

**POLÍTICA SANITÀRIA PER INFERMERIA
LIDERATGE INFERMER I CONTINUÏTAT DE
LES CURES A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA**

Autors:

Figueiras Novelle, Maria Guadalupe
Granollers Mercader, Sílvia
Llauradó Badia, María Dolores
Núñez Juárez, Esther
Oriach Alonso, Maria Rosa

Barcelona, desembre de 2006

Trabajo dirigido por el profesor: José Tejada

Comisión evaluadora

Montserrat Teixidor
Esteve Pont
Marisol Rodríguez
José Tejada

Presidenta
Secretario
Vocal
Vocal

Presentado en fecha: noviembre de 2006

Aceptado en fecha: diciembre de 2006

Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización expresa por parte de los autores.

Amb el nostre més profund agraïment a la Sra. Montserrat Teixidor, Directora de l'Escola Universitària d'Infermeria Santa Madrona, per tot el que ens ha ensenyat i pel que encara hem d'aprendre d'ella

I gràcies a totes les persones de l'Escola que van fer possible que el Màster en Administració i Gestió en Cures d'Infermeria fos un espai d'enriquiment personal i professional

ÍNDEX:

1. Introducció	pàg. 4
2. Marc teòric	pàg. 9
2.1. Institució	
2.2. Organització	
2.3. Lideratge	
2.4. Infermeria	
3. Hipòtesi i objectiu de l'estudi	pàg. 25
4. Metodologia	pàg. 27
4.1. Tipus d'estudi	
4.2. Població diana	
4.3. Instrument per a la recollida de dades	
4.4. Anàlisi estadístic	
5. Resultats	pàg. 30
6. Conclusions	pàg. 50
7. Bibliografia	pàg. 53

1. INTRODUCCIÓ:

A partir del DECRET 277/2001, de 23 d'octubre, pel qual es regulen les estructures de direcció, gestió i administració de les institucions sanitàries en l'àmbit de l'atenció primària (APS) de l'Institut Català de la Salut (ICS), desapareix el lideratge formal d'infermeria.

Aquest fet provoca un canvi fonamental en l'estil de les direccions infermeres de primària i un necessari ajust de les funcions i activitats desenvolupades per les Caps d'Infermeria fins aquell moment.

Per altra banda l'Institut Català de la Salut fidel a la missió de *desenvolupar una organització sanitària pública del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya que sigui referent i model de la provisió de serveis de salut a Catalunya* havia concretat aquesta missió en:

- Ser eina d'acció directa per a la implementació de la política sanitària.
- Donar cobertura a les necessitats de la població definides pel Servei Català de la Salut.
- Oferir i proveir atenció sanitària, docència i recerca amb la màxima qualitat i eficiència.
- Potenciar el desenvolupament professional i personal dels seus membres.

- Desenvolupar línies de serveis orientades d'acord amb les noves necessitats socials i oportunitats que la globalització del coneixement i de l'economia presenta.
- Aconseguir uns resultats econòmics que permetin la viabilitat i la sostenibilitat de l'ICS.

Aquests punts determinen el camí que ha de seguir l'ICS per arribar a la seva visió, es a dir, per arribar a la imatge de futur que desitja la organització. Es tracta, per tant, de saber a on es vol portar l'organització i com es vol que aquesta sigui vista pels seus clients i la societat en general.

Així doncs a l'any 2000 l'ICS elabora la seva visió de futur amb les característiques següents:

- Orientada a les persones a qui serveix i gaudeix de la seva confiança.
- Centrada en actuacions d'alta efectivitat tècnica i de servei.
- Innovadora i fonamentada en l'aprenentatge i la millora contínua.
- Amb processos senzills, ràpids, efectius i segurs.

D'acord amb aquests principis el comportament de les persones que treballen a l'ICS ha de regir-se per uns valors compartits per tots, coherents amb la nostra missió i amb els principis ètics de la societat a la qual serveix.

S'ha de tenir en compte que per arribar a aquest futur "somià", que ha de ser possible, palpable, compartit i assolible per qualsevol

dels membres de l'organització, s'ha d'elaborar una estratègia que permeti seleccionar les prioritats d'actuació, escollir els millors escenaris per desenvolupar la visió així com identificar els obstacles que puguin sorgir i que podrien impedir-la.

En aquest anàlisi eficaç de la missió de l'organització i en la seva fixació clara i visible es fonamenta la base del lideratge eficaç.

Segons Drucker el lideratge és un medi, és responsabilitat, és treball, crea energies humanes i objectius. Ara bé, per poder liderar s'ha de ser el responsable final.

El líder fixa metes i prioritats, estableix les normes i les manté. El líder també ha de tenir poder executiu per vetllar pels processos. I per vetllar per ells els ha de conèixer i per això qui ha de liderar el procés infermer és una infermera.

Segons la l'OMS, "la missió de la infermera és ajudar a les persones a determinar i aconseguir el seus potencials de salut, en les seves maneres de viure i en el medi ambient de treball. Les funcions principals de la infermera hauran de ser per tant, la promoció i el manteniment de la salut, la prevenció de la malaltia, el donar cures durant la malaltia i la rehabilitació i reinserció social".

L'especificitat de la infermera s'ha de definir segons un model conceptual propi que permet interpretar la realitat - cures, persona, salut i entorn - , des de la disciplina infermera. Aquest model propi constitueix el senyal d'identitat professional i marca la diferència amb altres disciplines.

La infermera ha d'assegurar una presència continua al llarg de la vida de la persona i ha de saber ajudar i acompanyar tant en situacions de benestar com de dolor, angoixa, incapacitat, dependència i mort.

La continuïtat de les cures, tant de manera longitudinal (des del naixement fins a la mort) com transversal, forma part de la seva especificitat i és un valor afegit dins de l'equip multidisciplinari.

Les necessitats i prioritats de les persones, de la societat, els moviments migratoris, la incorporació de noves tecnologies i l'avenç dels coneixements aplicats, exigeixen que s'imposin noves estratègies d'atenció compartida entre els diferents nivells assistencials.

Segons el Decret 81/85 sobre la reforma de l'atenció primària la infermera forma part de l'equip multidisciplinari, a on participa en les activitats curatives d'atenció individual, tant en el centre com en el domicili, en els programes de promoció de la salut, en els de prevenció de la malaltia, en l'educació per a la salut de forma grupal i comunitària i en la realització d'estudis epidemiològics i programes de recerca.

D'ençà l'acabament de la reforma de l'AP les infermeres suposen aproximadament el 50% del total de professionals sanitaris d'AP de l'ICS. En els darrers anys, a Catalunya, la professió infermera ha endegat un continuat procés d'evolució i redimensionament de les competències professionals, que a hores d'ara ja estan donant uns

resultats assistencials i de servei en benefici de la sanitat d'aquest país.

L'aportació específica de la infermera en el si de l'equip multidisciplinari ve definida pel desenvolupament del seu rol professional. De tota manera cal avançar en la implementació de les cures infermeres a tot el territori, en el seguiment d'aquest procés i en l'adequació del nombre d'infermeres d'acord a les necessitats de la població (envelliment, immigració, atenció domiciliària, necessitats de cures per etapes del cicle vital, situacions de dependència, nivells d'instrucció i socioeconòmics, etc). Per tant s'han d'incorporar totes aquelles formules organitzatives que permetin desenvolupar els serveis d'AP que necessita i demanda la població.

El lideratge infermer ha de fomentar la realització de les cures minimitzant els riscos i obstacles dels plans operatius i ajudar a l'equip infermer a avaluar les necessitats reals i potencials de la seva tasca professional. El lideratge infermer també ha de cercar alternatives de solució gremials e institucionals per generar treballs més productius i de qualitat dins del context cost benefici i la globalització de l'economia.

Per que tot això sigui possible es imprescindible la participació de les infermeres "gestores" a les taules de decisió. Elles han d'oferir les seves aportacions als planificadors sanitaris a partir d'un lideratge formal que garanteixi la continuïtat de les cures i la visió compartida.

2. MARC TEÒRIC:

2.1. Institució

La Missió del Servei Català de la Salut (SCS) es contribuir de manera decisiva al manteniment i millora de la salut de la població, oferint serveis de promoció de la salut i prevenció de la malaltia, així com de guariment, rehabilitació i reinserció. Això exigeix atorgar especial dedicació a les persones i grups socials més desfavorits, tant des del punt de vista de nivells de salut, com d'estatus socioeconòmic, procurant sempre oferir la màxima seguretat i confiança, accessibilitat i qualitat i un ús responsable de recursos.

En aquest context la experiència internacional ens diu que els eixos estratègics que estan donant millors resultats són dos. Per una banda fer de l'Atenció Primària el centre del sistema sanitari, i per altra desenvolupar els denominats sistemes integrats de salut que s'han posat en marxa en diferents països. Algunes característiques d'aquests sistemes integrats de salut són:

- Contractar serveis per a la salut de la població, no actuacions separades d'atenció sanitària
- Ser xarxes integrades de proveïdors que comparteixen els riscos i en els que l'Atenció Primària exerceix de porta d'entrada.
- Basar la seva activitat en guies de pràctica clínica, protocols, trajectòries clíniques i/o programes de cures.
- Utilitzar eines de coordinació de cures.

S'estima que l'Atenció Primària és , i ha de seguir sent, la porta d'entrada al sistema de salut, i que és en aquest nivell on s'entenen i s'atenen les necessitats dels pacients de forma global. Per això l'atenció primària s'està convertint en l'objectiu principal de varies de les reformes sanitàries en marxa. En general es considera que aquesta es la millor forma d'aconseguir els objectius per a la millora del rendiment dels serveis sanitaris, es a dir, els objectius d' equitat, accessibilitat, millora de la salut, efectivitat, eficiència i participació dels usuaris.

Una forma d'aconseguir els objectius és la implementació de guies i d'un seguit de mecanismes pel seu compliment. En aquest punt cal anotar que normalment qui realitza el seguiment dels pacients a través de tota la cadena de cures són infermeres amb preparació professional adequada. Elles son les que jutgen els incompliments dels plans o protocols i les que tenen autoritat per intervenir si els objectius dels plans es troben compromesos.

La organització sanitària integra els serveis infermers com un recurs del sistema amb capacitat per donar resposta a les necessitats de les persones i de la comunitat en el camp de les cures infermeres.

L'administració i gestió dels serveis de salut, partint d'un marc de referència conceptual, ha de permetre definir la delimitació de les prestacions de cures infermeres i ofertar el servei a partir d'instruments de sistematització de les cures.

2.2. Organització

Els sistemes i les organitzacions de salut s'estan enfrontant a notables canvis en el món occidental. Per damunt de conceptes com el país o la cultura, hi ha unes mateixes realitats que exigeixen examinar i renovar el sistema sencer.

Tant els procediments mèdics i quirúrgics com les noves tecnologies permeten la difusió ampla de tota la informació generada per la recerca. S'arriba a més i més gent i això provoca noves i majors demandes i per tant un augment dels costos sanitaris.

Actualment hi ha molts països que estan invertint en la millora de la salut. I de moment no hi ha cap quantitat econòmica que sembli suficient.

En contraposició també es constant l'augment del nombre de persones que es queden fora del sistema, així com d'altres que, a pesar de tot l'esforç, es quedaran sense rebre tractament en el moment oportú.

Aquest integrat sistema de salut és incapaç de produir tots els serveis que la gent necessita. La tendència es mou des de la dependència i des d'una direcció estricta cap a l'exercici de lliure elecció per part de les persones. Els serveis de salut es donen d'acord a les necessitats individuals, locals, regionals i nacionals.

La remodelació en matèria de salut significa que les velles jerarquies entre els professionals de la salut son refusades i es crida a l'especificitat professional i a la seva especialització. El contingut del lloc i les funcions ja no són definides per títols sinó per les condicions del professional i la renovació de competències concorda amb els requisits exigits. Als professionals se'ls demana diversitat de competències, sense necessitat de semblances entre ells. Les capacitats, el recurs intel·lectual de la organització, han de ser les adients i degudament invertides. Això requereix més i més atenció per part de l'administració. Present i futur van de la ma. Cada intervenció ha d'incloure la perspectiva d'una competència en augment. Aquesta es l'única forma de crear un futur i unes precondicions d'èxit en una organització on la protecció de la salut es basa en l'eficàcia i en la competència, i on el benestar i els objectius dels clients són mantinguts en ment.

En la protecció de la salut, on tot es fa amb les persones i entre les persones, una relació exitosa amb el client està basada en una bona interacció i col·laboració. El benestar i la seguretat del personal és el factor clau per una interacció exitosa. El lideratge, a través de les seves pròpies accions, ha de crear una cultura de la organització on el canvi plantegi no una amenaça, sinó la possibilitat de creixement i desenvolupament dels professionals. S'ajuda així al creixement dels recursos intel·lectuals de la organització i s'assegura el futur de la mateixa.

Tal i com s'ha comentat a l'inici les perspectives dels serveis de salut avui estan en un profund procés de canvi en tots els països del nostre entorn cultural. Les prestacions de salut de forma

progressiva hauran d'orientar-se a donar prioritat a les prestacions de cures i al manteniment de la salut (promoció de la salut) per respondre no només a les necessitats reals des d'una política de benestar social, sinó com instrument de control i reducció del cost dels serveis de salut.

Una organització ha de tenir clar que la estructura formal garanteix la incorporació de les demandes professionals que sorgeixen de la evolució disciplinar i dels requeriments socials per a la salut i el benestar de les persones.

La qüestió radica per tant en la necessitat d'una estructura de gestió de les cures infermeres en el sistema de salut. I s'ha d'avaluar des de la perspectiva de les necessitats socials de cures i des de la voluntat política de abordar-les dins del sistema sanitari de forma aliena a lluites corporatives dels diferents grups de pressió. Obviar aquest debat suposa mantenir per inèrcia un sistema de salut tradicional orientat principalment a donar prestacions a la malaltia. Aquesta última opció, orientada a l'atenció de la malaltia, és sens dubte la més factible a l'actualitat. S'obtenen resultats a curt termini tot i que condicionats per l'alt cost dels serveis de salut i per la implantació progressiva de sistemes de gestió econòmica on prima un sistema competitiu que desenvolupa programes d'autofinanciació i de compra de serveis. Si més no ha resultat de baixa eficàcia en els països del nostre entorn, per exemple, en el Regne Unit on actualment aquest model esta en profunda crisi.

Si bé és evident que l'evolució de les cures per la salut en la societat del benestar és un fet inqüestionable, l'augment demogràfic de la població de més edat, les incapacitats i minusvalies, les dependències i les demandes de qualitat de vida i salut segueixen sent un repte per als països industrialitzats. El grau de desenvolupament d'aquestes cures en l'àmbit comunitari dependrà de l'orientació de les polítiques de salut i de la capacitat de resposta professional de cadascun dels col·lectius responsables d'ella.

El marc de referència per l'administració de cures és el marc disciplinar infermer, ja que estableix una sistematització i uns procediments metodològics que garanteixen l'avaluació dels resultats.

2.3. Lideratge

Que s'entén per lideratge?

Liderar es el procés de dirigir e influir en les activitats laborals dels membres d'un grup.

Segons el Diccionari de la Llengua Espanyola (1986) el lideratge es defineix com "la direcció, jefatura o conducció d'un partit polític, d'un grup social o d'altra col·lectivitat.

Altres definicions indiquen que el lideratge és un intent d'influència interpersonal, dirigit a través del procés de comunicació, a la consecució d'una o varies metes.

El lideratge es un tema crucial avui en dia on les fronteres s'han obert al comerç global i on les organitzacions es troben en una constant lluita per ser cada vegada més competitives. Això ha generat que les persones que les conformen busquin ser més eficients i aptes i que el lideratge sigui la pedra clau del sistema.

El lideratge es important per la supervivència de qualsevol organització.

El líder ha de comprendre les tendències econòmiques i polítiques de l'entorn i el seu impacte en l'administració i en la estratègia de la organització. Ha de tenir capacitat per formular estratègies. Ha d'identificar els factors clau per a la implementació de canvis organitzacionals. Ha de fomentar una cultura de servei al client intern i extern de la institució o empresa. Ha de redisenyar processos, implementar l'aprenentatge organitzacional. Ha de saber autoavaluar-se per conèixer l'impacte dels seus estils de lideratge i ha d'identificar metes personals que millorin la qualitat de la seva contribució a la institució o empresa.

El líder ha de tenir caràcter de membre, es a dir, ha de pertànyer al grup que encapçala, compartint amb els altres membres els patrons culturals i significatius que existeixen.

Si un líder ha d'aconseguir eficaçment les metes que espera aconseguir, ha de tenir autoritat per actuar de manera que estimuli una resposta positiva d'aquells que treballen amb ell i una organització que operi conjuntament.

L'autoritat formal mitjançant líders formals ajuda a aconseguir la unitat necessària.

Les característiques que identifiquen al líder professional son les següents:

- Ha de tenir un marc de referència assentat en el coneixement científic que delimita el camp que lidera i s'ha d'adaptar als canvis derivats del nou coneixement de la seva àrea.
- Aporta el coneixement propi en favor del saber universalitzat i integra, en el camp de la infermeria, el coneixement d'altres disciplines de les ciències humanes i de la salut.
- Dirigeix el grup que lidera amb talent humà i capacitat crítica i reflexiva, adequant els perfils professional a la provisió del servei que cada cas requereix.
- Orienta els servei amb criteris d'eficiència i acceptabilitat social a les demandes i necessitats humanes.
- Potencia la recerca per a garantir l'oferta de prestacions de qualitat científico-tècnica i humana en el marc general del sistema de salut.
- Estableix comunicació i diàleg en l'entorn socio-sanitari potenciant l'acció interdisciplinària i la cooperació de les diferents forces i mitjans socials.

Diego Gràcia, expert en temes d'humanitats mèdiques, exposa que “el criteri bàsic per definir a un grup ocupacional com a professió no pot situar-se en la educació, ni en la llicència, ni tampoc en la existència o no de codis ètics, sinó en l'autonomia per fixar les pròpies normes i controlar el treball”.

Segons Fiedler lideratge és el poder atorgat pel lloc. És el grau en que el poder atorgat per un lloc (en oposició a altres fonts de poder, com personalitat o experiència) l'hi permet al líder aconseguir que els membres del grup segueixin les seves instruccions. Quan el lloc atorga al líder un poder dèbil, l'estructura de les tasques acaba sent poc clara i les relacions lider-membres són més aviat deficientes.

El líder influeix en el camí entre conducta i metes. Ho fa definint llocs i funcions, eliminant obstacles, integrant la participació dels membres del grup en l'establiment de metes, promovent la cohesió grupal i l'esforç en equip, incrementant les oportunitats de satisfacció personal en el desenvolupament laboral, reduint tensions i controls externs, fixant expectatives clares i fent tot el possible per satisfer les expectatives dels individus.

Els deures d'un líder inclouen dirigir la unitat com un tot i afrontar responsabilitats financeres, la gestió de recursos, la dotació i distribució del personal en aquelles activitats per a les quals han estat formats. El líder però es un membre amb poder de decisió.

Segons Peter Decker (1989) el paper del líder és un ingredient vital en la organització. És el seu element més significatiu. Sense els recursos de les accions del líder no s'arriba a cap resultat.

Segons Mintzberg (1973) la posició del líder requereix que sigui el dirigent. Aquest representa a la organització tan externa com internament. És responsable del ambient de la organització i del treball fet pel personal. Estableix connexions fora de la organització i, per tant, la manté viva en el desenvolupament social.

El lideratge és formal quan el líder es un representant legal de la organització i ha estat elegit per a aquest lloc en base a certes qualificacions.

Com activitats de direcció es consideren: delegar, guiar, aconsellar, avaluar, motivar i generar una adient comunicació en la cooperació amb els companys i amb els professionals des d'altres camps científics. També s'entén atendre als professionals i a aquells membres inexperts.

Per a l'administrador progressista el líder proporciona fets, idees que ajuden al grup professional a cobrar consciència de la seva capacitat per innovar i per generar un treball productiu. Es necessari que el líder conegui a fons el potencial i les característiques de les persones que treballen a les seves ordres i que percebi els problemes als que han de fer front, així com decidir si una determinada solució entra o no en la capacitat del grup.

S'atribueix al lideratge el maneig d'una cota de poder. En termes generals es pot dir que es líder el cap d'un partit polític o grup a qui se l'hi ha conferit una sèrie d'atributs i caràcters en funció de la finalitat que persegueix el grup que lidera. Això vol dir que és la persona o persones que tenen capacitat o poder per dur a terme certa acció. El diccionari ideològic de Casares defineix el poder com "facultat de fer alguna cosa. Domini, caporalia, jurisdicció. L'autorització que un dona a un altre per a que actuï per delegació. Reconeixement per altres d'una facultat".

Des d'aquesta definició i aplicant-la al camp de les cures infermeres es pot dir que el lideratge, entès com l'ús del poder, parteix d'unes premisses:

- a) El contingut d'allò que es lidera, les cures infermeres, és el camp del poder específic.
- b) La persona o grup que lidera, la gestora de les cures, és aquell al que se l'hi confereix la capacitat de fer-ho.
- c) El reconeixement per l'entorn del sistema de salut és la resposta a una necessitat de cures infermeres i expressada des del sistema social.

2.4. Infermeria

La infermeria es sense pal·liatiu una professió. Té tots els atributs propis de qualsevol professió. La denominació professional s'atorga

només a aquelles persones que havent aconseguit un elevat grau de preparació, competència i especialització, ofereixen un servei al públic, a una clientela. Així mateix, aquesta denominació confereix a les infermeres autoritat i reconeixement social.

Nombrosos autors han aportat idees sobre les professions i tots ells consideren imprescindible uns “requisits mínims” que han de complir totes aquelles activitats que volem denominar professions. Son:

- Una professió es una ocupació que desenvolupa una funció social
- L'exercici d'aquesta funció requereix un considerable grau d'habilitat
- Aquesta habilitat s'exerceix en situacions que no son rutinàries, sinó que en cada cas s'han d'abordar problemes nous en noves situacions
- Necessita un cos sistemàtic de coneixements que no s'adquireixen a través de l'experiència
- L'adquisició d'aquest cos de coneixements i el desenvolupament de les habilitats requereix un perllongat període d'ensenyança superior
- El període de formació i entrenament implica també la socialització dels candidats en els valors i la cultura de la professió
- Aquests valors tendeixen a centrar-se en l'interès del client i, a vegades, es fan públics en un codi ètic
- Es essencial que el professional tingui llibertat per a poder jutjar i decidir en cada moment

- Els integrants de la professió s'organitzen com a grup en front dels poders públics
- La duració de la formació professional, la seva responsabilitat i la dedicació al client es recompensen amb un alt prestigi social i una elevada remuneració.

El rol professional infermer inclou aspectes com el foment del compliment de les normes professionals i socials, la qualitat de l'atenció infermera, l'assessorament en la direcció de les institucions de salut i l'aportació del lideratge infermer. El rol corporatiu significa que les infermeres dirigents participen en les funcions empresarials de la organització, com la planificació estratègica, l'elaboració de polítiques i la gestió de recursos.

La infermeria és una part essencial en la globalitat dels serveis de salut. Quan els serveis canvien, ho fan també els seus diferents components. Anys enrera s'havia considerat la infermeria com un sector independent en el serveis sanitaris i el procés infermer havia estat percebut com un producte individual. Ara s'ha d'abandonar aquesta línia de pensament i examinar el procés com una operació conjunta de diferents professionals que tenen un objectiu comú que es el client. El treball en equip i la interacció del diferents professionals requereix claredat i una nova forma d'aprenentatge. Així la comunicació i cooperació no queden restringides a una única professió sinó que s'estenen a diversos camps científics recolzant al personal, i en certa forma, als nous professionals.

El responsable d'infermeria és la figura que recull les condicions i el sentit en que s'han de produir canvis, i és també el punt de vista

institucional, un referent d'imatge per als restants col·lectius implicats en la Sanitat. Es a dir, pot incidir tant en el funcionament qualitatiu dels centres com en la potenciació professional de la infermera en qualsevol camp d'actuació i de recerca. (Teixidor, 1990)

Els professionals d'infermeria són experts en la integritat del tractament i, en el seu treball diari, han après a contemplar al pacient com un individu únic i complert que està estretament relacionat amb la seva família i amb el seu entorn. Les organitzacions i les unitats de treball haurien de ser vistes de la mateixa forma i amb la mateixa amplitud. Tots els factors, per petits que siguin, afecten a l'hora de convertir a l'entitat en un èxit. Com s'ha comentat abans, l'atenció sanitària està afrontant grans problemes en tots els països degut als elevats costos. Per tant, cada professional infermer ha de tenir en compte les conseqüències econòmiques de les seves accions. A nivell de la unitat de treball això significa conèixer la realitat econòmica de les operacions i participar activament en l'elaboració del pressupost i en la continuïtat del mateix. Cada decisió té repercussions econòmiques.

La professió infermera avui, i després d'un procés d'evolució històric, compren un marc específic de coneixement propi, defineix una classificació de problemes susceptibles de ser resolts des del camp disciplinar i estableix una metodologia d'aplicació que permet respondre i avaluar l'atenció de cures que donen les infermeres.

En les polítiques de salut, polítics i gestors han de reconèixer en la infermeria un recurs sanitari amb capacitat per respondre a

requeriments socials que s'estableixin des de les necessitats de cures.

En el sistema sanitari es necessita un marc que orienti l'atenció de les cures i que defineixi una organització i un procediment per al desenvolupament de les prestacions infermeres en el servei de salut. També s'ha d'establir un sistema d'avaluació que orienti la planificació de les cures i que garanteixi la qualitat i el cost dels serveis que donen les infermeres.

L'evolució recent de la disciplina infermera estableix les bases conceptuals i teòriques i també els instruments metodològics d'aplicació en l'incipient camp de la ciència infermera. Des d'aquesta perspectiva es desprèn que la orientació del servei infermer haurà de voltar i orientar-se des d'aquells conceptes que defineixen la seva raó d'ésser:

l'atenció de les cures per a la salut quan la persona no té coneixements, motivació o capacitat per a resoldre les seves necessitats i que la infermera dona a través de l'ensenyança, la suplència o l'ajuda.

Les infermeres han d'aconseguir millorar la salut de les persones i de les comunitats en una època en que augmenten les necessitats, la demanda, les expectatives dels consumidors i els costos. Han d'aconseguir el millor equilibri entre necessitats, coneixements i recursos. I han d'aconseguir serveis accessibles i que valguin el que costen, al mateix temps que es manté o es millora la seva qualitat.

Es necessària una gestió d'infermeria d'alt nivell per poder millorar els serveis de salut i els resultats.

No existeix cap altre professional que pugui substituir a la infermera en el lideratge de les cures per la salut.

3. HIPÒTESI I OBJECTIU DE L'ESTUDI:

Un lideratge formal infermer garanteix una visió compartida i la continuïtat de les cures infermeres

Objectius:

- Establir la relació entre el lideratge formal i la continuïtat de les cures infermeres
- Establir la relació entre el lideratge formal i la visió compartida.

Objectius secundaris:

- Analitzar la visió compartida i la continuïtat de les cures infermeres
- Analitzar el lideratge

Variables:

Variable independent:

Lideratge formal:

- organigrama de la institució amb línia jeràrquica (des dels llocs de presa de decisions fins els professionals assistencials) establerta per nomenament
- dirigir amb capacitat executiva per assolir els objectius del ICS contemplant la missió i la visió de la institució
- capacitat gestora dels recursos humans i materials

Variables depenents:

Continuïtat de les cures:

- Vetllar per la salut de les persones des del naixement fins a l'acompanyament a la mort, es a dir, longitudinalitat
- Atenció compartida entre nivells assistencials
- Garantir el desenvolupament i l'avaluació de les cures, aportant el cos de coneixements propis de les funcions assistencials, investigadora, docent i administradora

Visió compartida:

- La infermera dins d'un equip al que aporta la seva especificitat a l'objectiu comú (interdisciplinarietat)
- L'aportació de l'especificitat infermera a l'Atenció Primària a l'objectiu comú que és la millora de la salut de la població

Variables intervinents:

Personals: edat, sexe

Formatives: nivell d'estudis, formació continuada

Sociolaborals: torn, contracte, categoria

Institucionals: titularitat, tamany de l'EAP / centre

4. METODOLOGIA:

4.1. Tipus d'estudi:

Estudi transversal, descriptiu i temporalment limitat

4.2. Població diana: professionals d'Atenció Primària de l'ICS

- Infermeres assistencials, adjunts d'infermeria, coordinadors de processos infermers i coordinadora de programes
- Directors d'EAP, de SAP, gerents d'àmbit, director d'AP i gerent ICS

4.3. Instrument per a la recollida de dades:

Enquesta dirigida a la població diana

Procediment de construcció de l'instrument:

1^a fase: el grup investigador es va reunir al novembre del 2004 per tal d'establir indicadors per a les variables de l'estudi: lideratge formal, continuïtat de les cures i visió compartida. La fase va finalitzar amb un mapa conceptual precís de les 3 variables.

2^a fase: individualment els membres varen formular i escriure varis ítems per cada indicador i aconseguiren un nombrós banc d'ítems.

3^a fase: el grup investigador es va tornar a reunir per seleccionar del banc d'ítems els que considerà més adients donant com a resultat una enquesta de 50 preguntes: 9 preguntes sobre variables intervinents (edat i sexe, professió, categoria professional i anys d'exercici, tipus de contracte, torn i àmbit de treball i formació en

gestió) i 49 relacionades amb les variables de l'estudi. Totes les preguntes varen resultar tancades i s'afegir una pregunta oberta per observacions i comentaris.

4^a fase: al desembre del 2004 es va realitzar una prova pilot a l'àmbit Costa de Ponent per tal d'avaluar l'enquesta. Els resultats varen ser positius i no es van detectar dificultats.

5^a fase: a finals de 2004 i fins el 31 de gener es demanà a 9 jutges que estableixin la validesa i fiabilitat del qüestionari. És l'anomenada "prova dels jutges". Els 9 professionals a qui se'ls va demanar valorar la univocitat, la pertinença i la importància de cada una de les 50 preguntes son membres de reconegut prestigi dins del món acadèmic, investigador i de la gestió. El resultat de la seva valoració confirmà la validesa i fiabilitat de l'instrument i va permetre mantenir l'enquesta inicial sense canvis.

6^a fase: distribució i recollida de qüestionaris. Es va demanar per correu intern i reforç telefònic a les coordinadores de processos i atencions infermeres de cada Servei d'Atenció Primària de Catalunya que fessin la distribució i posterior recollida dels qüestionaris en el seu territori (27 Serveis d'Atenció Primària). També es va remetre els qüestionaris al gerent de l'ICS, als 8 gerents d'Àmbit de Catalunya, al Cap de la Divisió de Primària i a la Coordinadora de Programes d'Infermeria. Cada Coordinadora de Processos i atencions Infermeres havia de lliurar el qüestionari als professionals que se l'indicava a la carta.

4.4. Anàlisi estadístic:

En l'anàlisi descriptiu, les variables categòriques es presenten en forma de percentatges totals o estratificades per categories, les variables contínues amb els estadístics corresponents, mesures de tendència central i dispersió, intervals de confiança per a la mitjana al 95% (IC 95%).

Per a valorar l' associació entre variables categòriques es va utilitzar la prova de la χ^2 i en el cas de que els efectius fossin menors dels esperats es va utilitzar la prova exacta de Fisher. Es van avaluar les diferències dels paràmetres continus utilitzant la t de Student. Per a comparar més de dos grups (segons les categories d' una variable categòrica) d' una variable contínua es va utilitzar l' anàlisi de la variança (ANOVA).

Per a observar la repercussió de les variables d' opinió sobre la categoria professional es va realitzar un anàlisi de regressió logística considerant com variable depenent la categoria professional (assistencial i gestor) i com covariables l'edat, el sexe, la professió i totes les variables d'opinió.

En tots els contrastos d' hipòtesis realitzats per a valorar l' associació entre variables es va considerar com estadísticament significatiu un nivell α de 0,05 ($p < 0,05$).

El tractament estadístic de les dades es va realitzar amb el paquet estadístic Statistical Pack-age for Social Science (SPSS) versió 12.0 per a Windows. Els investigadors s'han compromès a preservar la confidencialitat de la informació recollida.

5. RESULTATS:

L'estudi es realitza en l'àmbit de l'atenció primària de Catalunya a metges i infermeres assistencials i no assistencials, d'equips rurals i urbans de l'Institut Català de la Salut. És necessita una mostra aleatòria poblacional de 173 subjectes , acceptant un risc alfa de 0.05 per a una precisió fr +/- .05 unitats percentuals en un contrast bilateral per a una proporció estimada de .5, assumint que la població és de 270 subjectes. La tasa de reposició estimada es del 20% (Taula 1). A més s' inclouen tots els comandaments de Primària de l'ICS, 8 gerents d'Àmbit de Catalunya, el Cap de la Divisió de Primària i la Coordinadora de Programes d'Infermeria de Primària per tal d'assegurar la representativitat.

Taula 1. Distribució dels Centres d'Atenció Primària a Catalunya i la mostra necessària.

Àmbit	CAP			Mostra CAP		
	Urbans	Rurals	TOTAL	Urbans	Rurals	TOTALS
Lleida	6	15	21	4	10	13
Tarragona	12	19	31	8	12	20
Barcelona	51	0	51	33	0	33
Girona	5	18	23	3	12	15
Costa de Ponent	44	12	56	28	8	36
Nord i Maresme	18	9	27	12	6	17
Centre	32	23	55	21	15	35
Pirineu	0	6	6	0	4	4
TOTAL	168	102	270	108	65	173

La distribució i recollida dels qüestionaris es va realitzar durant els mesos d'abril i maig de 2005. Les dades es van introduir en un full d' Excel per a la seva posterior anàlisi. Es van incloure en l'estudi un total de 132 enquestes.

L'edat mitjana dels enquestats va ser de 44,3 anys (IC 95% 43,08-45,52); 73% dones i 27% homes dels quals el 56% eren infermeres i el 44% metges; el 60% tenia formació en gestió. La distribució segons la categoria professional va ser del 53% assistencials, el 18% adjuntes d'infermeria, el 6% directors d'EAP, el 7% coordinadores de processos d'infermeria de SAP, el 7% directors de SAP i el 9% altres activitats gestores i portaven en la mateixa categoria 12,13 anys (IC 95% 10,65-13,61). Quant a les condicions laborals el tipus de contractació que tenien era el 76% fixos, el 19% interins i el 4% eventuais; el torn de treball que realitzaven va ser del 46% al matí, el 9% a la tarda i el 47% altres modalitats horàries. Desenvolupaven la seva tasca el 69% en àmbit urbà, el 11% en àmbit rural i el 20% en àmbit mixt.

En relació al lideratge a partir de l' anàlisi de les respostes obtingudes, els enquestats creuen que el líder ha de tenir qualitats innates i formació específica segons el 71% i el 87% respectivament. Com a característiques del líder, donen bastant o molta importància a que el líder hagi realitzat prèviament assistència i pensen que s'ha de compaginar l'assistència amb la gestió i aquesta compatibilització ha de ser sovint segons el 34% i sempre segons el 15%. Les opinions que van manifestar més del 90% dels enquestats sobre quins atributs ha de tenir un líder, atorgant puntuacions ≥ 4 , eren ser just pel 95%, compromès amb la tasca pel

99%, resolutiu pel 96%, íntegre pel 98%, responsable pel 100%, organitzat pel 91,5%, accessible pel 97%. Les puntuacions mitjanes es presenten en la Figura 1

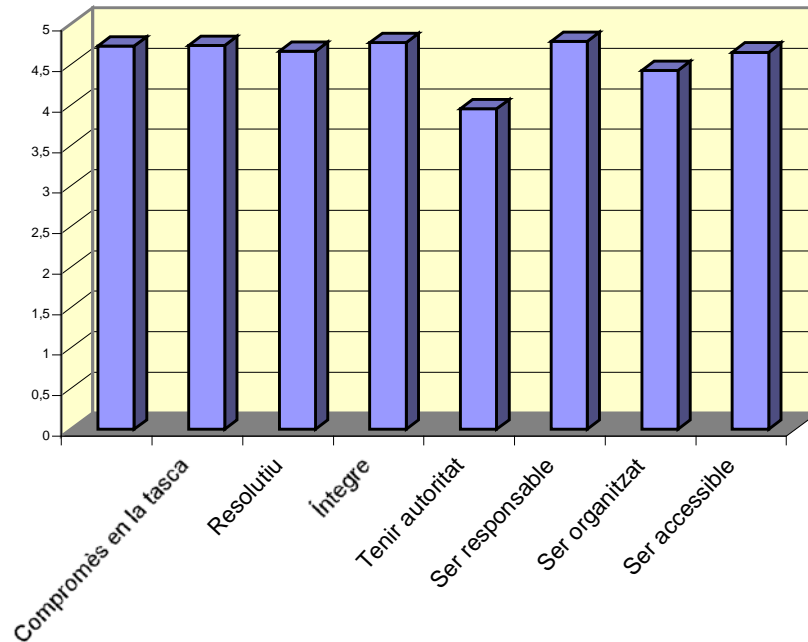


Figura 1. Atributs personals que ha de tenir un líder

Referint-se al nomenament del comandament, els enquestats diuen que el líder formal ha d'estar contemplat en l'organigrama de la institució segons el 91% de les opinions i que l'organigrama jeràrquic d'infermeria de la primària deuria de ser igual que el de l'hospital segons el 62%. Pensen que no es adequat que exerceixi sense estar nomenat el 89% però quan es pregunta si es pot exercir de líder formal sense estar nomenat el 39% opina afirmativament. La designació del comandament es prefereix que sigui per mèrits, segons el 60%, més que per concurs-oposició que ho diu el 25% i que aquest sigui de la mateixa professió del qui ha de dirigir segons

el 79%. Aquest resultat, es bastant coincident al de la resposta a la pregunta si creuen que cada categoria professional ha de tenir un comandament superior de la seva mateixa professió ja que van respondre afirmativament el 74% i en aquest mateix sentit, el 87% opinen que les adjuntes tindrien que tenir la dependència jeràrquica de la coordinadora de processos d'infermeria i que la gestió de les infermeres ha de ser realitzada a través d'una línia jeràrquica tal com manifesta el 84%. Manifesta el 72% que el nomenament dóna autoritat però només un 37% creu que dona credibilitat. En la Figura 2 es mostren les puntuacions sobre d'on obté l'autoritat el líder formal.

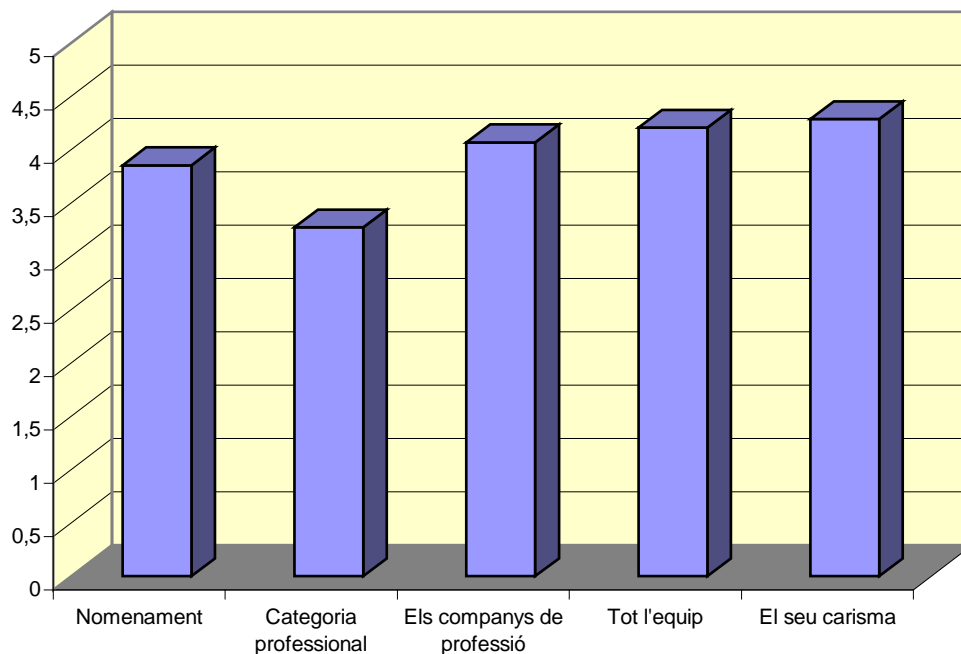


Figura 2. Puntuacions donades a la pregunta “el líder formal té l'autoritat que li dona:”

Respecte a la comunicació eficaç el resultat es mostra a la Figura 3.

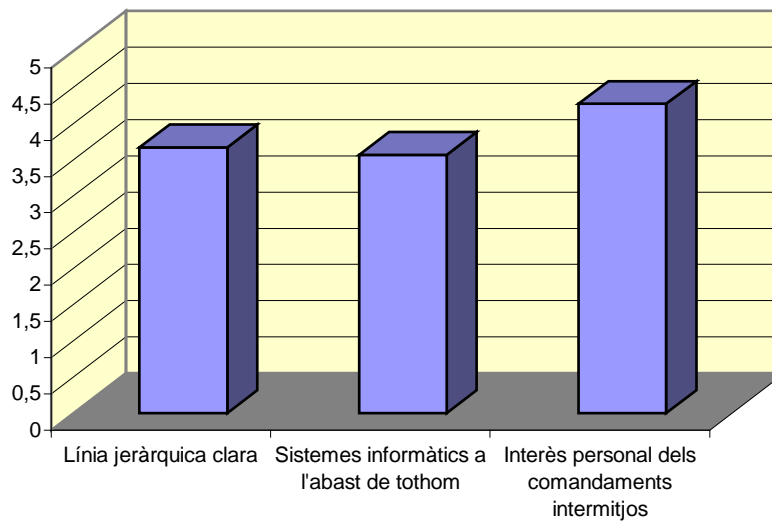


Figura 3. Resposta a la pregunta “la comunicació eficaç entre els professionals d’una organització depèn de:”

En quan a la visió compartida i la continuïtat de les cures el 74% dels enquestats diu conèixer la visió de la institució, el 87% la missió i el 85% els objectius. Contràriament només el 36% coneix el cos de coneixements infermers. El 98% creuen que el líder formal d’infermeria ha de col·laborar en l’elaboració dels objectius a assolir en el desenvolupament de l’activitat assistencial de les infermeres i també creu el 87% que el líder d’infermeria és el que ha de transmetre a les infermeres la visió i la missió de la institució ICS. Encara que coneixen el 74% que hi ha diferències entre una cap d’infermeria i una coordinadora de processos i que només pel 61% té línia jeràrquica el 82% creu que millora la qualitat de les seves actuacions assistencials si les infermeres estan liderades per una infermera. Diuen que l’ICS delega responsabilitats a líders no formal el 69% però i pel 57% això no es adequat.

Quasi la totalitat, el 95%, pensa que s’hauria de definir la cartera de serveis de cada col·lectiu professional; el 98% que és necessari

avaluar la tasca realitzada, i que la supervisió del material necessari per al desenvolupament de les activitats d'infermeria ha d'estar realitzada per infermeria (puntuacions ≥ 4 , coordinadora de processos 84%, adjunta 97% i infermera 76%) que són les que tenen les puntuacions més alta. Figura 4.

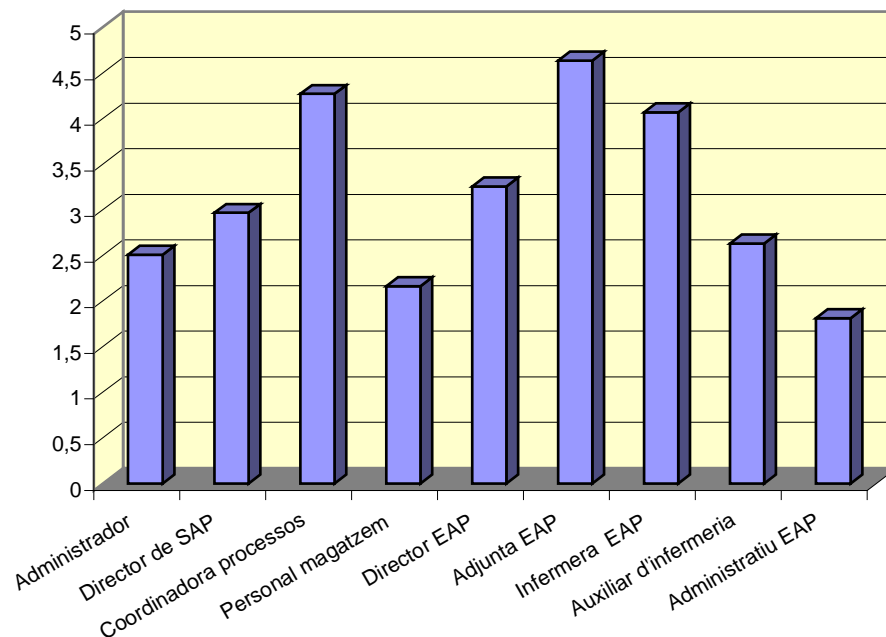


Figura 4. Respostes a la pregunta “El material necessari per al desenvolupament de les activitats d'infermeria ha d'estar supervisat per:”

Igualment que per la supervisió del material, per elaborar els circuits que garanteixin la continuïtat de les cures entre les diferents institucions sanitàries es considera com més important que participi infermeria (puntuacions ≥ 4 , coordinadora de processos 94%, adjunta 92% i infermera 75%). Figura 5.

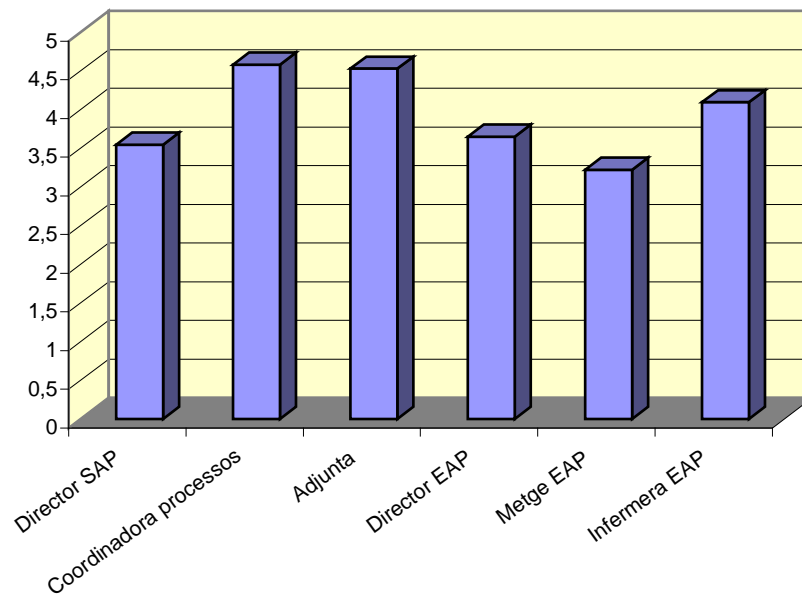


Figura 5. Respostes a la pregunta “per elaborar els circuits que garanteixin la continuïtat de les cures entre les diferents institucions sanitàries, quina importància té que hi participi:”

Així mateix la totalitat, 100%, diu que la infermera ha de vetllar per la continuïtat de les cures i ha de ser el garant de la continuïtat de les mateixes, 95%.

Manifesta el 95% que la coordinació entre nivells assistencials ha de ser un projecte institucional i que la coordinadora de processos i el Director del SAP, que són els que més alta puntuació van obtenir, 4,12 i 4,52 respectivament, els que deurien coordinar els diferents nivells assistencials (Figura 6). Pel contrari el 81% pensa que s’obtenen pitjors resultats quan la coordinació de la tasca assistencial de les infermeres no la fa una infermera.

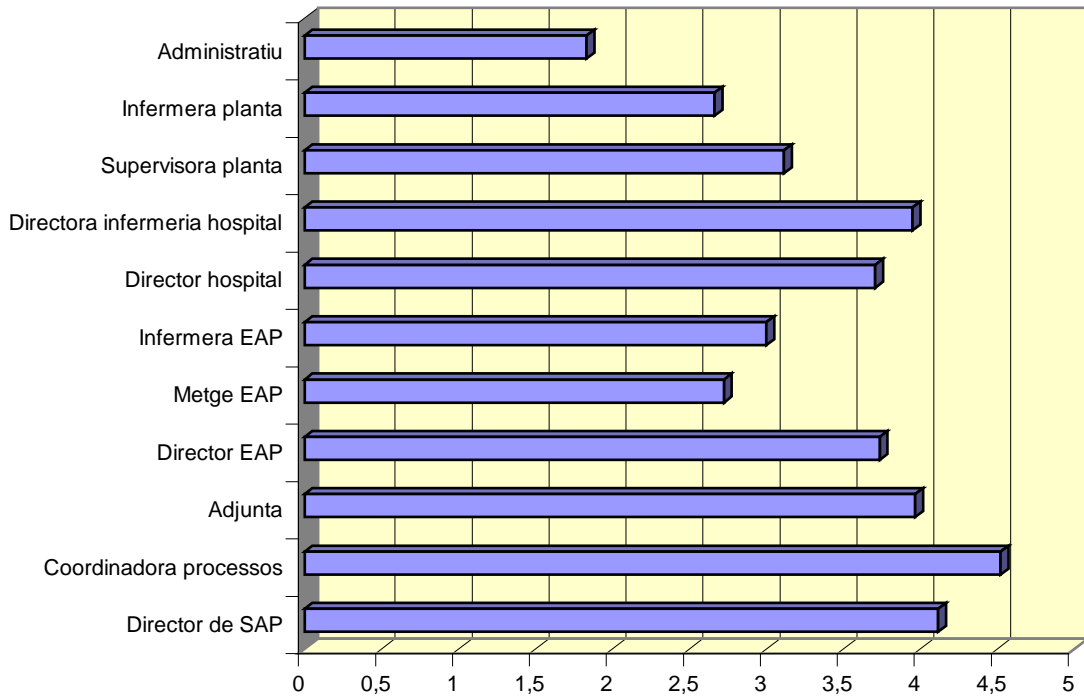


Figura 6. Puntuacions de les respostes a la pregunta “qui ha de coordinar els diferents nivells assistencials”

Sobre l’atenció compartida entre nivells, l’opinió dels enquestats revela que aquesta pot ser efectiva si hi ha interès institucional i que així mateix depèn dels recursos humans Figura 7.

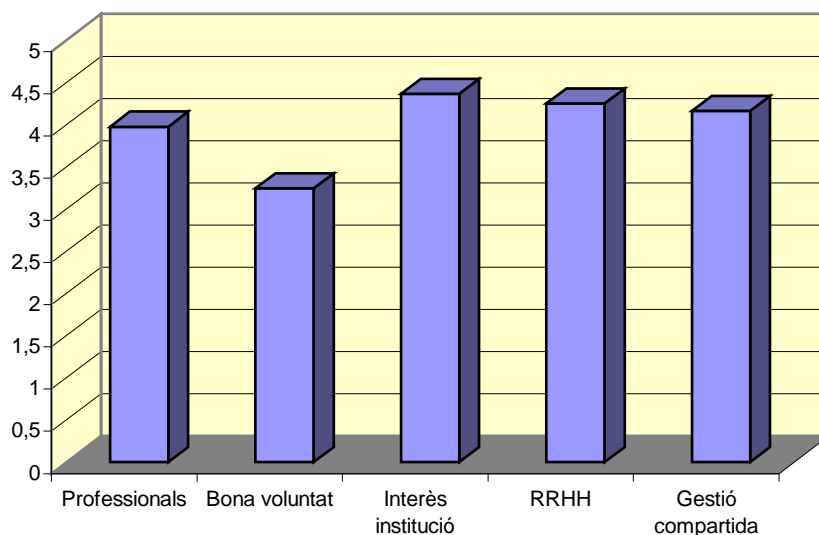


Figura 7. Puntuacions de les respostes a la pregunta “l’atenció compartida entre nivells depèn de”

Per altra banda el 100% va respondre que la infermera ha d’ocupar llocs de responsabilitat directiva dins de l’ICS.

Una vegada analitzat el lideratge, la visió compartida i la continuïtat de les cures es va observar si les respostes estaven influenciades per la professió dels enquestats (infermeres o metges) o per la categoria professional que ocupaven en el moment de la enquesta (assistencials o gestors). Per això es van comparar les respostes de les infermeres i els metges que havien obtingut puntuacions superiors al 70% en el cas de que aquestes fossin dicotòmiques i puntuacions > 4 si eren ordinals, es va procedir de la mateixa forma per la comparació entre els assistencials i els gestors. Els resultats es presenten en les Figures 8 i 9. Es pot observar que ambdós grups, infermeres/metges i assistencials/gestors van tenir respostes molt similars.

Les úniques que no van aparèixer en la categoria professional, per obtenir puntuacions inferiors a les marcades, i que per tant és van diferenciar de les respostes donades per la categoria assistencial/gestor van ser: la “no” designació dels càrrecs de comandament per concurs-oposició (infermeres 67,7%, metges 83%; assistencials 71,2%, gestors 78,7%), la millora de la qualitat de les actuacions professional d’infermeria si aquesta està liderada per una infermera (infermeres 94,4%, metges 65,5%; assistencials 83,8%, gestors 80,3%), la importància que te el que participi una infermera de l’EAP en l’elaboració dels circuits que garanteixin la continuïtat de les cures (infermeres 4,32, metges 3,80; assistencials 4,18, gestors 4,02) i la dependència jeràrquica de les adjuntes de la direcció d’infermeria (infermeres 98,6%, metges 69,8%; assistencials 89,2%, gestors 83,6%)

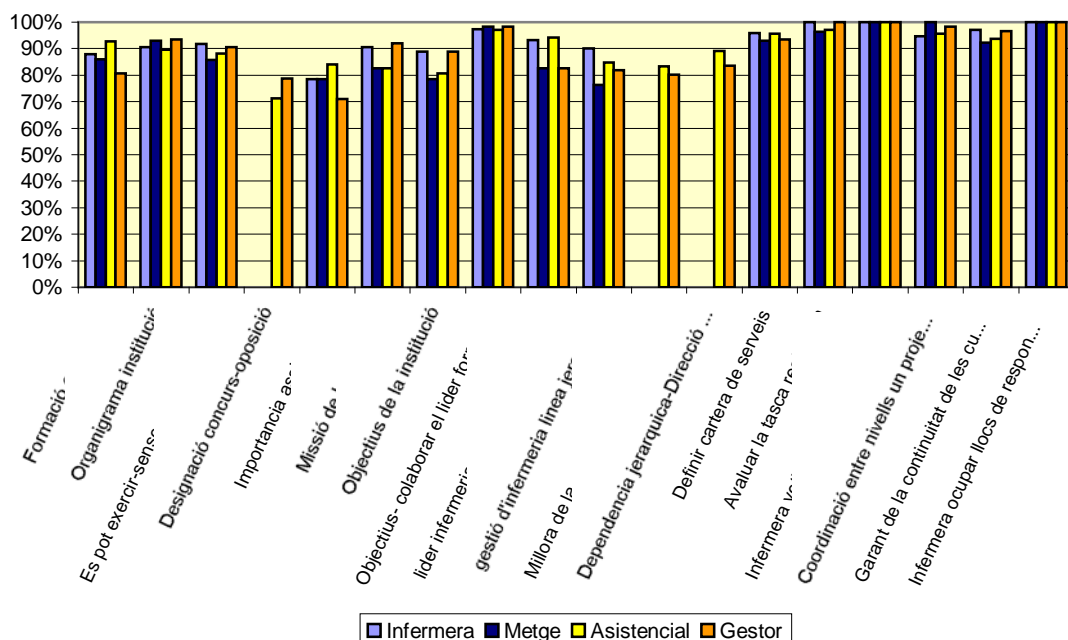


Figura 8. Respostes que van obtenir puntuacions superiors al 70% per part de les infermeres i dels metges i dels professionals que realitzaven tasques assistencials o de gestió

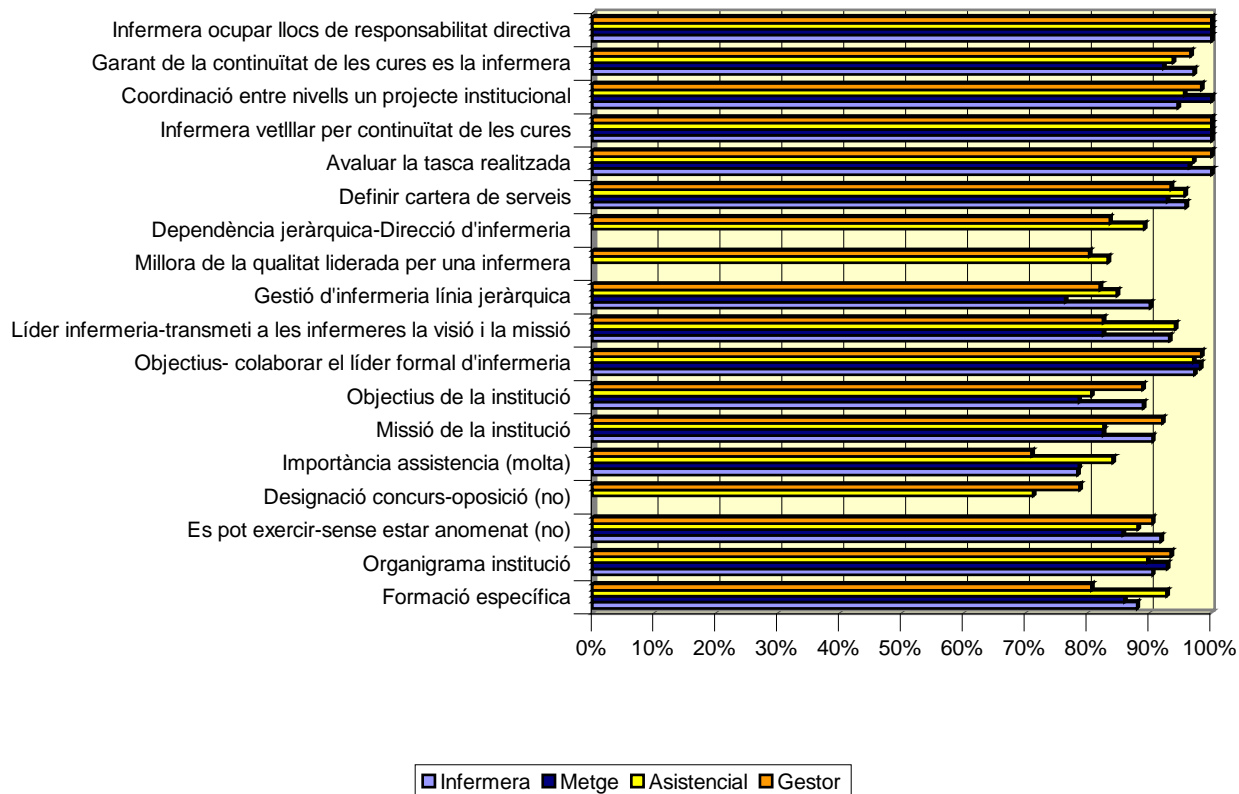
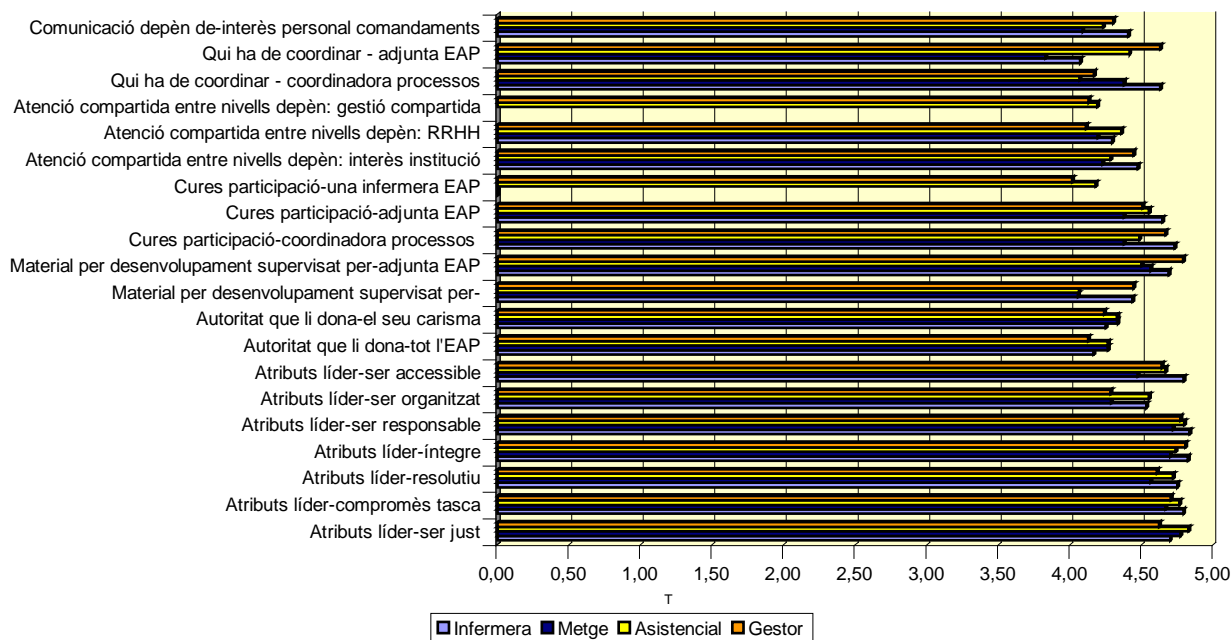
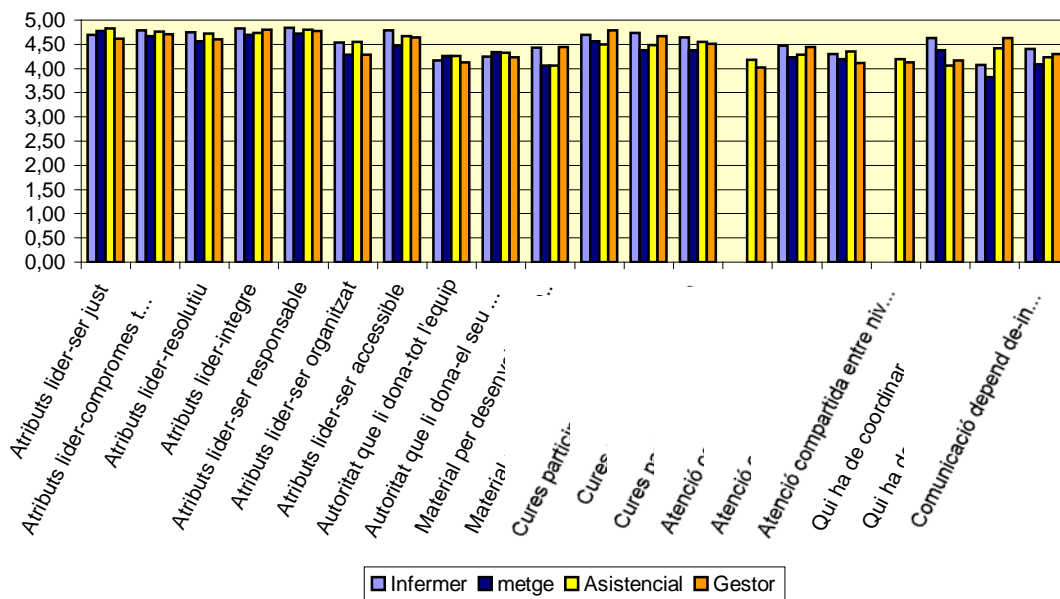


Figura 9. Respostes que van obtenir puntuacions > 4 per part de les infermeres i dels metges i per part dels professionals que realitzaven tasques assistencials o de gestió



Tal com vam analitzar les similituds entre las respostes donades segons la professió dels enquestats i segons la categoria

professional que ocupaven, es va valorar si existien diferències, per això es va utilitzar el test de Chi² o de la varianza segons les respostes fossin categòriques o ordinals, les escales de ordenament numèric van ser considerades en les anàlisis com variables contínues.

Els resultats van mostrar que segons la professió (infermer o metge) es trobaven diferències significatives respecte a les característiques dels enquestats en el sexe, l'edat, la categoria professional, el temps de permanència en la categoria professional i el torn de treball. Així les infermeres, comparades amb els metges, eren bàsicament dones amb edats més altes i amb més temps de permanència en la mateixa categoria professional. Els metges realitzaven en un major percentatge torns de treball combinats, mentre que més del 50% de les infermeres realitzaven el torn de matí, probablement degut al major temps de permanència en el lloc de treball.

Quant la categoria professional que es desenvolupava en el moment de l'enquesta, exclouent prèviament aquelles categories que van lligades a la titulació (adjunta d'infermeria i director d'EAP) es va observar que la única diferència es trobava en la categoria "director de SAP" en la que tots els que van respondre eren metges.

Sobre les opinions dels metges i de les infermeres aquestes van ser molt similars, així les respostes que tenien puntuacions altes per part de les infermeres també les tenien per part dels metges, igualment les puntuacions baixes també eren baixes en ambdós grups. Les infermeres respecte als metges van mostrar

percentatges estadísticament diferents ($p < 0.05$), en les respostes que es mostren en la Taula 2.

Taula 2. Diferències significatives entre les infermeres i els metges

		Infermer	Metge	p
Sexe	▪ Home	6,76%	52,63%	< 0,001
	▪ Dona	93,24%	47,37%	
Edat: mitjana (IC 95%)		45,76 (44,27-47,26)	42,41 (40,44-44,37)	0,007
Categoria professional	▪ Assistencial	49,32%	57,89%	< 0,001
	▪ Adjunta infermeria	31,50%	-	
	▪ Director EAP	-	14,04%	
	▪ Coordinadora Processos SAP	12,33%	-	
	▪ Director SAP	-	15,79%	
	▪ Altres	6,85%	12,28%	
Anys en la categoria professional: mitjana (IC 95%)		13,54 (11,56-15,53)	10,35 (8,12-12,58)	0,035
Torn	▪ Matí	55,40%	33,92%	0,030
	▪ Tarda	5,41%	14,29%	
	▪ Altres (lliscant, nits)	39,19%	51,79%	
Es pot exercir - sense estar anomenat	▪ Si	31,08%	49,12%	0,040
	▪ No	68,92%	50,88%	
Atributs que ha de tenir un líder	▪ Ser organitzat	4,53 (4,39-4,67)	4,29 (4,10-4,47)	0,030
	▪ Ser accessible	4,79 (4,69-4,90)	4,47 (4,31-4,63)	0,001
Comandament designat per concurs - oposició	▪ Si	32,39%	16,36%	0,040
	▪ No	67,61%	83,64%	
Comandament de la mateixa professió	▪ Si	90,41%	64,91%	<0,001
	▪ No	9,59%	35,09%	
Compaginar la gestió amb l'assistència	▪ Mai	8,11%	-	0,012
	▪ A vegades	54,05%	36,36%	
	▪ Sovint	27,03%	43,64%	
	▪ Sempre	10,81%	20,00%	
Comunicació eficaç entre professionals depèn de: mitjana (IC 95%)	▪ Línia jeràrquica clara	3,83 (3,59-4,07)	3,45 (3,19-3,73)	0,040
	▪ Interès personal dels comandaments intermitjos	4,41(4,24-4,57)	4,09 (3,90-4,28)	0,012
Gestió d'infermeria	▪ Si	90,14%	76,36%	0,036

realitzada per línia jeràrquica professional	▪ No	9,86%	23,64%	
Millora de la qualitat de les actuacions d'infermeria liderada per una infermera	▪ Si	94,37%	65,45%	
	▪ No	5,63%	34,55%	<0,001
El material pel desenvolupament de les activitats d'infermeria ha d'estar supervisat: mitjana (IC 95%)	▪ Coordinadora de processos d'infermeria	4,44 (4,23-4,65)	4,06 (3,78-4,33)	0,026
	▪ Director d'EAP	3,01 (2,72-3,31)	3,56 (3,30-3,83)	0,008
Importància en la participació dels circuits per garantir la continuïtat de les cures entre institucions: mitjana (IC 95%)	▪ Coordinadora de processos d'infermeria	4,73 (4,59-4,87)	4,38 (4,15-4,60)	0,006
	▪ Adjunta de l'EAP	4,64 (4,48-4,81)	4,38 (4,18-4,57)	0,035
	▪ Un metge de l'EAP	3,48 (3,19-3,77)	2,89 (2,58-3,21)	0,008
	▪ Una infermera de l'EAP	4,32 (4,09-4,54)	3,80 (3,53-4,08)	0,005
Cada categoria ha de tenir un comandament de la mateixa professió	▪ Si	81,69%	63,64%	
	▪ No	18,31%	36,36%	0,022
Dependència jeràrquica de les adjuntes de la direcció d'infermeria	▪ Si	98,61%	69,81%	
	▪ No	1,39%	30,19%	<0,001
Organigrama jeràrquic d'infermeria: mateixa estructura a l'hospital i a la primària	▪ Si	71,23%	48,15%	
	▪ No	28,77%	51,85%	0,008
Hi ha diferència entre Cap d'infermeria i Coordinadora de processos	▪ Si	81,94%	62,00%	
	▪ No	18,06%	38,00%	0,014
L'atenció compartida entre nivells depèn: mitjana (IC 95%)	▪ Gestió compartida	4,34 (4,12-4,56)	3,95 (3,67-4,23)	0,028
Quan la coordinació de la tasca assistencial de les infermeres no la fa una infermera els resultats son	▪ Pitjors	87,32%	71,74%	
	▪ Iguals	11,27%	28,26%	
	▪ Millors	1,41%	-	0,050

	▪ Director de SAP	3,96 (3,70-4,21)	4,33 (4,10-4,56)	0,035
Qui ha de coordinar els diferents nivells assistencials: mitjana (IC 95%)	▪ Coordinadora de processos d' infermeria	4,63 (4,49-4,77)	4,38 (4,18-4,57)	0,035
	▪ Una infermera de l'EAP	3,21 (2,92-3,49)	2,73 (2,45-3,00)	0,019
	▪ Supervisora de planta	3,4 (3,13-3,67)	2,73 (2,41-3,04)	0,002
	▪ Una infermera de planta	2,90 (2,62-3,17)	2,35 (2,09-2,62)	0,007

Quan a les diferències trobades entre els professionals amb tasques assistencials i els que realitzaven tasques de gestió vam observar que els gestors tenien major edat, hi havia més homes, portaven menys temps en la mateixa categoria, havien fet més formació en gestió, el tipus de contracte era fix i el torn de treball més variat.

Respecta a les opinions es van trobar molt poques diferències ja que totes les respostes anaven en la mateixa tendència. En la Taula 2 es mostren aquelles valoracions que van obtenir diferències significatives. Les més distanciades en les puntuacions obtingudes van ser sobre l'opinió de que els comandaments han de ser de la mateixa professió, el coneixement de la visió de la institució i en la idoneïtat de que el material pel desenvolupament de les activitats d'infermeria estigui supervisat per un administratiu.

Taula 3. Comparació segons la realització de tasques assistencials o de gestió

		Categoria professional		p
		Assistencial	Gestió	
Edat: mitjana (IC 95%)		42,90 (41,14-44,67)	46,51 (44,94-48,07)	0,003
Sexe	▪ Home	18,84%	35,48%	0,032
	▪ Dona	81,16%	64,52%	
Anys en la categoria professional: mitjana (IC 95%)		15,78 (13,78-17,78)	8,73 (6,74-10,71)	< 0,001
Formació en gestió	▪ Si	32,35%	90,32%	< 0,001
	▪ No	67,65%	9,68%	
Tipus de contracte	▪ Fix	68,75%	90,32%	0,003
	▪ Interí	31,25%	9,68%	
Torn	▪ Matí	52,17%	39,34%	0,001
	▪ Tarda	15,94%	1,64%	
	▪ Altres (lliscant, nits)	31,88%	59,02%	
Atributs líder: mitjana (IC 95%)	▪ Ser just	4,83 (4,73-4,93)	4,62 (4,47-4,78)	0,027
	▪ Ser organitzat	4,55 (4,40-4,70)	4,28 (4,11-4,46)	0,019
El líder ha de tenir formació específica	▪ Si	92,75%	80,65%	0,039
	▪ No	7,25%	19,35%	
Comandament mateixa professió	▪ Si	89,86%	67,74%	0,002
	▪ No	10,14%	32,26%	
Coneix la visió de la institució	▪ Si	61,76%	87,10%	0,001
	▪ No	38,24%	12,90%	
Necessari que el líder formal d'infermeria transmeti a les infermeres la visió i la missió	▪ Si	94,20%	82,54%	0,035
	▪ No	5,80%	17,46%	
Adequat donar responsabilitats a líders no formals	▪ Si	48,53%	66,10%	0,046
	▪ No	51,47%	33,90%	
Cada categoria ha de tenir un comandament de la mateixa professió	▪ Si	84,85%	62,30%	
	▪ No	15,15%	37,70%	
El material pel	▪ Director de SAP	2,72(2,41-3,00)	3,22 (2,95-3,49)	0,012

desenvolupament de les activitats d'infermeria ha d'estar supervisat: mitjana (IC 95%)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinadora processos ▪ Personal magatzem ▪ Adjunta de l'EAP 	4,06 (3,80-4,32)	4,44 (4,21-4,67)	0,031
		2,52 (2,21-2,82)	1,76 (1,51-2,01)	< 0,001
		4,50 (4,33-4,67)	4,79 (4,67-4,91)	0,007

Les variables que van explicar la diferencia entre els metges i les infermeres segons la regressió logística amb un percentatge del 54% van ser el sexe, l'edat, la millora de la qualitat liderada per les infermeres, la supervisió del material realitzada pel director del SAP i pel personal de magatzem, la dependència jeràrquica de la direcció d'infermeria i les diferències entre la cap d'infermeria i la coordinadora de processos. Tabla 3

Tabla 3. Variables d' opinió que van diferenciar la professió (metge / infermera). Regressió logística

Variables independents Cox & Snell R ² : 0,540	OR	Sig.
Sexe	98,759 (11,980-814,125)	0,000
Edat	0,791 (0,690-0,907)	0,001
Millora de la qualitat de les actuacions d'infermeria liderada per una infermera	0,046 (0,006-0,350)	0,003
El material pel desenvolupament de les activitats d'infermeria ha d'estar supervisat pel director del SAP	2,944 (1,375-6,305)	0,005

El material pel desenvolupament de les activitats d'infermeria ha d'estar supervisat per personal magatzem	2,143 (1,107-4,150)	0,024
Dependència jeràrquica de les adjuntes de la direcció d'infermeria	0,040 (0,002-0,716)	0,029
Hi ha diferència entre Cap d'infermeria i Coordinadora de processos	0,087 (0,015-0,497)	0,006

En quant a les variables que van diferenciar la categoria professional recodificada en professionals que realitzaven assistència i professionals que realitzaven tasques de gestió van ser l'edat, la visió de la institució, la supervisió del material pel director del SAP i pel personal de magatzem i la formació específica.

Tabla 4. Variables d'opinió que van diferenciar la categoria profesional (asistencial o gestor). Regresió logística.

Variables independentes Cox & Snell R ² : 0,321	OR	Sig.
Edat	1,096 (1,021-1,176)	0,012
Visió de la Institució (1)	4,887(1,535-15,557)	0,007
Material supervisat per Director SAP	1,948 (1,260-3,012)	0,003

Material supervisat per personal magatzem	0,566 (0,376-0,530)	0,007
Formació específica (1)	0,127 (0,025-0,640)	0,012

6. CONCLUSIONS:

La primera dada a destacar de l'estudi és l'alta resposta obtinguda en la complimentació i tramesa dels qüestionaris: un 76,03%, una xifra molt superior a l'esperada. L'haver realitzat l'estudi entre professionals de la Subdivisió d'Atenció Primària de l'ICS, la proximitat de les autores al territori i que es sol·licites la col·laboració de les Coordinadores de Processos Infermers segur que ha afavorit aquesta resposta tan alta. L'altra dada destacada és que en la majoria de respostes infermeres o metges, assistencials o gestors van tenir opinions molt similars.

Hi ha algunes variables que l'equip investigador ja preveia: l'edat mitjana dels enquestats al voltant dels 44 anys, amb una clara majoria de dones (el 73%), amb plaça en propietat (76%) i desenvolupant tasques en l'àmbit urbà (69%).

Si que sorprèn positivament el nombre de professionals amb formació en gestió: un 60%. Tenint en compte que només el 47% dels enquestats ocupaven un càrrec de gestió en el moment de respondre, un nombre important de professionals demostra interès pels temes no clínics. Aquest fet deixa entreveure que la gestió és la via de promoció que creuen tenir els treballadors de l'ICS. Aquesta opinió també l'avalua que, a banda que el 71% considera que s'ha de tenir qualitats innates per liderar (ser just, compromès en la tasca, resolutiu, íntegre, tenir autoritat, ser responsable, ser organitzat, ser accessible), el 87% considera que s'ha de tenir formació específica per ser-ho. En tot cas la majoria de professionals (91%) creu que el líder formal ha d'estar contemplat

en l'organigrama de la institució i que no es adequat exercir sense estar nomenat (89%).

Una resposta interessant i que pot tenir repercussions immediates és que el 79% de professionals prefereix que el dirigeixi una persona de la seva mateixa professió. Aquest sentiment s'haurà de preveure en el desenvolupament del Decret 53/2006, de 28 de març, de mesures de reforma de l'Institut Català de la Salut. L'article 17 diu que *la direcció dels equips d'atenció primària serà exercida per un/una director/directora d'equip d'atenció primària i un/a adjunt/adjunta a la direcció . Els càrrecs de director/directora ... recauran indistintament en personal facultatiu o ATS/diplomat o diplomada*. El decret no puntualitza si director i adjunt a la direcció poden recaure en una mateixa categoria professional. El sentit comú i respostes com l'obtinguda en l'enquesta recomanen evitar-ho. Arran del Decret també cal veure com s'articula el desig del 84% de professionals de que la gestió infermera es faci a través d'una línia jeràrquica. En tot cas l'ICS està davant d'un nou model de lideratge dins dels equips que per primera vegada permetrà a una infermera ser Directora d'un equip i, també per primera vegada, que un metge sigui adjunt a aquesta direcció. Caldrà revisar un cop més les funcions de cada qual. En tot cas de les respostes dels enquestats s'extreu que la categoria professional, el ser metge o infermer, és el que menys autoritat dona a un líder formal. En contraposició el carisma personal dona una gran autoritat. Es de destacar, tot i que s'enten com una resposta esperada, que la totalitat dels enquestats opina que la infermera ha d'ocupar llocs de responsabilitat directiva dins de l'ICS.

En contraposició sorprèn i preocupa enormement que només el 36% dels professionals de l'estudi conegui el cos de coneixements infermers. I aquest fet s'agreuja quan el 56% de les respostes corresponen a infermeres. S'està davant d'un problema greu dins de la professió. En el millor dels casos i acceptant la lamentable situació de que cap metge conegués el cos de coneixements infermers, un 20% d'infermers afirma desconèixer els fonaments professionals. És una realitat que caldrà analitzar dins de l'organització i amb l'ajuda de les Escoles Universitàries d'infermeria. Paral·lelament s'haurà de reflexionar sobre el perquè un 69% de professionals opina que l'empresa ICS delega responsabilitats a líders no formals i la conveniència de seguir-ho mantenint.

Per altra banda la pràctica totalitat dels professionals està d'acord en la necessitat de definir la cartera de serveis de cada col·lectiu i d'avaluar les tasques realitzades i del paper que té la infermera en la continuïtat de cures i el continuum assistencial.

Es pot concloure doncs que, independentment del model organitzatiu actual de l'ICS, d'aquest estudi s'extrau que els professionals sanitaris, metges i/o infermeres, gestors i/o assistencials, advoquen per un lideratge formal infermer que asseguri la continuïtat de les cures i que afavoreixi que tot l'equip assistencial comparteixi la missió de millorar la salut de la població entenent l'especificitat que aporta la infermera.

7. BIBLIOGRAFIA

Drucker PF. (1993) **Administración para el Futuro. La década de los noventa y más allá.** Barcelona: ed. Parramón

Estelrich Barceló JM i Urbaneja Biosca S. (1998) **Efectes dels estils de lideratge sobre el rol autònom d'infermeria en atenció primària.** Escola Universitària d'Infermeria Sant Madrona

EUI Santa Madrona (2002). **Projecte de formació per a la implantació del procés de cures en el marc del model conceptual de Virginia Henderson als centres d'atenció primària de l'Institut Català de la Salut . La salut i la qualitat de vida, un repte per a les infermeres assistencials, docents i gestores.** Barcelona: Fundació "La Caixa"

Fundació Jordi Gol i Gurina (2001) **Coordinació entre nivells assistencials. L'experiència entre tres direccions d'atenció primària i un hospital materno infantil.** Barcelona

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat (2003) **LLIBRE BLANC de les professions sanitàries a Catalunya.** Barcelona

Institut d'Estudis de la Salut (2003) **Els ciutadans i les professions sanitàries.** Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat

Institut d'estudis de la Salut (2003). **La professió infermera: qüestions per repensar el futur.** Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat

Institut d'Estudis de la Salut (1993). **La infermeria a l'atenció primària de salut. Grup de treball.** Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat

Institut Català de la Salut (1996) **Aula d'infermeria: l'atenció d'infermeria a l'atenció primària.** Barcelona

Institut Català de la Salut (1998) **Aula d'infermeria: màrqueting aplicat als serveis infermers de l'atenció primària.** Barcelona

Marrimer A. (2001) **Gestión y dirección de enfermería**. Madrid: Harcourt

Rodríguez Porras JM. **El factor humano en la empresa**. Ed. Deusto

Tejada J. (1997) **El proceso de investigación científica**. Barcelona: Fundació "La Caixa"

**Política sanitària per infermeria lideratge infermer i continuïtat de les
cures a l'atenció primària**

AUTORS: FIGUEIRAS NOVELLE, Maria Guadalupe¹; GRANOLLERS MERCADER, Silvia², LLAURADÓ BADIA, María Dolores³; NÚÑEZ JUÁREZ, Esther⁴ ORIACH ALONSO, Maria Rosa⁵.

1)SAP Cerdanyola/Ripollet, C/ Velazquez s/n, 08290 Cerdanyola del Vallès, gfigueiras.mn.ics@gencat.cat

2) EAP Sant Just. Avda Indústria s/n 08960 Sant Just Desvern sgranollers.cp.ics@gencat.cat

3) 8C BCN EAP Turó de la Peira. Cadí 58-62 Barcelona. mdllaurado.bcn.ics@gencat.cat

4) SAP Suport al Diagnòstic i al Tractament, Avda. Drassanes, 17-21 08001 Barcelona, enunyez.bcn.ics@gencat.cat

5) UTAC SAP Dreta-BCN, Avgda. Mare de Deu de Montserrat, 16-18 0824 Barcelona. mroriach.bcn.ics@gencat.cat.

DURADA

2 anys

FECHA DE PRESENTACIÓN

Desembre de 2006

EXTENSIÓN

54 pàg.

PALABRAS CLAVE

Leadership; Primary health care; nursing care.

CÓDIGOS UNESCO

ABSTRACT

Los objetivos fueron establecer la relación entre el liderazgo formal y la continuidad de los cuidados enfermeros y establecer la relación entre el liderazgo formal y la visión compartida. Estudio descriptivo en el que se recogieron a través de una encuesta las opiniones de enfermeras y médicos asistenciales y gestores de Atención Primaria sobre el lideraje formal

CONTINGUTS

Justificació de la recerca

A partir del DECRET 277/2001, de 23 d'octubre, pel qual es regulen les estructures de direcció, gestió i administració de les institucions sanitàries en l'àmbit de l'atenció primària (APS) de l'Institut Català de la Salut (ICS), desapareix el lideratge formal d'infermeria.

Aquest fet provoca un canvi fonamental en l'estil de les direccions infermeres de primària i un necessari ajust de les funcions i activitats desenvolupades per les Caps d'Infermeria fins aquell moment.

Per altra banda l'Institut Català de la Salut concreta la seva missió com a organització sanitària pública del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya que sigui referent i model de la provisió de serveis de salut a Catalunya i a l'any 2000 l'ICS elabora la seva visió de futur amb les característiques de estar: 1) Orientada a les persones a qui serveix i gaudeix de la seva confiança. 2) Centrada en actuacions d'alta efectivitat tècnica i de servei. 3) Innovadora i fonamentada en l'aprenentatge i la millora contínua. 4) Amb processos senzills, ràpids, efectius i segurs. D'acord amb aquests principis el comportament de les persones que treballen a l'ICS ha de regir-se per uns valors compartits per tots, coherents amb la nostra missió i amb els principis ètics de la societat a la qual serveix.

Es en aquest marc en el que es fa imprescindible la participació de les infermeres "gestores" a les taules de decisió. Elles han d'oferir les seves aportacions als planificadors sanitaris a partir d'un lideratge formal que garanteixi la continuïtat de les cures i la visió compartida.

Objectius:

- Establir la relació entre el lideratge formal i la continuïtat de les cures infermeres

-Establir la relació entre el lideratge formal i la visió compartida.

Objectius secundaris:

- Analitzar la visió compartida i la continuïtat de les cures infermeres
- Analitzar el lideratge

Estructura temàtica de l'estudi teòric

Per a la realització d'aquest estudi es van seleccionar i definir les següents variables:

Variable independent:

- Lideratge formal:
 - organigrama de la institució amb línia jeràrquica (des dels llocs de presa de decisions fins els professionals assistencials) establerta per nomenament
 - dirigir amb capacitat executiva per assolir els objectius del ICS contemplant la missió i la visió de la institució
 - capacitat gestora dels recursos humans i materials

Variabls depenents:

- Continuïtat de les cures:
 - Vetllar per la salut de les persones des del naixement fins a l'acompanyament a la mort, es a dir, longitudinalitat
 - Atenció compartida entre nivells assistencials
 - Garantir el desenvolupament i l'avaluació de les cures, aportant el cos de coneixements propis de les funcions assistencials, investigadora, docent i administradora
- Visió compartida:
 - La infermera dins d'un equip al que aporta la seva especificitat a l'objectiu comú (interdisciplinarietat)
 - L'aportació de l'especificitat infermera a l'Atenció Primària a l'objectiu comú que és la millora de la salut de la població

Variables intervinents:

- Personals: edat, sexe
- Formatives: nivell d'estudis, formació continuada
- Sociolaborals: torn, contracte, categoria
- Institucionals: titularitat, tamany de l'EAP / centre

Disseny de l'estudi empíric

Estudi transversal, descriptiu i temporalment limitat. Població diana: professionals d'Atenció Primària de l'ICS, infermeres assistencials, adjunts d'infermeria, coordinadors de processos infermers i coordinadora de programes, directors d'EAP, de SAP, gerents d'àmbit, director d'AP i gerent ICS. Es va construir un instrument per a la recollida de dades seguint diferents fases. En la 1^a es van establir els indicadors per a les variables de l'estudi: lideratge formal, continuïtat de les cures i visió compartida. La fase va finalitzar amb un mapa conceptual precís de les 3 variables. En la 2^a individualment els investigadors varen formular i escriure varis ítems per cada indicador i aconseguiren un nombrós banc d'ítems. En la 3^a el grup investigador es va tornar a reunir per seleccionar del banc d'ítems els que considerà més adients donant com a resultat una enquesta de 50 preguntes: 9 preguntes sobre variables intervinents (edat i sexe, professió, categoria professional i anys d'exercici, tipus de contracte, torn i àmbit de treball i formació en gestió) i 49 relacionades amb les variables de l'estudi. Totes les preguntes varen resultar tancades i s'afegir una pregunta oberta per observacions i comentaris. En la 4^a fase es va realitzar una prova pilot. En la 5^a es demanà a 9 jutges que estableixin la validesa i fiabilitat del qüestionari. És l'anomenada "prova dels jutges". En la que van valorar la univocitat, la pertinença i la importància de cada una de les 50 preguntes. El resultat de la seva valoració confirmà la validesa i fiabilitat de l'instrument i va permetre mantenir l'enquesta inicial sense canvis.

La distribució i recollida dels qüestionaris és va fer per correu intern i reforç telefònic a les coordinadores de processos i atencions infermeres de cada Servei d'Atenció Primària de Catalunya s'els hi va demanar que fessin la distribució i posterior recollida dels qüestionaris en el seu territori (27 Serveis

d'Atenció Primària). També es va remetre els qüestionaris al gerent de l'ICS, als 8 gerents d'Àmbit de Catalunya, al Cap de la Divisió de Primària i a la Coordinadora de Programes d'Infermeria. Cada Coordinadora de Processos i atencions Infermeres havia de lliurar el qüestionari als professionals que se l'indicava a la carta.

Resultats

L'estudi es realitza en l'àmbit de l'atenció primària de Catalunya a metges i infermeres assistencials i no assistencials, d'equips rurals i urbans de l'Institut Català de la Salut. És necessita una mostra aleatòria poblacional de 173 subjectes, acceptant un risc alfa de 0.05 per a una precisió fr +/- .05 unitats percentuals en un contrast bilateral per a una proporció estimada de .5, assumint que la població és de 270 subjectes. La tasa de reposició estimada es del 20%. A més s'inclouen tots els comandaments de Primària de l'ICS, 8 gerents d'Àmbit de Catalunya, el Cap de la Divisió de Primària i la Coordinadora de Programes d'Infermeria de Primària per tal d'assegurar la representativitat.

L'edat mitjana dels enquestats va ser de 44,3 anys (IC 95% 43,08-45,52); 73% dones i 27% homes dels quals el 56% eren infermeres i el 44% metges; el 60% tenia formació en gestió. La distribució segons la categoria professional va ser del 53% assistencials, el 18% adjuntes d'infermeria, el 6% directors d'EAP, el 7% coordinadores de processos d'infermeria de SAP, el 7% directors de SAP i el 9% altres activitats gestores i portaven en la mateixa categoria 12,13 anys (IC 95% 10,65-13,61). Quant a les condicions laborals el tipus de contractació que tenien era el 76% fixos, el 19% interins i el 4% eventuais; el torn de treball que realitzaven va ser del 46% al matí, el 9% a la tarda i el 47% altres modalitats horàries. Desenvolupaven la seva tasca el 69% en àmbit urbà, el 11% en àmbit rural i el 20% en àmbit mixt.

En relació al lideratge a partir de l'anàlisi de les respostes obtingudes, els enquestats creuen que el líder ha de tenir qualitats innates i formació específica segons el 71% i el 87% respectivament. Com a característiques del líder, donen bastant o molta importància a que el líder hagi realitzat prèviament assistència i pensen que s'ha de compaginar l'assistència amb la gestió i aquesta compatibilització ha de ser sovint segons el 34% i sempre segons el

15%. Les opinions que van manifestar més del 90% dels enquestats sobre quins atributs ha de tenir un líder, atorgant puntuacions \square 4, eren ser just pel 95%, compromès amb la tasca pel 99%, resolutiu pel 96%, íntegre pel 98%, responsable pel 100%, organitzat pel 91,5%, accessible pel 97%.

Referint-se al nomenament del comandament, els enquestats diuen que el líder formal ha d'estar contemplat en l'organigrama de la institució segons el 91% de les opinions i que l'organigrama jeràrquic d'infermeria de la primària deuria de ser igual que el de l'hospital segons el 62%. Pensen que no es adequat que exerceixi sense estar nomenat el 89% però quan es pregunta si es pot exercir de líder formal sense estar nomenat el 39% opina afirmativament. La designació del comandament es prefereix que sigui per mèrits, segons el 60%, més que per concurs-oposició que ho diu el 25% i que aquest sigui de la mateixa professió del qui ha de dirigir segons el 79%. Aquest resultat, es bastant coincident al de la resposta a la pregunta si creuen que cada categoria professional ha de tenir un comandament superior de la seva mateixa professió ja que van respondre afirmativament el 74% i en aquest mateix sentit, el 87% opinen que les adjuntes tindrien que tenir la dependència jeràrquica de la coordinadora de processos d'infermeria i que la gestió de les infermeres ha de ser realitzada a través d'una línia jeràrquica tal com manifesta el 84%. Manifesta el 72% que el nomenament dona autoritat però només un 37% creu que dona credibilitat.

En quan a la visió compartida i la continuïtat de les cures el 74% dels enquestats diu conèixer la visió de la institució, el 87% la missió i el 85% els objectius. Contràriament només el 36% coneix el cos de coneixements infermers. El 98% creuen que el líder formal d'infermeria ha de col·laborar en l'elaboració dels objectius a assolir en el desenvolupament de l'activitat assistencial de les infermeres i també creu el 87% que el líder d'infermeria és el que ha de transmetre a les infermeres la visió i la missió de la institució ICS. Encara que coneixen el 74% que hi ha diferències entre una cap d'infermeria i una coordinadora de processos i que només pel 61% té línia jeràrquica, el 82% creu que millora la qualitat de les seves actuacions assistencials si les

infermeres estan liderades per una infermera. Diuen que l'ICS delega responsabilitats a líders no formal el 69% però i pel 57% això no es adequat.

Quasi la totalitat, el 95%, pensa que s'hauria de definir la cartera de serveis de cada col·lectiu professional; el 98% que és necessari avaluar la tasca realitzada, i que la supervisió del material necessari per al desenvolupament de les activitats d'infermeria ha d'estar realitzada per infermeria (puntuacions \square 4, coordinadora de processos 84%, adjunta 97% i infermera 76%) que són les que tenen les puntuacions més alta.

Igualment que per la supervisió del material, per elaborar els circuits que garanteixin la continuïtat de les cures entre les diferents institucions sanitàries es considera com més important que participi infermeria (puntuacions \square 4, coordinadora de processos 94%, adjunta 92% i infermera 75%).

Així mateix la totalitat, 100%, diu que la infermera ha de vetllar per la continuïtat de les cures i ha de ser el garant de la continuïtat de les mateixes, 95%.

Manifesta el 95% que la coordinació entre nivells assistencials ha de ser un projecte institucional i que la coordinadora de processos i el Director del SAP, que són els que més alta puntuació van obtenir, 4,12 i 4,52 respectivament, els que deurien coordinar els diferents nivells assistencials (Figura 6). Pel contrari el 81% pensa que s'obtenen pitjors resultats quan la coordinació de la tasca assistencial de les infermeres no la fa una infermera.

Sobre l'atenció compartida entre nivells, l'opinió dels enquestats revela que aquesta pot ser efectiva si hi ha interès institucional i que així mateix depèn dels recursos humans.

Per altra banda el 100% va respondre que la infermera ha d'ocupar llocs de responsabilitat directiva dins de l'ICS.

També es va analitzar si les respostes estaven influenciades per la professió dels enquestats (infermeres o metges) o per la categoria professional que ocupaven en el moment de la enquesta (assistencials o gestors).

Respecta a les opinions es van trobar molt poques diferències ja que totes les respostes anaven en la mateixa tendència. Les més distanciades en les puntuacions obtingudes van ser sobre l'opinió de que els comandaments han

de ser de la mateixa professió, el coneixement de la visió de la institució i en la idoneïtat de que el material pel desenvolupament de les activitats d'infermeria estigui supervisat per un administratiu.

Les variables que van explicar la diferencia entre els metges i les infermeres segons la regressió logística amb un percentatge del 54% van ser el sexe, l'edat, la millora de la qualitat liderada per les infermeres, la supervisió del material realitzada pel director del SAP i pel personal de magatzem, la dependència jeràrquica de la direcció d'infermeria i les diferències entre la cap d'infermeria i la coordinadora de processos.

En quant a les variables que van diferenciar la categoria professional recodificada en professionals que realitzaven assistència i professionals que realitzaven tasques de gestió van ser l'edat, la visió de la institució, la supervisió del material pel director del SAP i pel personal de magatzem i la formació específica.

Conclusions

La primera dada a destacar de l'estudi és l'alta resposta obtinguda en la complimentació i tramesa dels qüestionaris: un 76,03%, una xifra molt superior a l'esperada. L'haver realitzat l'estudi entre professionals de la Subdivisió d'Atenció Primària de l'ICS, la proximitat de les autores al territori i que es sol·licités la col·laboració de les Coordinadores de Processos Infermers segur que ha afavorit aquesta resposta tan alta. L'altra dada destacada és que en la majoria de respostes infermeres o metges, assistencials o gestors van tenir opinions molt similars.

Hi ha algunes variables que l'equip investigador ja preveia: l'edat mitjana dels enquestats al voltant dels 44 anys, amb una clara majoria de dones (el 73%), amb plaça en propietat (76%) i desenvolupant tasques en l'àmbit urbà (69%).

Si que sorprèn positivament el nombre de professionals amb formació en gestió: un 60%. Tenint en compte que només el 47% dels enquestats ocupaven un càrrec de gestió en el moment de respondre, un nombre important de professionals demostra interès pels temes no clínics. Aquest fet deixa entreveure que la gestió és la via de promoció que creuen tenir els treballadors de l'ICS. Aquesta opinió també l'avalua que, a banda que el 71% considera que s'ha de tenir qualitats innates per liderar (ser just, compromès en

la tasca, resolutiu, íntegre, tenir autoritat, ser responsable, ser organitzat, ser accessible), el 87% considera que s'ha de tenir formació específica per ser-ho. En tot cas la majoria de professionals (91%) creu que el líder formal ha d'estar contemplat en l'organigrama de la institució i que no es adequat exercir sense estar nomenat (89%).

Una resposta interessant i que pot tenir repercussions immediates és que el 79% de professionals prefereix que el dirigeixi una persona de la seva mateixa professió. Aquest sentiment s'haurà de preveure en el desenvolupament del Decret 53/2006, de 28 de març, de mesures de reforma de l'Institut Català de la Salut. L'article 17 diu que *la direcció dels equips d'atenció primària serà exercida per un/una director/directora d'equip d'atenció primària i un/a adjunt/adjunta a la direcció . Els càrrecs de director/directora ... recauran indistintament en personal facultatiu o ATS/diplomat o diplomada*. El decret no puntualitza si director i adjunt a la direcció poden recaure en una mateixa categoria professional. El sentit comú i respostes com l'obtinguda en l'enquesta recomanen evitar-ho. Arran del Decret també cal veure com s'articula el desig del 84% de professionals de que la gestió infermera es faci a través d'una línia jeràrquica. En tot cas l'ICS està davant d'un nou model de lideratge dins dels equips que per primera vegada permetrà a una infermera ser Directora d'un equip i, també per primera vegada, que un metge sigui adjunt a aquesta direcció. Caldrà revisar un cop més les funcions de cada qual. En tot cas de les respostes dels enquestats s'extreu que la categoria professional, el ser metge o infermer, és el que menys autoritat dona a un líder formal. En contraposició el carisma personal dona una gran autoritat. Es de destacar, tot i que s'enten com una resposta esperada, que la totalitat dels enquestats opina que la infermera ha d'ocupar llocs de responsabilitat directiva dins de l'ICS.

Es pot concloure doncs que, independentment del model organitzatiu actual de l'ICS, d'aquest estudi s'extrau que els professionals sanitaris, metges i/o infermeres, gestors i/o assistencials, advoquen per un lideratge formal infermer que asseguri la continuïtat de les cures i que afavoreixi que tot l'equip assistencial comparteixi la missió de millorar la salut de la població entenen l'especificitat que aporta la infermera.

Propostes de la recerca

Sorprèn i preocupa enormement que només el 36% dels professionals de l'estudi conegui el cos de coneixements infermers. I aquest fet s'agreuja quan el 56% de les respostes corresponen a infermeres. S'està davant d'un problema greu dins de la professió. En el millor dels casos i acceptant la lamentable situació de que cap metge conegués el cos de coneixements infermers, un 20% d'infermers afirma desconèixer els fonaments professionals. És una realitat que caldrà analitzar dins de l'organització i amb l'ajuda de les Escoles Universitàries d'infermeria. Paral·lelament s'haurà de reflexionar sobre el perquè un 69% de professionals opina que l'empresa ICS delega responsabilitats a líders no formals i la conveniència de seguir-ho mantenint. Per altra banda la pràctica totalitat dels professionals està d'acord en la necessitat de definir la cartera de serveis de cada col·lectiu i d'avaluar les tasques realitzades i del paper que té la infermera en la continuïtat de cures i el continuum assistencial.