel de ejecución del Plan de Formación	Eficacia	Nº de AFI ejecutadas/nº AFI aprobadas Plan Formación	85%	Semestral
Adecuación oferta demanda Relación óptima entre 70% y 175%	Eficacia y eficiencia	Nº solicitudes AFI>175%/Nº plazas AFI		Continua por AFI
		Nº solicitudes AFI<70%/Nº plazas AFI		Continua por AFI
Cumplimiento especificaciones AFI	Eficacia	Nº de AFI con especificaciones según procedimiento/ nº total AFI	80%	Continua por AFI
Nivel de asistencia de admitidos al Plan de FC	Eficiencia	Nº certificados/nº admitidos	75%	Continua por AFI
		Nº sancionados/nº admitidos	10%	Continua por AFI
Participación en el Plan de FC	Participación	Nº Paticipantes División/nº participantes totales		Continua por AFI
		Nº Paticipantes categoría/nº participantes totales		Continua por AFI
		Nº Paticipantes Grupo/nº participantes totales		Continua por AFI
		Nº Paticipantes vinculacion laboral/ nº participantes totales		Continua por AFI
Satisfacción de los alumnos	Satisfacción	Nº AFI con valoración organización <7/nº AFI total	80%	Continua por AFI
		Nº AFI con valoración profesor <7/nº AFI total	80%	Continua por AFI
		Nº AFI con valoración global <7/nº AFI total	80%	Continua por AFI

Entre el conjunto de indicadores, disponemos de **diferentes tipos de indicador**, y describiremos indicadores cuantitativos representados por una *cifra absoluta* que representa la medida (horas, plazas), pero también indicadores en forma de *razón o ratio* (indicador que pone en relación dos variables mediante un cociente). Además describiremos indicadores en forma de *proporción o porcentaje*, indicando la progresión/regresión (incremento/disminución que experimenta un indicador o ratio entre dos intervalos de tiempo). En la interpretación del cuadro de mando, hablaremos de desviación como desviación de la diferencia, positiva o negativa, que se produce entre previsión y realización.

En los apartados oferta-demanda-participación vamos a describir los principales indicadores cuantitativos de actividad o volumen, como habitualmente se denominan. Realmente se trata de indicadores de resultado, pues su obtención se realiza tras finalizar el proceso formativo y no se revisan en cada actividad formativa, sino trimestral o anualmente.

Para analizar los indicadores se ha establecido **niveles de relevancia y diferentes períodos de medida**. En cada actividad formativa se establecieron indicadores centinela que corresponden a la preparación, realización y evaluación inmediata, para tomar medidas con carácter urgente. Por otra parte, hay indicadores de seguimiento mensual, trimestral e incluso anual. El análisis del **resumen del cuadro de mando de Formación Continuada** se realiza cada 15 días, y los datos se publican mensualmente en la Intranet del CHT, estando integrado fundamentalmente por:

- Principales indicadores de actividad (nº de actividades formativas internas pactadas en el contrato de gestión, organizadas y ejecutadas, así como el número de horas de FC ofertadas).
- Detalle de situación de las solicitudes (admitidas, renuncias, asistencia, reserva o no admitidas)
- Número de solicitudes presentadas y solicitudes admitidas por cada trabajador (para determinar si la demanda o admisión se concentra en un pequeño porcentaje de trabajadores).
- Cinco gráficos de los años 2003 a 2009 con la evolución de la oferta formativa (cursos, plazas y horas) y de la demanda formativa (solicitudes).



Por cuestión de espacio y concreción, a continuación presentaremos un resumen de los principales indicadores de Formación Continuada:

3.3.1. OFERTA FORMATIVA

La oferta formativa ha ido en aumento en los últimos años a nivel de actividades formativas organizadas, de horas y de plazas ofertadas.

3.3.1.1 Actividades formativas internas (AFIs) organizadas = nº de actividades formativas internas organizadas en el año. En este indicador se excluyen las sesiones clínicas y las actividades formativas externas (organizadas fueras del CHT).

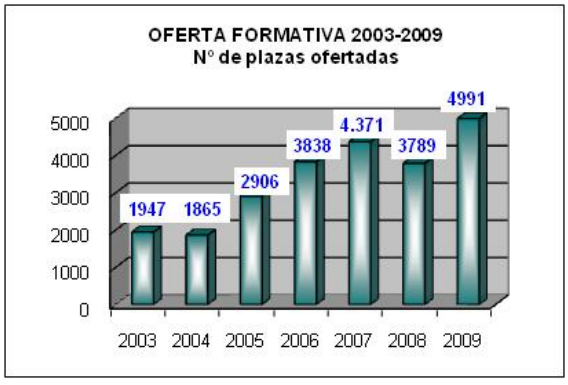


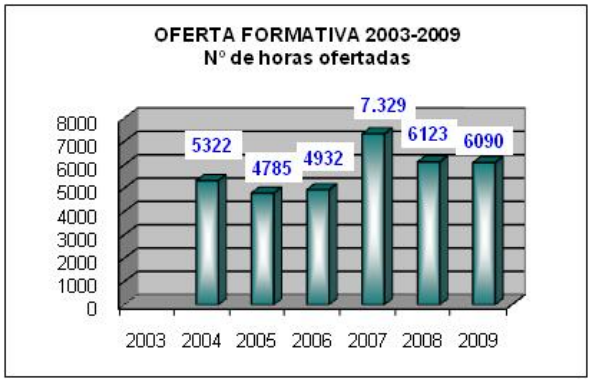
Con la entrada en vigor del proceso ordinario de carrera profesional se va a valorar la ponencia y asistencia a las sesiones clínicas generales y de servicio que estén debidamente documentadas (monográfica, revisión bibliográfica ó a propósito de un caso). Para esta finalidad hemos articulado un procedimiento de organización, certificación y registro de la actividad de sesiones clínicas. También hemos diseñado una base de datos que nos permita gestionar esta formación, habiéndola cedido a los Servicios Centrales de Sescam para su implantación en otros centros de Castilla-La Mancha. El objetivo final es que esta participación esté registrada en una base de datos única en los Servicios Centrales y que no sea necesario certificar cada participación individualmente, sino que esté integrada para poder imprimir certificados digitales desde internet y constituir una parte del pasaporte formativo de cada trabajador, junto a la aplicación SOFOS que gestione la participación en otras actividades formativas (cursos, jornadas, talleres, etc.). Desde octubre a diciembre se han realizado 84 sesiones clínicas, con 92 ponentes y 1.190 asistentes.

3.3.1.2 Actividades formativas internas ejecutadas = nº de actividades formativas internas realizadas durante el año.

(NOTA: Se debe calcular la desviación entre las actividades organizadas y ejecutadas, valorando las causas de la desviación, como cancelaciones, etc.). También se debe valorar la ratio: Relación nº AFI ejecutadas / nº AFI organizadas = 100,4%.

3.3.1.3 Nº total de plazas de FC ofertadas = Suma del nº de plazas de cada AFI (ver gráfico)
3.3.1.4 Nº total de horas de FC ofertadas = **Suma del nº de horas de cada AFI** (ver gráfico)





3.3.1.5 Nº total de horas de FC ofertadas = nº de horas de cada AFI * nº de plazas ofertadas en cada AFI.

3.3.1.6 Duración de la oferta formativa = Suma de la duración de cada AFI (nº de horas de FC).

Actividades Formativas Internas en contrato de gestión (CG): *199*
Actividades Formativas Internas organizadas: *242*
Actividades Formativas Internas ejecutadas: *243*

Nº total de horas de FC ofertadas (horas x plazas): *100.241*
Nº de horas de FC: *6.090*
Nº total de plazas ofertadas: *4.991*

3.3.2 DEMANDA FORMATIVA

Aunque la oferta formativa ha ido aumentando en los últimos años, la demanda ha sufrido un incremento paralelo.

3.3.2.1 Demanda formativa interna = Nº de solicitudes recibidas (ver gráfico)



Demanda actual sobre el año anterior = Nº solicitudes año evaluado/Nº solicitudes del año anterior = 127% (NOTA: Nos permite ver la variación de la demanda interanual.)

% de solicitudes sobre el total del año anterior = 127%
% demanda / oferta = 136%

3.3.2.2 Demanda por trabajador

- Relación de trabajadores demandantes de formación en relación a la plantilla = nº de trabajadores que presentan solicitud de formación / nº de trabajadores de plantilla.
  (NOTA: Esta información se valorar de forma global y desglosada por categorías).
- Nº de solicitudes presentadas por cada trabajador = nº de solicitudes presentadas por cada trabajador
- Solicitantes sobre el año anterior = Nº de trabajadores demandantes de formación en el año evaluado / nº de trabajadores demandantes de formación en el año anterior (NOTA: Nos permite ver la variación de los solicitantes interanual.)

Número de solicitudes por trabajador		
Nº Solicitudes recibidas	**Nº trabajadores**	**%**
1	1194	46,1%
2	461	17,8%
3	305	11,8%
4	237	9,2%
>4	391	15,1%
6786 solicitudes de	**2588 trabajadores**	100%

% trabajadores/plantilla que solicita formación = 83%
% de trabajadores solicitantes sobre el total del año anterior = 124%

En la demanda destaca que **el 83% de los trabajadores solicita formación en 2009.**

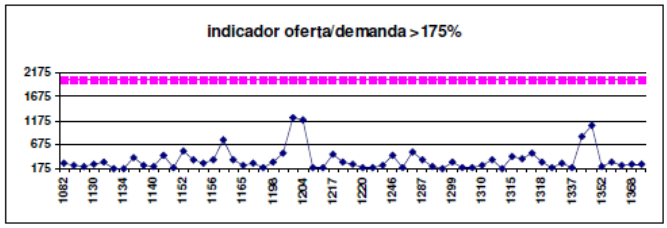
3.3.3 ADECUACIÓN OFERTA / DEMANDA

Para garantizar que la oferta formativa se adecue a la demanda se estableció como estándar que no se organizasen actividades formativas cuya demanda fuera inferior al 70% (cancelando la actividad, salvo causas justificadas) y que no queden actividades con demanda superior al 150% de las plazas ofertadas (aumentando la oferta).

- Relación demanda/oferta = nº solicitudes recibidas / nº plazas ofertadas.
  (NOTA: La relación demanda/oferta se debe evaluar en cada actividad formativa para decidir si hay que suspender la actividad formativa si la relación es inferior a 70%, realizarla con relación entre 70% y 150% o repetir otra edición con demanda >150%). También se debe valorar trimestral y anualmente para ver la adecuación oferta-demanda al Plan de Formación.

Durante el año 2009 ha habido 64 actividades formativas con demanda superior al 175% de la oferta. En algunas actividades formativas se han repetido ediciones de la misma actividad y, en otras actividades formativas, se planifica su organización a lo largo del año 2010 (ver parte del detalle del indicador):

Gráfico del indicador Oferta/demanda > 175%

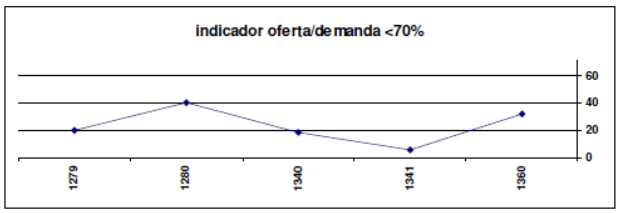


Detalle del indicador Oferta/demanda > 175%

Acción Formativa	Estado (*):	Nº Plazas:	Nº solicitudes:	Oferta/demanda %:
TITULO: HABILIDADES DE COMUNICACION: ATENCION AL USUARIO/CLIENTE (40ª EDICION) 1362	F	25	63	252 14/12/2009
TITULO: METODOLOGIA EDUCATIVA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD (6ª EDICION) 1194	F	16	30	187,5 15/06/2009

Este año ha habido 17 actividades formativas con una demanda inferior al 70% de las plazas ofertadas. Se han cancelado 7 de estas actividades, pues el resto estaba justificada su organización (ver parte del detalle del indicador):

Gráfico del indicador Oferta/demanda < 70 %



Detalle del indicador Oferta/demanda < 70 %

Acción Formativa	Estado (*):	Nº Plazas:	Nº solicitudes:	Oferta/demanda %:
#### HABILIDADES DE COMUNICACION: ATENCION AL USUARIO/CLIENTE (38ª EDICION)	S	25	8	32
Dirigido a: PROFESIONALES DEL C.H.T.		Fecha de inicio:	02/11/2009	
#### HABILIDADES DE COMUNICACION: ATENCION AL USUARIO/CLIENTE (42ª EDICION)	S	25	5	20
Dirigido a: PROFESIONALES DEL C.H.T.		Fecha de inicio:	18/01/2010	
#### FORMACION EN INFORMATICA: INTRODUCCION AL CORREO ELECTRONICO CON OUTLOOK (1ª EDICION)	S	15	6	40
Dirigido a: TODOS LOS PROFESIONALES DEL CHT		Fecha de inicio:	25/05/2009	

3.3.4. PARTICIPACIÓN DISCENTE Y DOCENTE

El proceso de solicitud de formación es voluntario, salvo formación específica obligatoria. Por tanto, el alto grado de interés de la demanda, debe corresponderse con una elevada participación. Para obtener el **certificado de asistencia o aprovechamiento** es imprescindible acreditar una asistencia superior al 80% de la duración de la actividad. El indicador de nº de certificados/nº de admitidos ha sido del 88,8% (estándar = 75%).



3.3.4.1 Participación = Suma del Nº de solicitudes admitidas (ver gráfico)

A continuación se presenta el desglose del número de solicitudes presentadas, admitidas y no admitidas.

SOLICITUDES		**6.786**	
SOLICITUDES ADMITIDAS		**4.198**	**62%**
	Renuncias:	**559**	**13,3%**
	Asistentes:	**3.639**	**86,7%**
	Asistencia >80%	3.231	88,8%
	Asistencia <80%	408	11,2%
SOLICITUDES NO ADMITIDAS *(o pendientes de selección)*		**2.588**	**38%**
	Reserva	134	5,2%
	No admitidos (o pendientes de selección)	2.454	94,8%

% renuncias / admitidos = 13%
% renuncias sobre el año anterior = 112%

3.3.4.2 Ratio de trabajadores participantes en la formación = Nº de trabajadores que asiste a la formación / Nº de trabajadores en plantilla.

3.3.4.3 Progresión de la participación de los trabajadores = Nº de trabajadores seleccionados el año evaluado/Nº trabajadores seleccionados el año anterior

% trabajadores/plantilla que asiste a la formación = 72%
% de trabajadores asistentes sobre el total del año anterior = 124%

Durante el año 2009 **el 72% de la plantilla ha asistido a alguna actividad formativa interna.**

3.3.4.4 Descripción del número de solicitudes admitidas por trabajador

Nº de solicitudes admitidas por trabajador		
Nº solicitudes admitidas	**Nº trabajadores**	**%**
1	1283	56,7
2	497	22,0
3	252	11,1
4	129	5,7
>4	101	4,5
TOTAL DE TRABAJADORES ADMITIDOS	**2.262**	100,0

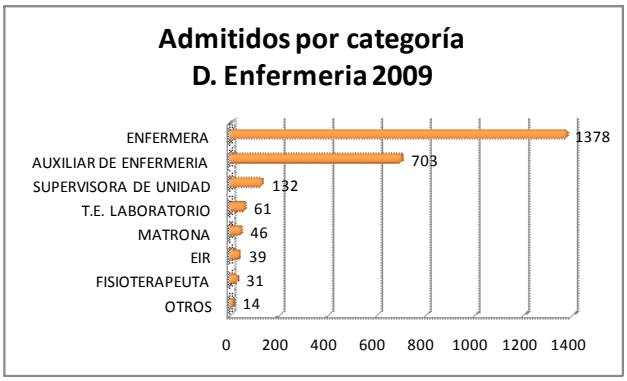
3.3.4.5 Número total de horas de formación

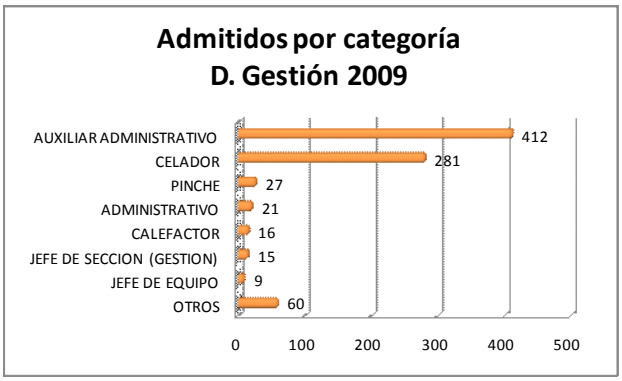
La duración de los cursos ha sido de 6.090 horas de Formación Continuada que, multiplicado por el número de alumnos, hacen un total de 100.241 horas de Formación Continuada.

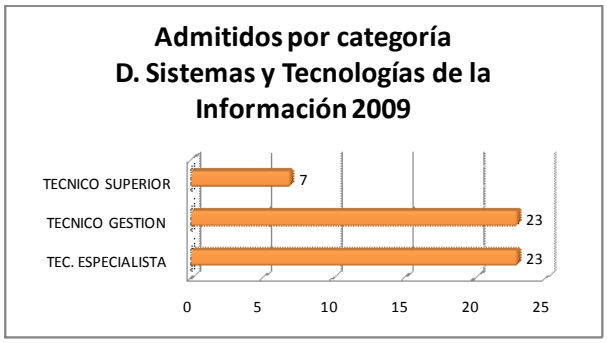
3.3.4.6 Descripción del número de trabajadores admitidos por tipo de vinculación laboral

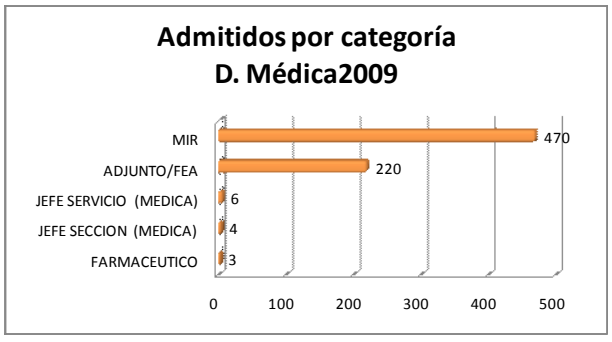
Contrato	Total de Admitidos	% Admitidos
Plaza fija	1.568	36%
Interinidad	683	16%
Residente (MIR, EIR,…)	516	12%
Sustitución > 4 meses	469	11%
Sustitución < 4 meses	120	3%
Otros	975	23%

3.3.4.7 Descripción del número de trabajadores admitidos por Dirección y categoría



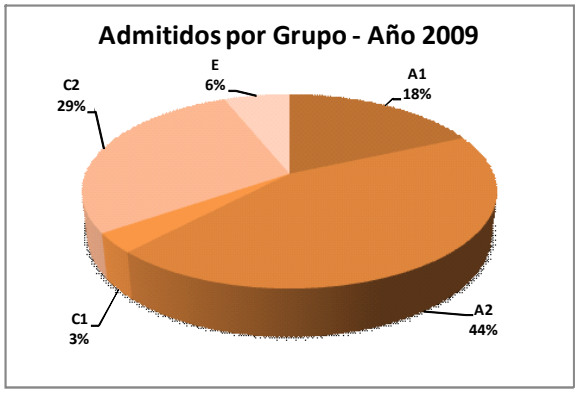






3.3.4.7 Descripción del número de trabajadores admitidos por Grupo

Grupo	Trabajadores
A1	743
A2	1.774
C1	134
C2	1.135
E	314

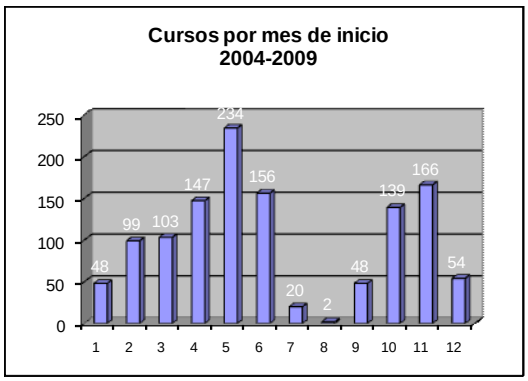


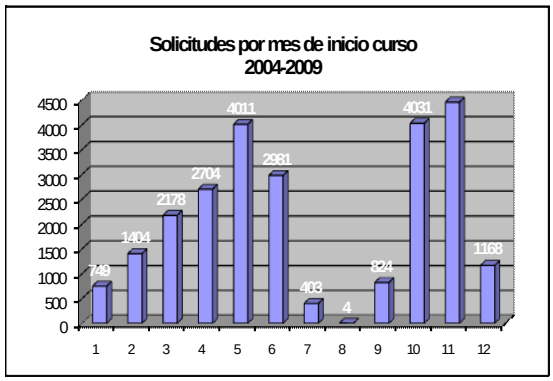
3.3.4.8 Participación docente

La elección de los docentes se realiza en función de su idoneidad, y en los cursos organizados en el CHT se alienta la participación de los propios profesionales, como mecanismo de gestión del conocimiento, estímulo a la implicación y como reconocimiento público. El CHT es uno de los primeros hospitales en contar con docentes propios en más del 80% de las actividades formativas. Este año **han participado 263 docentes internos y 6 externos**.

3.3.5. PREVISION DE DEMANDA. ESTACIONALIDAD DE LA OFERTA/DEMANDA.

Tanto la oferta formativa, como la demanda formativa, guardan una relación con la estacionalidad de la demanda. Hay que tener en cuenta que en los periodos vacacionales (julio-septiembre, diciembre-enero y Semana Santa) son períodos en los que realiza una menor oferta formativa y una menor demanda, siguiendo un patrón estacional que se repite a lo largo de los años. En los gráficos siguientes se puede ver la oferta de cursos y la demanda por mes de inicio de curso, observándose el patrón estacional descrito con cifras agrupadas de 6 años, aunque se observa de igual manera analizado anualmente. Hay ligeras diferencias con los resultados del sector privado[14], donde el 40% se realiza de octubre a diciembre. Una de las oportunidades de mejora para 2010 será la realización de un análisis de demanda y de capacidad.





3.3.6. CERTIFICACIÓN DOCENTE Y DISCENTE

Durante 2009 han recibido **certificado de asistencia 3.231 alumnos (88,8%)**. No han recibido certificado 408 alumnos (11,2%) cuya asistencia ha sido inferior al 80% de la duración de la actividad y/o que no han superado la prueba de evaluación final, siendo además sancionados con 1 año de no admisión a las AFI del CHT. Como veremos posteriormente, en las actividades sanitarias acreditadas realizamos una **evaluación de conocimientos post-actividad formativa,** que es necesario superar, junto a la asistencia, para la obtención de certificado.

A estos certificados hay que añadir los 1190 asistentes a sesiones clínicas susceptibles de ser certificadas. También se han emitido 249 certificados de coordinación académica de las actividades formativas, 92 ponentes de sesiones clínicas, 799 certificados de docentes y 1229 certificados repetidos para su presentación en la carrera profesional.

El gran volumen de FC también tiene su impacto en la carrera profesional y procesos selectivos de nuestros profesionales (bolsa de trabajo, concurso-oposición, etc.,). Por tanto**, si incluimos la participación docente y discente, hemos realizado un total de 6.790 certificados**.

3.3.7. EVALUACIÓN Y CALIDAD DEL PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA

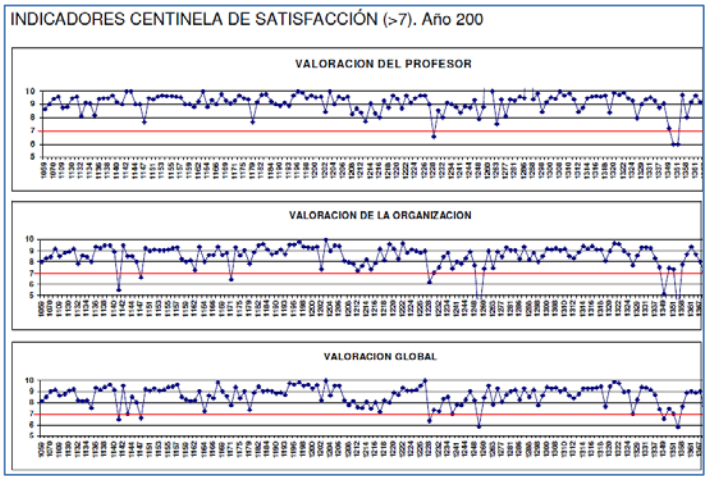
El Control de Calidad tiene la misión de diferenciar aquella formación que es eficaz y viable para la organización de la que no lo es. No obstante, es necesario tener en cuenta que la Formación tiene también unos efectos intangibles, menos palpables, menos evidentes (percepción por parte de los profesionales de una mayor preocupación de la Dirección por su desarrollo, mejora del clima laboral, de la satisfacción del cliente, etc.) y más difíciles de cuantificar, pero no por ello menos importantes. Podemos hablar entonces de que también produce una rentabilidad social, que posee gran interés, pero más difícil de medir, sobre todo utilizando los métodos tradicionales de medición directa. Los valores intangibles (conocimientos, competencias, etc.) han ido cobrando cada vez más importancia en comparación con los valores tangibles (como máquinas, edificios, etc.). Mientras no existan metodologías fiables para identificar y validar estos valores intangibles, su importancia fáctica tenderá a infravalorarse, tanto a escala presupuestaria como en cuanto a la gestión de los recursos existentes.

Periódicamente se realiza por la Unidad de Formación Continuada una revisión de todos los objetivos propuestos y en los indicadores del Plan de formación, analizando aquellas fortalezas, amenazas, debilidades y oportunidades, informando a la Comisión de Formación Continuada y a la Dirección para mejorar o reformular las acciones formativas propuestas.

3.3.7.1 EVALUACIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA

Para evaluar los efectos de una acción formativa se definen previamente los objetivos, contenidos, metodología (…) y se realiza una evaluación al finalizar la actividad formativa. Dicha evaluación de los asistentes consta de 14 preguntas con una escala Tipo Likert de 1 a 10. De estas 14 preguntas, se establecieron 3 indicadores centinela de satisfacción de alumnos, que se revisan detalladamente al finalizar cada actividad.

- El **indicador de valoración del profesor** (mayor o igual a 7) / nº total de AFI fue del 97,5% (estándar = 80%).
- El **indicador satisfacción con la organización** (mayor o igual a 7) / nº total de AFI fue del 98,4% (estándar = 80%).
- El **indicador de valoración global** (mayor o igual a 7) / nº total de AFI fue del 99% (estándar = 80%).



Sólo **1 curso organizado en 2009 ha recibido una valoración en los 3 indicadores inferior a 7 (Ver gráfico)**

3.3.7.2 ACREDITACIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA: VALIDACION EXTERNA DE LA CALIDAD

Aquellas actividades de FC que cumplen ciertos requisitos son acreditadas por de la Comisión de la Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias en Castilla-La Mancha. Esta acreditación se hace en función de un componente cuantitativo (duración) y de un componente cualitativo (objetivos, organización y logística, pertinencia, metodología y evaluación). Recordemos que el objetivo de la acreditación es asegurar la calidad de la actividad formativa, no sólo su duración. Por tanto, se trata de una auditoría externa de calidad de la FC.

- Solicitada acreditación: **69 AFI.**
- Concedida acreditación: **69 AFI (100%)**

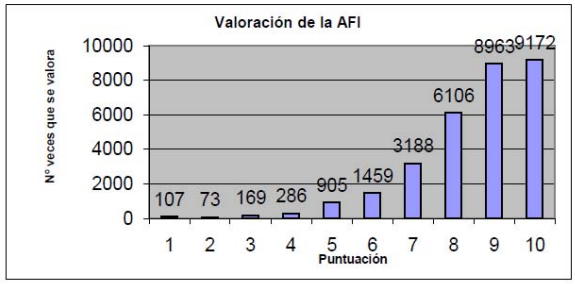
A estas actividades acreditadas han asistido 1.402 alumnos, con un total de **307,1 créditos.**

3.3.7.3 SATISFACCIÓN Y CALIDAD PERCIBIDA DE LA ACCIÓN FORMATIVA

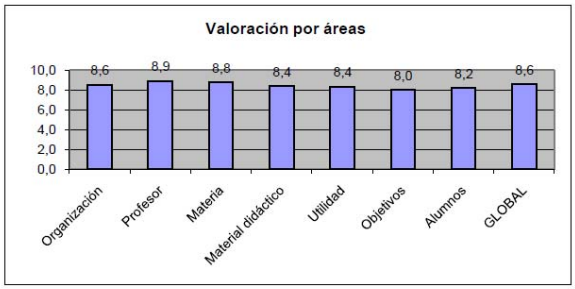
La calidad percibida por los asistentes se mide a través de una evaluación cuantitativa y cualitativa al finalizar cada actividad, con 14 preguntas medidas mediante una escala Tipo Likert de 1 a 10. En la imagen inferior se puede ver los resultados globales del año 2009, aunque se realiza un análisis para cada actividad formativa. Me gustaría destacar la valoración global media 8,6 (estándar 7), la utilidad/aplicabilidad global media 8,5 y si le ha supuesto un cambio de actitud media 8,2. De forma parcial todas las medias están por encima de un estándar de 7, siendo la valoración más baja el grado de conocimiento de los objetivos al inicio del curso (media 7,7), aunque se hacen públicos en el cartel informativo (junto a la solicitud) y se deben presentar al inicio de la actividad formativa.

PREGUNTA	Máximo	Mínimo	Media	Mediana	Moda	Desvición estándar	Coeficiente variación
1. Expectativa inicio curso	10	1	8,2	9,0	9,0	1,6	20%
2. Objetivos inicio curso	10	1	7,7	8,0	8,0	1,9	25%
3.- Cumplimiento objetivos	10	1	8,3	9,0	9,0	1,5	18%
4.- Grado interés temas	10	1	8,8	9,0	10,0	1,3	15%
5.- Metodología empleada	10	1	8,7	9,0	10,0	1,4	16%
6.- Domina temas profesor	10	1	9,1	9,0	10,0	1,2	13%
7.- Valoración profesor	10	1	9,0	9,0	10,0	1,2	13%
8.- Clima curso	10	1	8,7	9,0	9,0	1,3	15%
9.- Cambio actitud	10	1	8,2	9,0	9,0	1,6	20%
10. Utilidad/aplicabilidad	10	0	8,5	9,0	10,0	1,8	21%
11. Técnicas didácticas	10	1	8,3	9,0	9,0	1,6	19%
12. Documentación	10	1	8,3	9,0	9,0	1,7	20%
13. Organización	10	1	8,6	9,0	9,0	1,5	18%
14. VALORACION GLOBAL	10	0	8,6	9,0	9,0	1,4	16%

Puntuación:	Nº respuestas
1	107
2	73
3	169
4	286
5	905
6	1459
7	3188
8	6106
9	8963
10	9172
Total respuestas	30428



Valoración por áreas:	
Organización	8,6
Profesor	8,9
Materia	8,8
Material didáctico	8,4
Utilidad	8,4
Objetivos	8,0
Alumnos	8,2
GLOBAL	8,6



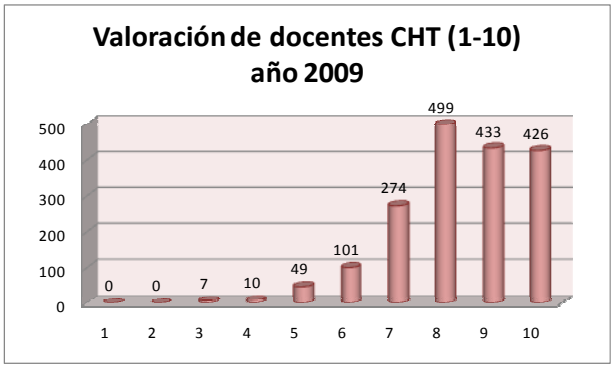
3.3.7.4 EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS POST- ACCIÓN FORMATIVA. IMPACTO DE LA FORMACIÓN

Para medir el grado de mejora obtenido (eficacia/eficiencia), se realiza una medición de conocimientos y/o habilidades posterior a la formación, denominada **medida post.** Esta medición se ha realizado en todos los cursos acreditados y algunos no acreditados. La media de

superación de la evaluación al finalizar la actividad formativa es del 99,7%, siendo necesaria además la asistencia superior al 80% de la duración para poder recibir certificado.

3.3.7.5 EVALUACIÓN DE LOS DOCENTES

En las actividades formativas que participa más de un docente, además de la valoración global del docente, se le solicita al alumno que valore a cada docente en una escala Tipo Likert de 1 a 10. El grado de satisfacción es alto, con dos evaluaciones docentes inferiores al estándar de valor > 7 (docentes internos). Se ha revisado la evaluación con los docentes, que era su primera experiencia, y se han adoptado medidas correctoras para evitar que vuelva a ocurrir (realización de un curso de metodología docente, porque se trataba de docente con grandes conocimientos de la materia a impartir).

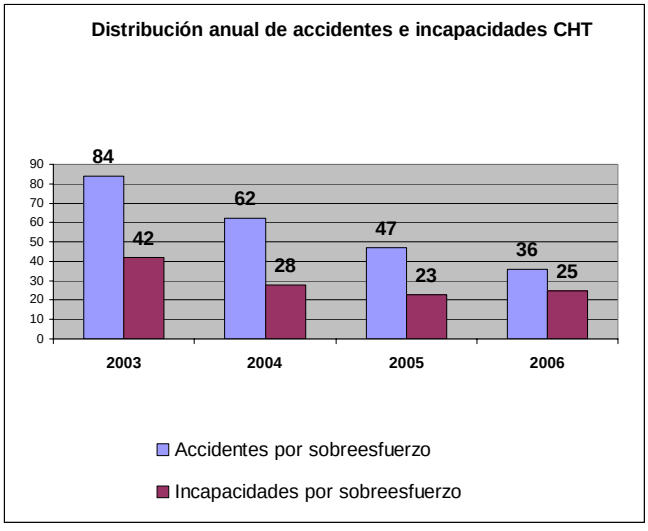


3.3.7.6 IMPACTO DE LA FORMACIÓN CONTINUADA

Desde el punto de vista de las habilidades y actitudes, se han diseñado técnicas grupales en las que los asistentes tienen que adquirir habilidades o percibir las reacciones que generan determinadas actitudes y los beneficios del cambio (control del estrés, comunicación, etc.). En otras actividades formativas debe demostrar mediante simulación que han adquirido las habilidades necesarias (reanimación cardiopulmonar básica y avanzada, triaje de pacientes, admisión y citación informática del paciente, aplicaciones informáticas, etc.).

En varias actividades formativas se hace una medición previa y posterior a la formación (análisis pre-post).

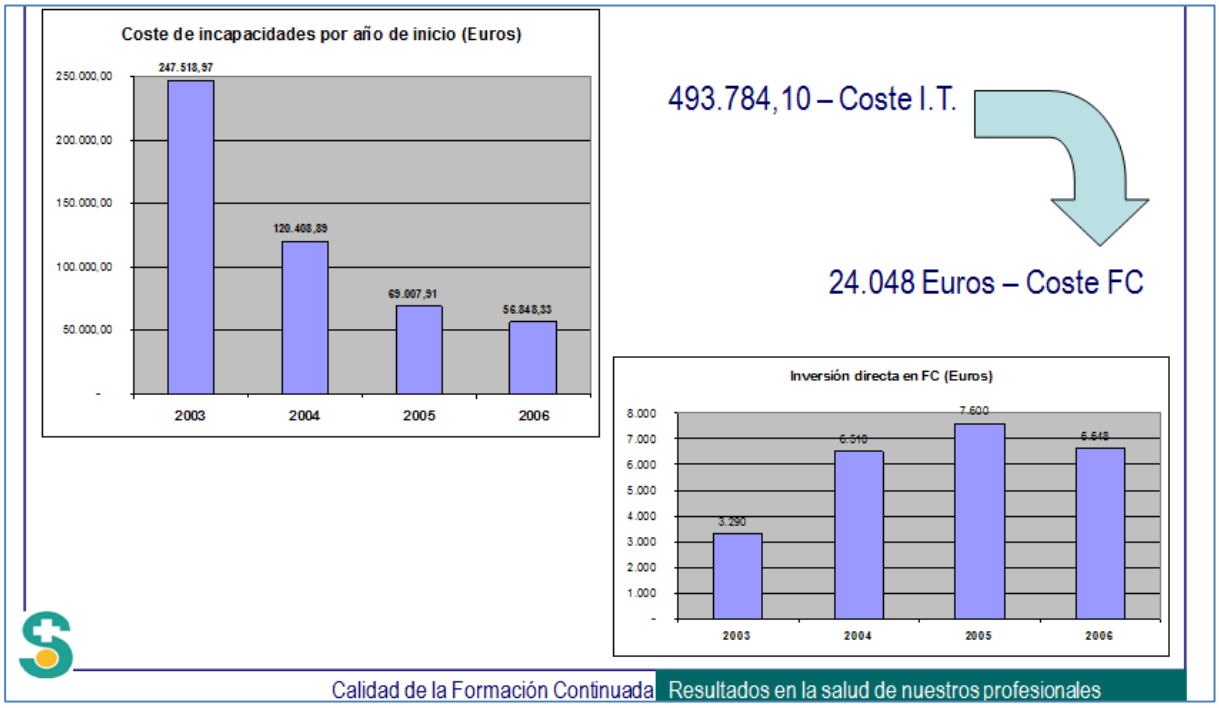
Lo que resulta más difícil medir es la eficiencia y el impacto real de la formación, ya que muchas veces puede deberse a cuestiones multifactoriales. A modo de ejemplo presentaremos un estudio realizado en el CHT entre los años 2003-2006. En el año 2003 las lesiones por sobreesfuerzo eran el accidente laboral no biológico más frecuente del CHT, con 84 casos (35,65%), siendo los celadores el colectivo que mayor incidencia presentaba. Tras la implantación de un plan de formación continuada multidisciplinar y plurianual, durante estos años se ha producido una **disminución progresiva de 84 a 36 accidentes por sobreesfuerzo (42,8% de reducción) y de las incapacidades laborales asociadas a estos accidentes (59,5% de reducción).** A la derecha se expone un gráfico con la evaluación de los accidentes por sobreesfuerzo 2003-2006 en el CHT (estudio presentado en el XX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial –SECA-):



El 89% de los profesionales con incapacidad laboral por sobreesfuerzo no había recibido formación previa. Hay significación estadística entre la formación y la disminución de los accidentes e incapacidades asociadas a sobreesfuerzo; pero al influir otros factores en los accidentes por sobreesfuerzo (condición física, edad, etc.), no podemos concluir en qué grado se

debe la disminución de accidentes e incapacidades a la formación. Si que podemos afirmar que los niveles de accidentes e incapacidades se han mantenido bajos estos últimos años, tras realizar la formación y el posterior reciclaje de nuestros profesionales, así como realizar formación proactiva previa a la incorporación al puesto de trabajo (contratos, incorporación tras concurso-oposición y apertura de nuevos Centros –CEDT-).

En la siguiente imagen se puede ver la evolución del coste de incapacidades según el año de inicio de la incapacidad, pasando de un coste total de 247.518,97 € en las incapacidades producidas en 2003, a 58.848,33 € en las incapacidades del año 2006, habiendo invertido durante los cuatro años un total de 24.048 € en Formación Continuada. Además del coste o inversión en FC, debemos hablar de la aportación a la salud de nuestros profesionales, sin cambios en la calidad percibida de nuestros pacientes.



Tras realizar un balance de la Formación Continuada en el Complejo Hospitalario de Toledo, vamos a realizar Benchmarking entre los otros Centros del Sescam, así como la comparación de indicadores a nivel nacional y europeo.

4.- BENCHMARKING

El benchmarking es el proceso que permite a un centro u organización compararse con otro que obtiene resultados excelentes de calidad, con el fin de emularlo.

El American Productivity & Quality Center (APQC) define el benchmarking como el proceso de identificar, comprender y adaptar prácticas desarrolladas de forma sobresaliente por otros, a fin de mejorar el desempeño de la organización. Asimismo, acota el término, definiendo el benchmarking interno como el proceso de identificar, compartir y utilizar el conocimiento y las prácticas dentro de la propia organización.

Con frecuencia el término benchmarking se malinterpreta, y se asimila a la copia directa de determinados procesos y actividades. No obstante, su propósito se encuentra lejos de la imitación puesto que se trata de un proceso continuo de aprendizaje cuyo objetivo es alcanzar niveles superiores de desempeño.

Spendolini define al Benchmarking como "el proceso continuo y sistemático de evaluar los productos, servicios o procesos de las organizaciones que son reconocidas por ser representativas de las mejores prácticas para efectos de mejora organizacional".

En el Complejo Hospitalario de Toledo llevamos varios años intentando compararnos con otras organizaciones sanitarias, dentro de una estrategia de mejora de la calidad aplicada a la gestión de la FC.

Hemos presentado un resumen del balance de los resultados cuantitativos y cualitativos de la FC en el Complejo Hospitalario de Toledo. A partir de estos resultados, siguiendo una metodología bottom-up, iniciaremos la comparación dentro del ámbito sanitario de Castilla-La Mancha, para posteriormente buscar información de ámbito nacional y europeo. Completaremos la información anterior con los cambios organizativos y normativos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha para identificar los retos de futuro, proponiendo una estrategia de cambio que nos permita realizar una gestión del conocimiento óptima, situándonos como referente tanto a nivel regional como a nivel nacional.

No obstante, el acceso a la información en el ámbito sanitario sólo podemos realizarla a través de las memorias de los Centros en soporte papel o a través de su página web. La ausencia de indicadores comunes dificulta la comparación, ya que se suele presentar el volumen total de actividad, sin conocer el presupuesto específico de formación, ni los datos relativos al número de profesionales de cada Centro. Tampoco se suele hacer referencia a cómo se organiza la formación (gestión por procesos, gestión económica, etc.). En el ámbito privado vamos a centrarnos en Acuerdo Nacional de Formación Continuada –Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo-. La publicación[14] “La formación en las empresas 2008” es un informe que, además del mercado de trabajo en España, analiza las grandes cifras de la formación en las empresas: cobertura y evolución de la formación de demanda en el contexto de la demografía empresarial; la organización y tipología de la formación; la distribución regional y el perfil sociolaboral de los trabajadores formados.

Analizaremos brevemente en este apartado el informe del Centro Europeo para el Desarrollo de la Formación Profesional, informe CEDEFOP[30,31]. La encuesta europea de formación profesional continua (EFPC) es la única fuente de datos comparables de ámbito internacional sobre el

volumen, contenido, coste y gestión de la formación en la empresa. Un nuevo estudio del CEDEFOP[28] analiza los datos de la tercera encuesta de 2005, que comprende a todos los Estados miembros de la Unión y a Noruega. Esta encuesta se envió a empresas de 10 o más trabajadores repartidas por todos los sectores económicos (salvo la agricultura, la pesca, la minería, las administraciones públicas, sanidad, la educación y el servicio doméstico). Tal como especifica, se han realizado comparaciones con los resultados de la encuesta anterior de 1999 en la medida de lo posible, si bien se han visto limitadas por algunos cambios en la metodología.

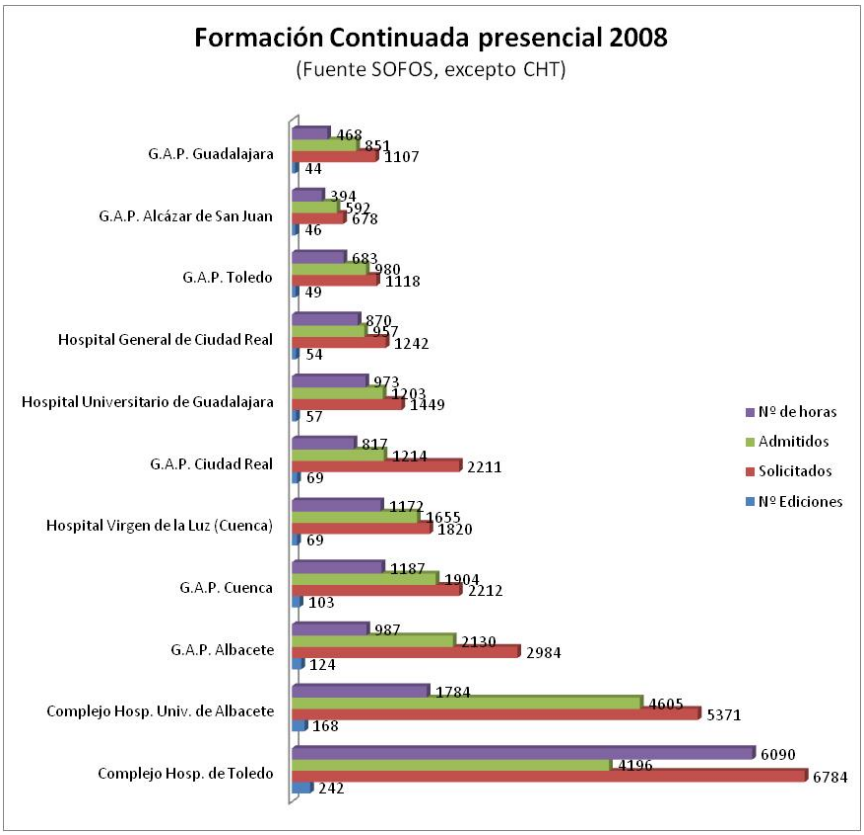
4.1 FORMACIÓN CONTINUADA EN EL SESCAM

La información de los Planes de Formación Presencial descentralizados en todas las Instituciones Sanitarias del Sescam en 2008, se registraban en SOFOS, sin contar la participación mediante inscripción en actividades formativas externas al Sescam o no gestionadas a través de SOFOS. Durante el año 2008 había dos Centros que no utilizaban la aplicación SOFOS para gestionar la formación, el Hospital Nuestra Señora del Prado (Talavera de la Reina) y el CHT. Hemos actualizado nuestros datos y los hemos comparado con el resto de centros del Sescam. Para tener una referencia relativa de la formación por número de profesionales, hemos tenido en cuenta los cinco principales centros por volumen de personal del Sescam: CHT (12%), C.H.U. de Albacete (11%). H.G. Ciudad Real (10%), H.U. de Guadalajara (7%) y H. Virgen de la Luz de Cuenca (6%). Como se puede observar en los cuadros siguientes, a pesar de tener el 12% de los profesionales, se ha recibido el 21% de las solicitudes, se ha admitido al 19% de los profesionales, se ha organizado el 19,5% de las ediciones y se ha impartido el 33% de las horas presenciales de la Formación Continuada interna del Sescam.

En los cuadros siguientes, de elaboración propia a partir de la memoria del SESCAM 2008[24], se puede ver la participación en actividades formativas presenciales del SESCAM descentralizadas:

Gerencia	Solicitados	Admitidos	Nº de ediciones	Nº de horas
Complejo Hosp. de Toledo	6.786 (21%)	4.605 (19%)	242 (19,5%)	6.090 (33%)
Hospital La Mancha Centro (Alcázar de San Juan)	879	496	28	427
Complejo Hosp. Univ. de Albacete	5.371	4.605	168	1.784
Hospital de Almansa	77	65	4	37
Hospital de Hellín	376	270	19	264
Hospital de Tomelloso	566	357	16	340
Hospital de Villarrobledo	828	737	32	340
Hospital General de Ciudad Real	1.242	957	54	870
Hospital Gutiérrez Ortega (Valdepeñas)	989	746	43	365
Hospital Ntra. Sra. del Prado (Talavera)	No utilizaba SOFOS			
Hospital Universitario de Guadalajara	1.449	1.203	57	793,5
Hospital Virgen Altagracia (Manzanares)	147	119	6	126
Hospital Virgen de la Luz (Cuenca)	1.820	1.355	69	1.171,95
Gerencia Área Única de Puertollano	29	27	1	18
G.A.P. Albacete	2.984	2.130	124	987
G.A.P. Alcázar de San Juan	678	592	46	393,5
G.A.P. Ciudad Real	2.211	1.214	69	816,5
G.A.P. Cuenca	2.212	1.904	103	1.187
G.A.P. Guadalajara	1.107	851	44	467,3
G.A.P. Talavera	720	534	38	415
G.A.P. Toledo	1.118	980	49	683
G.U.E.T.S.	689	308	23	578
Cursos cogestionados con SSCC	374	136	6	161
TOTALES	32.688	24.082	1.241	18.496

Si ordenamos los Centros por volumen de actividad[24] tenemos el siguiente gráfico de elaboración propia:



4.2 FORMACIÓN CONTINUADA EN HOSPITALES DEL GRUPO OLIGOPSONIO Y CENTROS SANITARIOS A NIVEL NACIONAL

El Grupo Oligopsonio fue creado por varios centros hospitalarios españoles a finales de los años noventa con la idea de compartir prácticas profesionales para mejorar y obtener la excelencia en los servicios asistenciales que imparten. Se estructura en equipos de trabajo -de calidad, costes, benchmarking y direcciones de enfermería-, en el marco de los cuales se debaten diferentes experiencias y proyectos.

Consultando la memoria accesible en la página Web de los Hospitales del Grupo Oligopsonio, destaca el **Hospital Universitari de Bellvitge como el Centro con la mayor actividad formativa que hemos encontrado a nivel nacional** (**109.757 horas totales de FC**, 546 actividades formativas y 4.154 plazas). Si lo comparamos con el Complejo Hospitalario de Toledo (100.241 horas totales de FC, 242 actividades formativas y 4.991 plazas ofertadas) no hay mucha diferencia en el volumen total de oferta formativa, aunque si en el número de ediciones (pero han organizado 253 actividades con duración superior a 1 hora y 293 actividades de 1 hora de duración que el CHT no contempla como actividad formativa, sino como sesión, taller o grupo de trabajo). Si continuamos realizando benchmarking, el Hospital Universitario La Paz también organiza una importante oferta formativa con 208 actividades y 3994 asistentes, (aunque tiene aproximadamente el doble de plantilla que estos centros anteriores). El resto de Centros tiene una actividad formativa inferior de acuerdo a la información disponible en las memorias publicadas en la Web.

4.3 FORMACIÓN CONTINUADA EN ESPAÑA

Para realizar benchmarking fuera del ámbito sanitario público, debemos tomar como referencia la **Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo** (estructura organizativa y de participación institucional del subsistema de formación profesional para el empleo, constituida por la Administración Pública y por las organizaciones empresariales y sindicales más representativas) y la **Encuesta de Formación Profesional Continuada del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales** (investigación por muestreo dirigida a las empresas de 5 o más trabajadores, de todo el territorio nacional –con exclusión de Ceuta y Melilla- y excluyendo el sector agrario, Administración Pública, Defensa Nacional, Seguridad Social, Actividades sanitarias, veterinarias y de Servicios Sociales, Educación, Hogares que emplean personal doméstico y Organismos extraterritoriales.)

La última **memoria publicada por la Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo (Formación en la Empresa)** corresponde al año 2008[14] y presenta como datos más significativos:

- La **tasa de cobertura formativa** (porcentaje de participantes sobre el total de la población asalariada del sector privado) se sitúa en el 14.4%, tres puntos más que en 2007 (11,2%). En Castilla-La Mancha este porcentaje se sitúa en el 11,6% y la provincia de Toledo en el 10,1%. En el CHT no se puede calcular, pero nuestra tasa de cobertura sería incluso superior al 100%, al incluir a profesionales de bolsa de trabajo, en período de formación –docencia MIR y EIR- y de otros centros sanitarios.
- En España **el número de horas dedicadas a la formación** se reduce respecto a 2007, pasa de 28 horas de media en 2007 a 27 horas en 2008. Si dividimos las 100.241 horas de formación organizadas entre 3.345 profesionales (incluidos residentes), obtenemos una media de 29,97 horas de media en 2009 en el CHT.
- Durante el año 2008, el 17,5% de los **trabajadores participantes que ha realizado más de una actividad formativa** a nivel nacional. En el CHT 43,3% de los profesionales ha realizado más de una actividad formativa interna en 2009.
- En 2008, **la participación en acciones formativas relacionadas con la prevención de riesgos y la salud en el trabajo** ha sido de un 17% de los participantes formados en España en dicho año. En el CHT ha participado un 20,65% del total de participantes formados en 2009 (13,96% del total de la plantilla).
- **Estacionalidad de la formación**. Los períodos de mayor formación son el final del primer y segundo semestre, con un mayor peso del último trimestre del año. La formación en el CHT también sigue un perfil de organización y de asistencia estacional, con una mayor actividad en el primer semestre, un descenso más pronunciado en los meses de junio a septiembre y un tercer trimestre con alta participación, siendo más baja en diciembre en el CHT que el resto de España (ver apartado 3.5).

En la última **Encuesta de Formación Profesional Continuada del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales**[19]**,** realizada durante los años 2006 y 2007, con datos del año 2005, destaca la siguiente información:

- En el año 2005 la **media de horas por participante** era del 36,4, con un **porcentaje de horas de cursos dentro de la jornada laboral** del 70,6%. En el CHT, año 2009, la media de horas por participante es de 29,97 horas de media, y el porcentaje de horas dentro de la jornada laboral es de 19,79% sobre el total de horas organizadas (19.841 / 100.421 * 100).
- El **coste medio por trabajador** a nivel nacional es de 509 €, el **coste medio por participante** es de 1003 € y el **porcentaje sobre el coste laboral total de las empresas que proporcionan cursos de formación** es del 1,7%. En el CHT, el coste medio por trabajador incluidos residentes es de 206 €, sin incluir residentes es de 222 €. El coste medio

por participante es de 304 €, y el porcentaje sobre el coste laboral total de la empresa (utilizando similar metodología de cálculo) es del 3,9%.

Se ha celebrado en 2010 un **Encuentro de Directores de Formación**, organizado por EXPANSIÓN con la colaboración de Manpower, Fundación Tripartita, Avanzo y el Instituto Madrileño de Formación (IMF). Entre los ponentes, Carlos Gómez, director gerente de Fundación Tripartita, asegura que lo que se necesita mejorar en la formación española es el impacto y la empleabilidad. «El impacto se entiende como mejorar el trabajo día a día mediante el aprendizaje y, por empleabilidad, sería la disposición que tenga el trabajador respecto a los cambios tecnológicos». El directivo explica que el 52% de los empleados en Alemania recibe formación cada año, mientras que apenas un 32% de los empleados en España se actualiza en el mismo período de tiempo. El tiempo que invierten las empresas para formar a sus trabajadores por año asciende a 31 horas. El gasto promedio por empleado llega a los 370 euros en el mismo lapso de tiempo. Además, ha subido la opción de formar a los trabajadores por medio de cursos gratuitos en Internet. José Ángel Fernández, director de la Universidad Corporativa del Grupo Gas Natural-Unión Fenosa, comenta que la formación es una herramienta importante en la compañía; «por tal razón, el gasto promedio en formación del grupo, por empleado, se sitúa en los 500 euros por año».

En el documento de marzo de 2010 **"Futuro de la Oficina de Farmacia. Años 2010-2014"** [12], del libro elaborado por el Colegio Oficial de Farmacéuticos, con participación de Adefarma (Asociación de Empresarios de Farmacia de Madrid) recoge que el gasto por formación por sectores productivos, comparada con la industria farmacéutica y la oficina de farmacia en 2008 ha sido: media intersectorial 104,49 €, industria 129.07 €, construcción 49,16 €, servicios 108,53 €, oficinas de farmacia 315,08 € industria farmacéutica 880,11 €. Recordemos que en el CHT, el coste medio por trabajador incluidos residentes es de 206 €, sin incluir residentes es de 222 € (duplicando la inversión en FC sobre la media intersectorial).

4.4 FORMACIÓN CONTINUADA EN EUROPA

El Cedefop (European Centre for the Development of Vocational Training) es la agencia comunitaria encargada de fomentar el desarrollo de la formación profesional –FP- en la Unión Europea. Es un centro de conocimiento experto que apoya el desarrollo de la FP y la formulación de políticas basadas en datos objetivos. Ofrece asesoramiento, estudios, análisis e información y estimula la cooperación europea y el aprendizaje mutuo. Sus redes le permiten mantenerse al corriente de los últimos avances. El Cedefop coopera estrechamente con la Comisión Europea, los gobiernos, los representantes de las organizaciones empresariales y sindicales y los investigadores y profesionales, a los cuales facilita información actualizada sobre la evolución, la experiencia y la innovación en materia de FP, además de ofrecerse como foro para el debate político. El Cedefop comparte sus conocimientos a través de publicaciones electrónicas[27,28,29,30,31] e impresas, conferencias y grupos de trabajo.

La Encuesta Europea de Formación Profesional Continua[28,30] (EFPC) es la única fuente de datos comparables de ámbito europeo sobre el volumen, contenido, coste y gestión de la formación en la empresa. La tercera encuesta se envió a empresas europeas de 10 o más trabajadores repartidas por todos los sectores económicos (salvo la agricultura, la pesca, la minería, las administraciones públicas, sanidad, la educación y el servicio doméstico). Aunque se ha publicado en el año 2010, la tercera encuesta se envió en 2005 y se compara con la anterior encuesta de 1999. Podemos destacar la siguiente información de la misma:

- Todo el mundo considera que la formación continua es positiva, por no decir esencial, sobre todo la proporcionada por los empresarios. Los estudios demuestran que aumenta la productividad y fomenta la innovación, contribuyendo así a mejorar la competitividad, la cuota de mercado y la rentabilidad.

- Las últimas previsiones indican que en 2020 se habrán creado 8,5 millones de puestos de trabajo en Europa, la mayoría de ellos en profesiones con una elevada exigencia de conocimientos y competencias[29]. Sin embargo, a pesar de esta tendencia, las empresas europeas se han estancado en la formación continua de sus empleados entre 1999 y 2005, según las últimas cifras de la tercera encuesta sobre formación profesional continua (EFPC). Un aspecto preocupante es que, estas cifras son las más recientes de que disponemos y la encuesta se realizó hace cinco años en un momento de auge económico.

- Si las empresas no realizan una fuerte inversión en sus recursos humanos cuando las cosas van bien, cabe imaginar que mucho menos lo harán cuando vayan mal... como ahora. Las empresas europeas gastaron menos en formación continua en 2005 que en 1999, especialmente en Italia, los Países Bajos, Finlandia y Suecia (si bien el nivel de gasto de estos tres últimos países fue bastante elevado en 1999). En total, las empresas europeas recortaron más de un 25 % el gasto en formación por empleado. El nivel de gasto bajó un 45% en Grecia y un 57 % en Letonia. El incremento registrado en casi todos los nuevos Estados miembros no pudo frenar la caída de la inversión en formación, ya que su cifra total sigue siendo muy baja en comparación con los miembros más antiguos de la Unión Europea. La prestación se mide en función de la «medida de la superficie del resultado total» (SMOP, por sus siglas en inglés), un indicador que combina los cuatro aspectos siguientes de la formación continua:
  - ✓ **Incidencia (Incidence)**: número de empresas que imparten algún tipo de formación continua;
  - ✓ **Participación (Participation)**: número de empleados que participan en los cursos de formación continua de las empresas (en porcentaje);
  - ✓ **Intensidad (Intensity)**: número total de horas de cursos de formación continua por cada 1.000 horas de trabajo;
  - ✓ **Gasto (TME)**[15,16]: costes totales de los cursos de formación continua en proporción de los costes laborales totales. (Los costes totales incluyen los costes directos de la organización y asistencia a los cursos de formación más las aportaciones realizadas a fondos de formación, menos el dinero recibido de estos fondos.)

Así pues, la prestación se mide comparando el país con mejores resultados en cada uno de estos aspectos durante 1999 (Difference). A continuación presentamos una tabla de elaboración propia para comparar el máximo valor en Europa, España y el Complejo Hospitalario de Toledo:

Indicador	Máximo en Europa	España	C. H. Toledo
Incidencia	78	47	No valorable
Participación	59%	33%	72% *
Intensidad	10	5	19.72
Gasto TME	1,7%	0,6%	3,9% **

* *Calculado a partir de 100.254 horas de formación/5.081 horas trabajadas en miles (estimando un promedio de 1519 horas anuales).*

** *No se pueden añadir aportaciones por fondo de formación y permisos retribuidos con cargo a fondos de formación, al proceder íntegramente el presupuesto de la Administración Regional.*

La información europea completa[29] se detalla en la siguiente tabla adjunta:

ENCUESTA EUROPEA DE FORMACIÓN PROFESIONAL CONTINUA -EFPC-
Informe CEDEFOP "Employer-provided vocational training in Europe"
Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010

Table 1 **CVTS3 results for incidence, participation, intensity and TME**

2005	Incidence	Difference (a)	Participation	Difference (a)	Intensity	Difference	TME	Difference (a)
BE	63	-7	40	-1	9	1	0.6	-0.1
BG	29	1	15	2	3	0	0.7	0.0
CZ	72	3	59	17	8	2	0.9	-0.2
DK	85		35		9		1.7	
DE	69	-6	30	-2	6	1	0.6	-0.2
EE	67	4	24	5	4	1	1.0	-0.3
EL	21	3	14	-1	2	-1	0.3	-0.2
ES	47	11	33	8	5	-1	0.6	0.0
FR	74	-2	46	0	8	-2	1.4	0.2
IT	32	8	29	3	5	0	0.6	-0.5
CY	51		30		4		0.9	
LV	36	-17	11	-1	2	0	0.5	0.3
LT	46	3	15	5	3	1	0.7	0.2
LU	72	1	49	13	9	1	0.8	-0.1
HU	49	12	16	4	3	0		
MT	46		32		7		0.9	
NL	75	-13	34	-7	8	-3	1.0	-0.7
AT	81		33	2	5	0	0.8	0.0
PL	35	-4	21	5	4	2	0.7	0.2
PT	44	22	28	11	4	0	0.5	-0.1
RO	40	29	17	9	3	1	0.7	0.4
SI	72	24	50	18	8	4	0.9	0.2
SK	60		38		7		0.8	
FI	77	-5	39	-11	6	-5	0.8	-0.5
SE	78	-13	46	-15	10	-2	0.9	-0.6

(a) Value difference between 1999 and 2005 in percentage points.

NB: Norway and the UK are excluded for CVTS3 because of limited comparability.
Denmark is excluded for CVTS2 because of limited comparability.
Austria is excluded for CVTS2 because of limited comparability due to underestimation of 'other forms'.
Hungary is excluded for TME since the cost data for some sectors were outside any reasonable ranges.
Poland covered only the Pomorskie region in CVTS2.
For Ireland CVTS3 data were not available.
Cyprus, Malta and Slovakia took part only in CVTS3.

Source: Eurostat, CVTS3, date of extraction 7.4.2008 and 20.11.2008; BIBB calculations.

El informe Cedefop[29,30] concluye: "*Desde la perspectiva de la reglamentación, la encuesta señala que puede haber llegado el momento de replantearse las estrategias de fomento en empresas de la formación continua y del aprendizaje a lo largo de la vida.*

Un aspecto fundamental es el alto porcentaje de empresas que no ofrecen formación pese a la clarísima tendencia a la creación de puestos de trabajo con mayor exigencia de conocimientos y competencias y al envejecimiento de la población activa. Las empresas de todos los tamaños y de todos los sectores necesitan conocer mucho mejor las competencias que necesitan. Incluso entre ***las empresas que proporcionan formación, sólo el 26 % evalúan sus necesidades de competencias para el futuro****. Las empresas necesitan herramientas eficaces para preveer con mayor frecuencia y precisión las competencias que necesitarán.*

La encuesta de 2005 es una clara indicación de que los argumentos a favor de la formación continua y sus beneficios, aunque son sólidos, han de ser más claros y convincentes. Para ello podría ser útil enseñar a las empresas a valorar sus propias necesidades de competencias.

Además, es preciso afinar mejor los incentivos para fomentar la formación, con el fin de salvar los obstáculos que frenan la inversión en formación, especialmente por parte de las pequeñas empresas."

Pero para finalizar el balance de la situación de la Formación Continuada, no nos debemos centrar exclusivamente en nuestro Proceso de FC. Periódicamente hacemos un análisis del contexto en el que nos encontramos inmersos, con el objetivo de identificar tanto oportunidades de mejora como retos de futuro que se puedan plantear, para actuar de una forma proactiva.

5.- ANALISIS DE CONTEXTO

5.1 APROXIMACIÓN A LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, EL CAPITAL INTELECTUAL Y LAS COMPETENCIAS EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

Actualmente se habla de conceptos como gestión del conocimiento, capital intelectual y competencia profesional[2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,13,18,23,32], pero si hacemos una breve reseña histórica, la humanidad se ha caracterizado por épocas de relativa tranquilidad en las que la sociedad ha evolucionado lentamente y otras de grandes cambios en las que ha vivido inmersa en una revolución. Según los autores que revisemos, pueden dividir la evolución de la humanidad entre tres y seis etapas. John Naisbitt (1983) considera tres tipos básicos de sociedades: agraria, industrial y del conocimiento. Boart (2001) identifica cinco tipos de sociedad: nómada, agraria, mercantil, industrial, y del conocimiento. Wiig (1997) identifica seis etapas: agraria, de recursos materiales, industrial, de los productos, de la información y del conocimiento. Recordemos una cita de Jeremy Rifkin (ex secretario de trabajo con Bill Clinton): *"En este siglo, menos de un cinco por ciento de la población producirá los bienes y servicios que consuma el resto, así que no necesitamos una fuerza laboral masiva"*

De lo que no parece haber duda es que actualmente nos encontramos en la sociedad del conocimiento. El conocimiento y su transferencia se consideran como el principal recurso estratégico de las organizaciones. En un entorno que cambia continua y rápidamente, el potencial del conocimiento no reside sólo en la capacidad para generar ventaja competitiva. La disposición de recursos intelectuales superiores y competencias específicas permiten a una organización explotar mejor sus recursos, incluso cuando éstos no son exclusivos. Por ello, el conocimiento se constituye en el recurso estratégico más importante.

Aunque la **gestión del conocimiento** no es una disciplina nueva[7], actualmente hay dos tendencias en la gestión del conocimiento. De un lado están las organizaciones que se centran en el conocimiento tácito, centradas en la gestión de personas o recursos humanos y de su capacidad. De otro lado están las organizaciones que lo hacen en el conocimiento explícito, centradas en las tecnologías de la información, como un producto. Probablemente, lo más adecuado sea buscar un equilibrio entre ambas, especialmente en el sector sanitario en el que tenemos que conjugar la aportación de las tecnologías de la información a las personas que gestionan esa información en la prestación sanitaria directa al paciente, a la familia y a la sociedad en su conjunto.

En la organización, una vez que se ha creado conocimiento, debe codificarse para que resulte accesible y comprensible a todos los miembros de la organización que lo requieran. Actualmente resulta imprescindible utilizar las nuevas tecnologías para la codificación del conocimiento. En las organizaciones se genera gran cantidad de información, pero realmente se genera poco conocimiento útil y relevante. A eso hay que añadir la dificultad de compartirlo para conseguir el siguiente objetivo, que es la transferencia del conocimiento generado.

Pero si este proceso es complicado, en ocasiones, no debemos olvidar el fin último que es la asimilación de la persona a la que va dirigido y su implementación, ya que las personas comprenden y asimilan nuevos conocimientos, pero con frecuencia no lo ponen en práctica por diversos motivos. Recordando a Aristóteles, "*La inteligencia consiste no solo en tener el conocimiento sino también en la destreza de aplicarlo en la práctica*". Si no realizamos ese ejercicio cíclico de retroalimentación o feed-back, perdemos la esencia de crear conocimiento explícito y de la reversión de ese conocimiento explícito a tácito dentro de la organización y de los individuos, y viceversa. Las transferencias de conocimiento se han convertido ya en el

complemento indispensable de los tradicionales motores de la mundialización basados en los flujos materiales y de capital.

Por otra parte, recientemente ha surgido un nuevo paradigma en la dirección y gestión estratégica de las organizaciones, que se centra en las competencias, capacidades y habilidades, como recursos estratégicos en base a los cuales sustentar la consecución de una ventaja competitiva sostenible. El concepto de **Competencia Profesional**[5,10,18] emergió en los años ochenta como alternativa atractiva para impulsar la formación en una dirección que armonice las necesidades de las personas, las empresas y la sociedad en general. El modelo de relaciones líneales ciencia-tecnología-organización-competitividad de los años sesenta se modifica. La sinergia entre organización e innovación se asienta en los años ochenta ya no solo sobre el plano tecnológico, sino también en el plano organizativo y, en consecuencia, de sus empleos. La asunción por parte del ámbito de la docencia y la FC de los nuevos cambios y demandas ha requerido un período de maduración. Los nuevos procesos formativos basados en competencias no sólo transmiten saberes y destrezas manuales, sino que toman en cuenta otras dimensiones y contemplan los aspectos culturales, sociales y actitudinales que tienen relación con las capacidades de las personas. El enfoque de Competencia Profesional ha traído consigo, un replanteamiento en la concepción de la formación que ha supuesto importantes novedades pedagógicas, pero su repercusión no se detiene ahí, afecta igualmente a la configuración de la oferta educativa (docencia) y de la FC en sí misma, a su estructuración y al planteamiento operativo.

Los sistemas basados en Competencias Profesionales se articulan en torno a tres sistemas instrumentales o componentes clave: (1) Sistema de normalización de las Competencias, (2) Sistema de evaluación y certificación de las Competencias y (3) Sistema de Formación basado en Competencias. A partir de la competencia se configura el perfil, en base al cual estructurando los itinerarios formativos que capacitan para el desempeño en el perfil, tanto en qué tiene que saber, qué tiene que saber hacer y cómo tiene que saber estar y actuar.

Otro término de reciente utilización es el **Capital Intelectual**[7,8] que, en última instancia, haría referencia a aquellos activos intangibles de la organización que generan riqueza o que potencialmente pueden generarla. Uno de los indicadores más relevantes de la intensidad del conocimiento en la actividad económica de las empresas es el diferencial existente entre el valor contable de los recursos propios de una empresa y su valor real de mercado (ratio book-to–market). Se trata por tanto de un “capital” no medido ni informado, pero con un valor real, aunque estos activos son difíciles de identificar y de medir. En las últimas décadas se han hecho intentos por medir estos activos, dando paso al nacimiento y desarrollo de modelos de medición para estos recursos. A mediados de los ochenta, aparece la Teoría de Recursos y Capacidades, que se centra en analizar los recursos y las capacidades de las organizaciones como base para la formulación de la estrategia. En los últimos años se han definido varios modelos para medir el capital intelectual, que se pueden agrupan en tres enfoques: (1) Enfoque financiero administrativo (1992-2001), de clara influencia contable y que se inició con el Informe Skandian. (2) Enfoque estratégico corporativo (1997-2001) y el tercero (2000-actualidad), enfoque social evolutivo. Diversos autores hablan del capital intelectual en términos de valor o lo que en términos contables serían los activos intangibles (capital humano, estructural y relacional), en contraposición con a los tangibles (elementos físicos y financieros). En las organizaciones sanitarias, los activos intangibles[22] en general tienen mucho más valor que los tangibles; por lo tanto, su valoración y gestión son esenciales para la viabilidad de la futura organización. Cada centro sanitario debe definir los indicadores de gestión de conocimiento (valores intangibles) que debe incluir en el cuadro de mando, para seguir la evolución de la organización en el tiempo, tomar decisiones para guiarla en su estrategia y permitir el Benchmaking.

5.2 ASPECTOS DE LA SOCIOLOGÍA DE SALUD

Sin extenderme más sobre las tendencias en gestión del conocimiento, competencia profesional y capital intelectual, me gustaría realizar también revisar algunos aspectos sociológicos y cambios producidos en los últimos años en el paciente-familia y profesionales sanitarios.

Todo cambio social o cultural, representa una transformación en la estructura social y en las relaciones entre los individuos. Las sociedades contemporáneas se caracterizan, precisamente, por cambios acelerados en la estructura de las relaciones interpersonales que se producen cuando los valores y las creencias dejan de ser compatibles con las necesidades sociales.

El informe al Consejo Europeo del Grupo de Reflexión sobre el futuro de la Unión Europea (EU)[17], coordinado por Felipe González, describe el **desafío de la demografía: el envejecimiento, la migración y la integración**. La conjunción del envejecimiento de la población y de la contracción de la fuerza de trabajo interna va a acarrear a Europa consecuencias drásticas. Si no se toman medidas, se traducirá en una presión insostenible sobre los sistemas de pensiones, de sanidad y de protección social, y en unos resultados negativos para el crecimiento económico y la fiscalidad. Si Europa se toma en serio el tránsito a una sociedad del conocimiento, los esfuerzos por mejorar la eficiencia económica y elevar las capacidades de la población existente deben completarse con medidas activas para hacer frente a este desafío demográfico. Lo que no es menos importante, debe incluir un esfuerzo concertado para hacer de la UE un destino atractivo para los inmigrantes. Sin la migración, la UE sería incapaz de hacer frente a la escasez futura de mano de obra y de capacidades. Quedaría asimismo mermada su diversidad cultural y experimentación, requisitos indispensables de la creatividad y la innovación.

El **paciente**: En la actualidad, con la mayor difusión del conocimiento y la secularización de la sociedad, el paciente ha comenzado a abandonar su actitud pasiva, con un mayor porcentaje de personas que han cambiado el orden de sus valores hacia la toma de decisiones más responsables, pasando del paciente pasivo al paciente informado y consecuente. Algunos autores indican que también se ha producido un cambio de paciente a usuario con parte activa en el proceso asistencial y, en algunos países, incluso en la toma de decisiones en el Gobierno Clínico[23,32,]. El paso de paciente pasivo a usuario, con actitud activa, se pone de manifiesto en tres tipos de conductas: reivindica sus derechos, juzga la calidad de la atención y demanda mayores cotas de participación.

La **familia**: Tradicionalmente la familia ha sido una fuente importantísima de cuidados informales en los procesos de salud y enfermedad. Sin embargo, con los cambios demográficos y de funcionamiento que está experimentando, parece difícil que pueda asumir de cara al futuro su labor cuidadora. Los ***cambios a nivel demográfico*** se puede resumir en: reducción del número de matrimonios, mayor edad para contraer matrimonio, retraso en la edad de tener hijos, disminución de la natalidad, el divorcio y nuevas formas de convivencia o alternativas a la familia, aumento de los núcleos unipersonales, envejecimiento de la población, cronicidad (que están produciendo una mayor demanda asistencial con una disminución de la oferta de cuidadores en el seno de la familia). Entre los ***cambios en el funcionamiento de la familia*** nos encontramos: la distancia y movilidad geográfica por condiciones laborales o de vivienda, que separa muchos miembros familiares. Los cambios laborales y de rol de la mujer en la sociedad actual, hace que el tradicional papel cuidador informal de la mujer, sea cada vez difícil que se asuma dentro de la familia. Otro factor importante que dificulta la asunción del cuidado por parte de la familia es la ***tendencia al individualismo y hedonismo*** de las generaciones más jóvenes, actitudes que debilitan los lazos intergeneracionales. No obstante, los servicios sociales impulsados por ***la Ley de Dependencia*** ofrecen grandes oportunidades, aunque ha coincidido con la crisis económica. Se esperaba la creación de más de 260.000 empleos directos en 2010 y se calculó que unas 115.000 personas podrían dejar los cuidados familiares en casa, mujeres mayores en su

mayoría, y salir al mercado laboral. En la actualidad se estima que el 57% de las personas dependientes están siendo atendidas en casa por un familiar con una ayuda económica, mientras quedan vacías 42.000 plazas en residencias geriátricas.

Los **cambios en la práctica médica**: Los cambios en las relaciones médico-paciente y en la organización social de la práctica médica la podemos agrupar en tres áreas: la relación médico-paciente, en las transformaciones laborales y de la autonomía profesional y en la segmentación o fenómeno de la especialización médica.

- Tradicionalmente existía una relación médico-paciente paternalista, con una relación asimétrica que se está reduciendo con gran celeridad, donde los pacientes cada vez sienten menos obstáculos para cuestionar la conducta profesional de los profesionales médicos, con una "democratización" del conocimiento especializado, favoreciendo el cambio en el modelo tradicional de relación médico-paciente (se reconocen los derechos del paciente a ser escuchado, comprendido e informado para la toma de sus propias decisiones, en una relación que debe convertirse en negociadora basada en los derechos humanos y en la ética, es decir, en el profesionalismo).
- Desde el campo de la sociología de las profesiones se ha estudiado la transformación laboral y de autonomía profesional del médico: paso de una profesión liberal hacia un modelo asalariado, la especialización y subespecialización debida a la complejidad de la medicina actual, y la pérdida de autonomía profesional (control del ejercicio profesional a través de la eficacia clínica, la medicina basada en la evidencia, protocolos y guías de práctica clínica, etc.).También hay que destacar la feminización de la medicina, con algunos estudios que analizan aspectos positivos (mayor capacidad de escucha y sensibilidad hacia al paciente, mayor búsqueda de equilibrio entre la vida profesional y familiar, rechazo al pluriempleo, mayor actitud hacia el trabajo en equipo y multidisciplinar) y aspectos negativos (estrés por conflictos entre el rol profesional y personal, elección de determinadas especialidades en detrimento de otras, así como menor participación en estudios postdoctorales e investigación científica).
- Los cambios en los planes de estudio en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) que, por tener una directiva comunitaria específica, los estudios de Medicina son una excepción, puesto que mantienen la duración de seis años con 360 créditos, estando actualmente pendiente de plasmar si los 360 créditos del grado dan acceso directo al título de Máster. La adaptación al Plan Bolonia para la armonización europea no pretende un cambio de asignaturas, prácticas o créditos, sino qué nuevos conocimientos o nuevas metodologías, en las que los aspectos prácticos tienen un mayor protagonismo. Por otra parte, también está pendiente de definir la formación postgrado a través de la troncalidad. El Ministerio de Sanidad ultima el nuevo decreto que modificará un sistema que lleva más de treinta años en vigor y que funciona bien. El Ministerio de Sanidad está trabajando actualmente para que esté activo en 2012 y el cambio fundamental afecta a la estructura básica del modelo formativo ya que incluirá dos años de formación común para casi todas las especialidades, que se escogerán (y aquí el cambio) al finalizar esos dos años. Además, será necesario realizar un segundo examen para acceder a la misma.

Los **cambios en la práctica de enfermería**: Desde 1977 que se estrenó la formación universitaria, el desarrollo educativo y profesional que han sufrido las diplomaturas universitarias sanitarias en los últimos años, especialmente la enfermera, ha potenciado sus capacidades y transformado sus objetivos, tanto a nivel asistencial como docente, investigador y de gestión. En los últimos meses se están produciendo algunos cambios en España, al igual en que en otros sistemas sanitarios avanzados, en la definición del papel de las enfermeras en la práctica asistencial. En el Reino Unido[3] las enfermeras realizan endoscopias digestivas y según dos estudios publicados en el British Medical Journal, que han analizado las endoscopias hechas desde 2002, demuestran que no hay diferencias relevantes entre las endoscopias hechas por

médicos y enfermeras. Al igual que otros países, la Ley 28/2009 de Garantía y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios –"ley del medicamento"- *establece la prescripción enfermera en el artículo 77.1: "…los enfermeros, de forma autónoma, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación (bajo acreditación oficial como enfermero prescriptor)*

El Gobierno regulará la indicación, uso y autorización de dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica por los enfermeros, en el marco de los principios de la atención integral de salud y para la continuidad asistencial, mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, de elaboración conjunta, acordados con las organizaciones colegiales de médicos y enfermeros y validados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud…".

En los últimos seis años, la enfermería ha conseguido la plena autonomía profesional, la definición de todas sus competencias, la conversión de sus estudios universitarios en un grado de cuatro años de duración y 240 créditos (ratificado por la Audiencia Nacional) dentro del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), la aprobación de las especialidades enfermeras y los planes de estudio de cuatro de ellas (Matronas, Salud Mental, Enfermería del Trabajo y Geriatría).

5.3 PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el ámbito sanitario, la gestión del conocimiento explícito tiene bastantes años de tradición. La producción científica de información en ciencias de la salud ha sido y continúa siendo importantísima en términos cuantitativos (cientos de miles de artículos publicados anualmente)[2]. Durante décadas se ha generado gran cantidad de información en las ciencias de la salud, junto a un enfoque de la formación profesional y continuada, basada en memorizar y reproducir información. La información proveniente de la investigación (evidencia científica) se utilizaba con la ayuda de bases de datos bibliográficas. **La Medicina Basada en la Evidencia (MBE)** intentó integrar la evidencia científica en la práctica médica y se empezaron a utilizar otras herramientas de síntesis, resumen y selección *(ej: revistas de resúmenes, ACP Journal Club, Evidence-Based Medicine, Cochrane Library, Evidence based medicine Reviews –Ovid-, Guías de práctica clínica, UptoDate, Clinical Evidence, Nacional Library for Health, etc.).* Desde 1992, la MBE incorporó dos principios fundamentales: La evidencia científica por sí sola nunca es suficiente para tomar una decisión clínica y que la MBE postula una jerarquía de la evidencia para guiar la toma de decisiones clínicas. La Medicina Basada en la Evidencia *(evidence based medicine)*, o el término más reciente (**práctica clínica basada en la evidencia**) ha ido evolucionando estos últimos años. La práctica de la medicina basada en la evidencia integra la experiencia clínica individual (conocimiento tácito) con la mejor evidencia clínica (conocimiento explícito) generada a partir de la investigación sistémica. Pero esta evidencia no es suficiente; además debe estar relacionada con la situación clínica del paciente individual y de los valores del paciente, para analizar las diferentes alternativas en la toma de una decisión o práctica clínica de calidad y con seguridad hacia el paciente.

Para contribuir con las bases de datos y la evidencia científica, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha ha creado el Portal de acceso a la Biblioteca Digital del Sescam (e-biblioteca), tanto para el acceso directo a una importante colección de publicaciones a texto completo disponibles en formato electrónico *(American Medical Association –AMA-, British Medical Journal –BMJ-,Oxford University Press, Springer, Elsevier –ScienceDirect-, OVID, Doyma-Elsevier),* como para la gestión de solicitudes de búsqueda bibliográfica, préstamo interbibliotecario, bases de datos, fuentes de información, etc.

El interés por **la seguridad y los riesgos relacionados con la atención sanitaria** no es nuevo[25]. Efectos indeseables de los medicamentos, infecciones nosocomiales, complicaciones del curso clínico y errores diagnósticos y terapéuticos, forman parte de las preocupaciones diarias de los profesionales sanitarios. Sin embargo, el concepto de riesgo asistencial es impreciso e incluye cualquier situación o acto relacionado con la atención sanitaria recibida que puede tener consecuencias negativas para los pacientes. En diferentes estudios[26] de USA, Australia, Gran Bretaña, Dinamarca, Nueva Zelanda y Canadá la incidencia de efectos adversos en hospitales ha sido estimada entre un 4% y un 17%, de los que se han considerado evitables alrededor de un 50%. En España, el **estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización)** de 2005, informa sobre una incidencia de pacientes con efectos adversos en la Asistencia Hospitalaria del 9,3% si se incluye la pre-hospitalización. El **estudio APEAS (Estudio de Efectos Adversos en Atención Primaria en España**), de 2007, parte de la información de que la práctica clínica en Atención Primaria es razonablemente segura y los resultados obtenidos indica que un 10,11 por mil pacientes sufre algún efecto adverso; en un 11,18 por mil consultas acontece algún efecto adversos, de los que un 47,8% son debidos a efectos de medicación. En todo el ámbito nacional e internacional se han desarrollado diferentes experiencias en gestión de riesgos. De forma análoga, en Castilla-La Mancha se ha elaborado el **Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha[26].**

5.4 ENTORNO NORMATIVO

- Plan de Salud 2001-2010 de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha
- Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla- La Mancha
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud
- Ley 16/2003, de 28 mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General Sanidad
- Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud.
- Circular 1/2004 sobre asistencia a distintas actividades formativas por los profesionales de instituciones sanitarias del SESCAM
- Resolución 3-12-2004. Pacto sobre Selección de Personal Temporal de las Instituciones Sanitarias del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
- Orden 19-04-2000 de retribuciones de las actividades de formación de la Consejería de Sanidad
- Decreto 139/2008, de Estructura orgánica y competencias de la Consejería de Salud y Bienestar Social
- Ley 7/2007, de 12 de abril, por la que se aprueba el Estatuto Básico del Empleado Público.
- Decreto 24/2008, de 12 de febrero, de la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias
- Real Decreto 1142/2007, de la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Resolución de 17 de octubre de 2005, de la Secretaría General para la Administración Pública, por la que se ordena la publicación del IV Acuerdo de Formación Continua en las Administraciones Públicas.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

- Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.
- Plan Concilia JCCM: Plan para la conciliación de la vida familiar y laboral de las empleadas y empleados públicos de la administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Plan director de seguridad corporativa y de protección del patrimonio del SESCAM. Plan PERSEO.
- Reglamento Comisión de Formación Continuada del CHT.
- Acuerdo de la Subcomisión de Formación Continuada del INAP del CHT.
- Documentación Comisión Regional de Formación Continuada
- Acuerdos compensación horaria establecidos por las Direcciones del CHT.
- Plan anual de Formación Continuada del CHT.
- Contrato de Gestión del CHT.

5.5 TECNOLOGIA APLICADA A LA FORMACIÓN CONTINUADA

Nadie puede dudar a estas alturas del impacto que las nuevas tecnologías tienen en el área de la Salud. Complejos sistemas de gestión hospitalaria, sistemas de formación a distancia (e-learning) cada día más utilizados, quirófanos perfectamente equipados con las últimas tecnologías, telemedicina cada vez más integrada en la consulta como soporte al diagnóstico, transmisión de datos de facturación a través de medios telemáticos, historias clínicas informatizadas, seguimiento de pacientes a través de telefonía móvil, etc., son algunos de los ejemplos que nos podemos encontrar en un sector cada día más dependiente de las nuevas tecnologías y la comunicación.

Aunque pueda parecer que está ya todo inventado, no hay día en el cual no se descubra una nueva aplicación que permita al colectivo de la salud disfrutar de mejoras que hasta ahora no eran percibidas como necesarias de ser contagiadas por el mundo, o bien que se consideraban demasiado complejas o singulares como para poder ser integradas dentro del mundo de las nuevas tecnologías. De hecho, abren la posibilidad de prestación de atención sanitaria prescindiendo de dos dimensiones hasta ahora indispensables: el tiempo y el espacio. La implantación de nuevas TIC's nos permite prestar una asistencia sanitaria a distancia (teleasistencia) y sin necesidad de prestarla a tiempo real (asíncrona).

Pero, como en todo desarrollo, todo avanza y la innovación no se detiene: innovación en herramientas formativas, innovación en métodos educativos, innovación en la forma de interactuar con los alumnos, en definitiva innovación. Esta innovación en el área formativa se puede traducir en un salto cualitativo importante, donde no sólo tiene por objetivo que un alumno aprenda y se forme, a través de recibir información adaptada a tales fines, sino que podríamos asegurar que nos encontramos en disposición de poder ofrecer también una práctica y un entrenamiento que hasta ahora sólo se podía realizar a través de métodos presenciales. En la práctica clínica, de la correcta decisión en el diagnóstico y tratamiento que realiza un profesional sanitario, depende la vida o la calidad de vida de un paciente. En cuestión de minutos, a veces segundos, el profesional tiene que obtener la información de la anamnesis, procesarla y tomar decisiones que conllevan responsabilidades clínicas, sociales y económicas; así como realizar un tratamiento que requiere un aprendizaje. ¿Por qué no automatizar este conocimiento y enfrentar a los profesionales a procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos en pacientes virtuales para que puedan aprender, sin riesgos de sus errores para los pacientes reales? Pero, la implantación de **la simulación virtual** nos servirá no sólo para facilitar la **curva de aprendizaje** de nuestros profesionales, sino que nos puede servir para evaluar y/o mantener actualizados ciertos aspectos de la **competencia profesional**.

5.6 CAMBIOS EN EL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA (Contrato de Gestión del CHT 2010)

En último año se han producido algunos cambios estructurales y organizativos en el Sescam. En octubre de 2009 se nombra Director Gerente del Sescam a D. Ramón Gálvez Zaloña, hasta ese momento Director Gerente del Complejo Hospitalario de Toledo, de quien dependía directamente la Formación Continuada del CHT. El mismo mes, se nombra Directora General de Recursos Humanos del Sescam a Dña. María Esther Fernández González.

El Decreto 182/2009, de 01/12/2009, de modificación del Decreto 140/2008, de 9 de septiembre, de estructura orgánica y funciones de los Servicios Centrales y Periféricos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, establece que la Dirección General de Recursos Humanos desarrollará entre sus funciones la dirección y coordinación de la FC del personal del Sescam, dejando de estar vinculada a la Secretaría General a través el Coordinador de Formación Continuada, Docencia e Investigación.

A lo largo de estos meses se ha ido produciendo cambios que se han recogido en el Contrato de Gestión 2010, destacando algunos de los siguientes criterios y objetivos estratégicos:

- **Disminuir la variabilidad** innecesaria en la práctica clínica, eliminar las actividades repetitivas que no aportan valor al proceso y ser capaces de garantizar la Continuidad asistencial de los pacientes, independientemente del dispositivo en el que sea atendido en CLM (Introducir la Gestión por procesos como Sistema de gestión).
- **Equilibrar el sistema** de manera que aproximadamente un 80% de los procesos sean atendidos y resueltos en A.P. y la atención hospitalaria actué en el 20% restante (papel de interconsultores de los especialistas hospitalarios). **Aumentar la capacidad resolutiva de Atención Primaria:** Implantar sesiones clínicas primaria-hospitalaria e interconsultas docente-asistenciales.
- **Redefinir el papel de la enfermería.** Aumentar su capacidad resolutiva tanto en patología banal como en patologías crónicas cuyo tratamiento gira fundamentalmente en torno a la educación sanitaria (ej. Obesidad) y potenciando su papel como pivote en la asistencia domiciliaria, educación sanitaria.
- Avanzar, como elemento fundamental, en **la integración** de la atención sanitaria y social y la **comunicación** entre los profesionales. Aplicación de las **nuevas tecnologías** disponibles en CLM para disponer de forma instantánea de la información clínica del paciente allí donde sea necesaria.
- Avanzar paulatinamente en la **integración de los centros residenciales sociosanitarios** cuyo personal sanitario ha sido recientemente transferido al SESCAM.
- Implicación de los profesionales en el uso eficiente de los recursos asistenciales. Avanzar en el desarrollo y extensión de la **gestión clínica** como herramienta fundamental.
- **Desarrollar la estrategia de seguridad del paciente 2009-2012 en CLM.**
- **Fomentar una cultura de seguridad del paciente en la organización (directivos, profesionales y pacientes).** Dentro de este objetivo, priorizar actividades formativas dirigidas a los profesionales del centro en gestión de riesgos y mejora de prácticas seguras, Proyecto “Higiene de manos” y Proyecto “Bacteriemia Zero”.
- **Impulsar la investigación y la divulgación de resultados.** Promover el desarrollo de formación en metodología de investigación en ciencias de la salud y la participación de profesionales médicos y de enfermería.