

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA SANTA MADRONA
De la Fundación "La Caixa"

**"EL PAPEL DEL PLAN ESTRATÉGICO DE LA DIRECCIÓN DE
ENFERMERÍA SOBRE LA IDENTIDAD PROFESIONAL"**

AUTORES:

Naima El Azzaoui

María Giráldez Miranda



Trabajo presentado al curso de Administración y Gestión en
Enfermería para la obtención del Master

(13a.)

R.12.430

15 SET. 2003

Trabajo dirigido por el profesor:

Esteve Pont

Comisión evaluadora

M. Teixidor	Presidenta
E. Pont	Secretario
C. Ferrer	Vocal
F. Ferrer	Vocal
J. Tejada	Vocal

Presentado en fecha:

15.09.03

Aceptado en fecha:

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

Nuestro más sincero agradecimiento a:

*José B. Silveira Martín, por brindarnos esta posibilidad
Pilar López Villar, por habernos elegido para esto... y mucho más,
por su crítica constructiva, "su pressing" y ¡su paciencia!
A nuestros compañeros del equipo de supervisión por soportar
nuestro estrés y animarnos en los momentos flacos
A Pepe, Montse y Esteve, por dar forma a nuestras ideas
A nuestros compañeros de la XIII promoción del Master por su apoyo
y ánimo tras cada viaje
A nuestras colegas enfermeras de Povisa, por dedicarnos un ratito
de su tiempo
A los jueces, por lo mismo
A Jesús por su cariño y atención constante
A Sergi y Àngels por su apoyo logístico
A M^a José Faraldo por hacernos salir del atolladero en el que nos
encontrábamos
A todos los que buscasteis desesperadamente a "SPSS"
A Carmen, Ignacio y Pilar Magdalena por vuestro granito de arena
A Milo por echarme de menos, entender mis ausencias, ser mi
apoyo más firme... y nuestro chofer favorito
A nuestras familias y amigos por acompañarnos en este gran viaje
"EL MASTER"*

*¡Gracias a todos!... también a los que nos hemos dejado atrás y de
alguna forma nos habéis ayudado en todo esto...*

María y Naima

B. JUSTIFICACIÓN

Enfermería, a pesar de una larga tradición histórica con gran experiencia práctica y muchos conocimientos acumulados, no tiene el reconocimiento esperado, porque probablemente los propios profesionales no se han atribuido el valor que les corresponde, en el campo de la salud.

“La característica fundamental de una profesión es que sus miembros se identifiquen básicamente con una ideología común en relación al servicio que prestan”⁽¹⁾

Rosa María Alberdi

Esta es una generalidad, que creemos se puede hacer extensiva a la Enfermería del Centro Médico Povisa, en el que nosotros trabajamos.

Es un Hospital general de tercer nivel de titularidad privada, de 420 camas y con una plantilla de 250 enfermeras.

En noviembre de 1999, ante la necesidad latente de desarrollo y evolución de la Enfermería, exigida ante los nuevos requerimientos sociales manifestados por la sociedad y la propia organización, la Gerencia del Centro Médico Povisa, decide incorporar a su equipo directivo, un miembro cuidadosamente seleccionado para el desarrollo de su actividad como líder y “conductor” de este colectivo, el más numeroso y de gran relevancia en la organización.

Esta persona, posee una formación reglada específica (*Master en Administración y Gestión en Enfermería*), capacitación técnica, habilidades de liderazgo, y una dilatada experiencia en gestión de servicios de Enfermería.

El punto de partida, fue el análisis de la situación de los profesionales del centro, la cuál está marcada por la desmotivación, la baja autoestima y fundamentalmente la identidad profesional anulada.

Habiendo vivido esta etapa, identificamos los siguientes hechos como posibles causas de esta situación:

- Dirección autocrática
- Ausencia de líder
- Ausencia de proyecto
- Dependencia jerárquica del estamento médico
- Excesivo desarrollo rol dependiente
- Inexistencia del rol autónomo
- Dificultad para el desarrollo de actividades formativas
- Inadecuación de la plantilla a las cargas de trabajo
- Entorno cerrado sin interacción con otros profesionales de Enfermería

Partiendo de este análisis, la Dirección de Enfermería, elabora un Plan Estratégico con el objetivo principal de “profesionalizar” la Enfermería del Centro y conseguir una auténtica identidad que guíe y sea la base de su labor profesional.

Los ejes de este Plan, fueron:

- Cambio en el Organigrama, desapareciendo la Dirección Asistencial y equiparando la Dirección de Enfermería a la Dirección Médica, dependiendo jerárquicamente del Consejero Delegado.

- Recuperación de autogestión del departamento, estableciendo una política de recursos humanos:
 - Revisión de currículum y habilidades directivas, de los mandos.
 - Promoción interna para selección mandos intermedios.
 - Definición de plantilla / Puestos de Trabajo
 - Definición del perfil del mando intermedio de enfermería.
 - Evaluación del desempeño.

- Renovación del equipo de Supervisión, que actuará como dinamizador del proceso de cambio planificado por la dirección de enfermería.

- Definición de Filosofía del departamento y Modelo Conceptual.

- Creación del departamento de Calidad y Formación de Enfermería.

- Elaboración de un Plan de Calidad de Enfermería, para establecer criterios de actuación y valorar la calidad de los cuidados.

- Elaboración de un Plan de Formación, general para la plantilla y específico para mandos intermedios.

- Participación activa en todas las Comisiones asistenciales.

- Fomento del trabajo en equipo.

- **Plan de Recursos Materiales:** se establecen necesidades, inventario y adecuación.

La implantación y desarrollo de este proyecto, se realizará en un período de 3 a 5 años.

C. OBJETIVOS

- Analizar la situación tras el cambio vivido por los profesionales de Enfermería, ante la implantación y desarrollo de un plan estratégico definido por la nueva Dirección de Enfermería.
- Evidenciar los logros conseguidos con ello, a todos los niveles, pero fundamentalmente sobre la identidad profesional.
- Valorar la implantación del Plan entre los profesionales.
- Conocer la importancia que los profesionales dan a las intervenciones realizadas en el marco del Plan Estratégico.
- Reconocer la importancia de un líder con formación reglada y específica para el puesto, habilidades y capacitación, para el desempeño de funciones propias de Dirección.
- Identificar situaciones susceptibles de mejora.

D. MARCO TEÓRICO

1. ENFERMERÍA :

- 1.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA**
- 1.2. ¿QUÉ ES?**
- 1.3. MODELO BIOMÉDICO / MODELO DE CUIDADOS**

2. IDENTIDAD PROFESIONAL

- 2.1. IDENTIDAD**
- 2.2. PROFESIÓN**
- 2.3. IDENTIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

3. PLANIFICACIÓN

- 3.1. ¿PARA QUÉ?**
- 3.2. ELEMENTOS**
- 3.3. TIPOS**

4. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN ENFERMERÍA

5. DIRECCIÓN / COORDINACIÓN

1. ENFERMERÍA

1.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Cuidar: Rol Femenino

Tradicionalmente, el ámbito doméstico adquiere gran relevancia en todo aquello relacionado con la salud y la enfermedad, ya que es en este lugar donde se producen la mayoría de los actos y tomas de decisiones en relación a ellas.

Los cuidados a los miembros de la unidad doméstica, recaen fundamentalmente en la figura materna o en los personajes femeninos que ejercen su función en su ausencia. ⁽²⁾

La enfermería se concibió desde sus orígenes como expresión de un modelo bien definido de mujer, según unos valores tradicionales que asociaban la disposición y la habilidad para cuidar a una feminidad esencial.

La formación de las primeras enfermeras, incidía tanto en los aspectos técnicos como en los morales, lo que facilitó que se adoptase ante el médico, una posición de sumisión y obediencia semejante a la de esposa en el ámbito doméstico.

Todo esto sucedió en la época de *Florence Nightingale*, a ella debemos las bases de la Enfermería como profesión. Adoptó una definición y estableció, qué era necesario estudiar y cómo, para ser enfermera, así como el rol a desempeñar en el sistema sanitario y su rol social, como promotoras de mejora de la salud de la población.

Sin embargo, no promulgó un sistema educacional que formase profesionales independientes que dejen de lado los estereotipos femeninos y se nieguen a aceptar los convencionalismos tradicionales.

Bullough ⁽³⁾ (1975), en *“La imagen de Nightingale”* analiza las contradicciones e ironías de esta situación, ya que fomentó un sistema que subordinaba las enfermeras a los médicos.

“Dejar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza siga su curso” es su descripción de la función de la enfermera.

La enfermería ha cambiado mucho desde entonces, pero en su percepción social actual, todavía permanecen elementos de esa época.

Al finalizar la 2ª Guerra Mundial, surgen en EEUU un grupo de enfermeras, *Virginia Henderson, Dorotea Orem, H. Peplau...* cuya aportación, contribuyó a la consolidación de la Enfermería como una disciplina académica con un lugar propio en la universidad y afianzó su contribución a la sociedad.

En España, la evolución es a grandes rasgos similar a la anglosajona, aunque un poco más lenta.

La primera escuela oficial española, con el reconocimiento oficial como profesión, se produjo en 1915.

La 2ª Guerra Mundial supuso la creación de diversas agrupaciones de enfermeras, tanto con respecto a su nombre como a su formación ... Sección Femenina de Cruz Roja, Damas Enfermeras Militares, Enfermeras de la Falange Española Tradicionalista... además de las enfermeras oficiales formadas en las Facultades de Medicina, los practicantes y las matronas.

Nuestro gobierno adaptó las recomendaciones de la O.M.S., (a la que se incorporó en 1951), a sus propios intereses y modificó el nombre y la formación de las enfermeras

Así en 1952, se crean los estudios de Ayudante técnico Sanitario (ATS).

Su objetivo fue, siguiendo el régimen de la época, la incorporación de la mujer al mundo laboral, pero con supeditación a los varones ya que de esta forma las mujeres aunque pasaban a él lo hacían bajo la tutela del médico.

De hecho, cuando una mujer casada quería estudiar ATS necesitaba la autorización firmada por su marido en la que se confirmaba su consentimiento para estudiar.

En los años 60, se publica *“Historia de la Profesión (enfermera – practicante – matrona)”* del Dr. *Ávarez Sierra y Manchón* ⁽⁴⁾. Se considera al primer tratado de la enfermería española, en él se dice:

“Creemos que debemos conseguir ayudantes técnicos sanitarios poco sabios, pero, en cambio, hábiles y precisos en el ejercicio de su profesión y siempre con la conciencia de la función que deben llenar, en relación con el médico, el enfermo y la sociedad.”

“Hace ya varios siglos era de dominio y aceptación pública la carrera de practicante, como persona que en los hospitales hacía las curaciones o propinaba a los enfermos las medicinas ordenadas por el facultativo de visita... el origen de las enfermeras estuvo vinculado al imperativo humanitario de todo corazón de mujer.”

Aquí se ve claramente la percepción de la enfermería, como un gran favor a las mujeres por dejarles desarrollar su lado femenino... esto lo identificamos como un condicionante para nuestra profesión.

Con la creación de esta nueva denominación A.T.S. (Ayudante Técnico Sanitario) la enfermería española se aleja de las tendencias anglosajonas y su objetivo no va a ser el cuidado de las personas enfermas ni la promoción de la salud, sino el desarrollo de técnicas, con el fin de ayudar a los médicos. Esto hizo cambiar totalmente el rol social de la enfermería para pasar a identificarse como meros realizadores de técnicas, que actúan bajo el directo mandato de los médicos para ayudarles a tratar las enfermedades.

Así siguió su propio rumbo y fue cuando pudo ver la distinta evolución en otros países y ante la proliferación de escuelas de ATS y el desarrollo hospitalario acaecido tras esos años, el 22 de agosto de 1977 se produce la incorporación de la Enfermería a la Universidad a través de un Real Decreto ⁽⁵⁾.

Gracias a este gran paso, se convierte en una pieza clave del sistema sanitario, más polivalente y con una formación más completa en multitud de campos debido a la inclusión de nuevas asignaturas que ampliaron sus conocimientos y la práctica sanitaria prestada de cara a la sociedad.

1.2. ¿QUÉ ES?

CURAR / CUIDAR

“El constante error mantenido entre lo que es el orden de los cuidados y lo que es el orden de los tratamientos hace que estos últimos sean abusivamente denominados “cuidados”, lo que hace pensar que sólo los tratamientos representan la acción terapéutica”.⁽⁶⁾

La antigua expresión “cuidarse de...” muestra que no se trata de luchar contra la enfermedad, sino de vincularse a aquello que vive, estimulándolo y facilitando las condiciones para su desarrollo. (...) Ahora bien ningún tratamiento puede sustituir a los cuidados. Se puede vivir sin tratamientos, pero no se puede vivir sin cuidados. Incluso cuando se está enfermo, ningún tratamiento sabría reemplazar a los cuidados”.⁽⁶⁾

“Un oficio que se deja absorber por otro, o que precisa llegar a ser otro para sentirse valorizado – quedándose siempre a la sombra de aquel que tenga el derecho del ejercicio – no puede pretender ser reconocido”.⁽⁶⁾

El cuidado, desde el punto vista disciplinar, es el objeto de conocimiento de la enfermería y el criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud.

El término "cuidado", se ha venido utilizando de forma creciente desde la década de los sesenta hasta nuestros días.

Entre las distintas percepciones del cuidado podemos citar las siguientes:

- *"Cuidar o tomar contacto, es el elemento esencial de la relación enfermera – cliente (...) y la capacidad de la enfermera para empalmar o "sentir desde" el paciente, representa la principal característica de las relaciones profesionales."*⁽⁷⁾
- *"Cuidado, es un proceso interactivo por el que la enfermera y el cliente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar. El cuidado es alcanzado por una conciencia e íntima apertura del yo al otro por una determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos."*⁽⁸⁾

Según comenta José Luis Medina en su libro "Pedagogía del Cuidado"... uno de los primeros intentos de sistematizar y clarificar conceptualmente la noción de cuidado ha sido realizado por Leininger ⁽⁹⁾ presentando las diferencias entre cuidado genérico, cuidado profesional y cuidado profesional enfermero.

- **CUIDADO GENÉRICO:** *"Aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y el desarrollo de la condición humana."*
- **CUIDADOS PROFESIONALES:** *"Aquellas acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidas cognitivamente y culturalmente que permiten (o ayudan) a un individuo, familia o comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de vida"*

- **CUIDADOS PROFESIONALES ENFERMEROS:** *“todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte”.*

Prestar cuidados, al igual que educar, es una actividad que se detecta desde los orígenes de la Historia ya que probablemente pertenezcan, ambas, a la más genuina condición del hombre como individuo que piensa y siente.

La acción de cuidar es de naturaleza universal, en todas las acciones de cuidado, el agente manifiesta interés por paliar una situación o producir el bienestar a otra persona, llevando a cabo ciertas acciones.

El cuidado profesional se diferencia del genérico, en que este último es representado como un aspecto fundamental de la humanidad y puede incluir asistencia y soporte a otros para el desarrollo de sus vidas; el cuidado profesional añade cierta destreza distintiva y complejidad en esas acciones de soporte y ayuda que son propias de los seres humanos.

De los estudios de *Leininger* se derivan 11 premisas que precisan la naturaleza de las prácticas de cuidar:

- El cuidado humano, es un fenómeno universal pero los procesos, métodos y técnicas con los que se desarrolla, varían culturalmente.
- Cada situación de cuidado enfermero presenta acciones de cuidado transculturales, necesidades e implicaciones.

- Los procesos y actos de cuidado son esenciales para la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo humanos.
- **El cuidado, puede considerarse como la esencia y la dimensión que unifica intelectual y prácticamente la Enfermería profesional.**
- El cuidado, presenta dimensiones biológicas, psicológicas, culturales, sociales y ambientales que pueden ser estudiadas, así como prácticas para prestar cuidados holísticos a las personas.
- Todavía no se han revelado con suficiente nitidez los comportamientos de cuidados transculturales. Cuando ese cuerpo de saberes esté suficientemente desarrollado podrá revolucionar las actuales prácticas de Enfermería.
- Para poder proporcionar cuidados terapéuticos, la enfermera debe poseer conocimientos sobre los valores, creencias y prácticas acerca del cuidado que los pacientes poseen.
- Las actividades y funciones del cuidado varían en función de la estructura social característica de las diferentes culturas.
- La distinción de las prácticas de cuidado universales de las que no lo son, y las populares de las profesionales permitirá desarrollar el cuerpo de saberes de la enfermería.
- Los procesos de curar y cuidar presentan diferencias en su esencia y en sus características principales.
- No puede existir curación sin cuidados pero sí cuidados sin curación.

Otro autor relevante en cuanto a la clarificación del concepto de “cuidado” en el contexto de Enfermería es *Watson* ⁽¹⁰⁾; sus trabajos, tratan de identificar los fundamentos filosóficos del cuidado partiendo de una perspectiva fenomenológica, existencialista y ética para determinar los factores cuidadosos que permiten calificar de cuidado a ciertas acciones humanas.

Éste afirma: *“Proteger, mejorar y presevar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado de la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración”*.

El cuidado, para él, es una responsabilidad moral que trasciende los límites de la Enfermería como profesión, para insertarse en el campo de los valores sociales y las acciones moralmente justificables.

Identifica diez elementos o factores cuidadosos que se hallan presentes en toda relación en que la enfermera y la persona cuidada sean coparticipantes:

- Formación de un sistema de valores humanístico y altruista
- Fomentar la fe y la esperanza
- Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás
- Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y confianza
- Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos
- Usar procesos creativos para resolver problemas
- Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal
- Crear un entorno de apoyo o corrección mental, física, sociocultural y espiritual
- Ayudar en la satisfacción de las necesidades humanas
- Aceptación de fuerzas existenciales – fenomenológicas

Las perspectivas de *Leininger* y de *Watson*, son complementarias.

En todo esto, se remarca la gran diferencia existente entre curar y cuidar... lo que nos lleva a la confrontación entre el MODELO BIOMÉDICO y el MODELO DE CUIDADOS, eje del sistema sanitario de los últimos años.

1.3. MODELO BIOMÉDICO / MODELO DE CUIDADOS

En principio, la finalidad de un servicio sanitario es satisfacer las necesidades de salud y las expectativas de la población, sin embargo, observamos que tienen una serie de condicionantes generales que los caracterizan y que al mismo tiempo, mediatizan su estructura y su organización, las cuales no han sido mantenidas en todas las épocas ya que el Sistema de Salud es un sistema abierto y como tal interactúa con su entorno, donde la realidad social se mantiene en continuo cambio, haciendo muy difícil el mantenimiento de normas rígidas.

Rosa María Alberdi, ha desarrollado muy explícitamente las causas de la prevalencia del modelo biomédico sobre el modelo de cuidados ⁽¹¹⁾, estas son:

- **Orientación médico –curativa:** El sistema “mira” para curar aunque se sepa que no hay curación.
- **Sacralización de la Tecnología,** lo que tiene como principales consecuencias el “alejamiento” de los profesionales del paciente y la supeditación de las necesidades reales del paciente a las del personal.
- **“ve” a “enfermos seleccionados”** porque aunque los atienda a todos, algunos no interesan (los terminales, los crónicos...)

- **No** existe **corresponsabilidad** entre los **profesionales** y los **usuarios**, ejerciéndose en general el despotismo ilustrado ya que es el profesional quien determina qué es lo que le conviene al paciente.
- **El médico** se considera como el **elemento fundamental del sistema**, quizás por su capacidad de ser el que determina el gasto ya que es él, ejerciendo su libertad clínica, quien define qué prestaciones y por tanto qué costos, necesita cada paciente. Dichos gastos se generan fundamentalmente a través de las pruebas diagnósticas y de la farmacia.
- Los **usuarios** se ven **como asegurados** y no como consumidores ni ciudadanos con plenos derechos.
- **Síndrome de extrañeza** o amenidad entre los profesionales, esto es que no se sienten ligados ni comparten los objetivos del sistema. Se sienten ajenos a sus intereses y no viven como propio nada de lo concerniente al trabajo.
- Los **objetivos** y las **actuaciones** del sistema, muchas veces, están solo en razón **de la Administración** no de los profesionales.
- Existe una **fuerte cultura hospitalaria** lo que determina que la población se oriente a estos servicios, considerando muchas veces los usuarios que los dispositivos de atención primaria son sólo un paso para llegar al hospital.

Durante mucho tiempo se ha entendido la actividad enfermera (conocimientos, técnicas y práctica) como auxiliar, subsidiaria, secundaria de la actividad médica de curar.

A pesar de su larga tradición histórica, con gran experiencia práctica y muchos conocimientos acumulados, no goza de un espacio epistemológico y disciplinar indiscutible, por muy diversas razones pero, fundamentalmente, por la estrecha vecindad con otras disciplinas que gozan de un status superior y por las muy variables situaciones en las que históricamente se ha tenido que desenvolver su práctica que ha estado determinada por los contextos sociales del momento.

2. IDENTIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

2.1. IDENTIDAD

Según el Diccionario de la Real Academia Española, el término IDENTIDAD: *Circunstancia de ser efectivamente una persona la que dice ser; además remite al término: PERSONALIDAD: Circunstancia de ser determinada persona. Conjunto de cualidades que distinguen a una persona.*

La persona humana, como ser social que es, desarrolla su vida en diferentes grupos sociales, lo cual le obliga a asumir simultáneamente distintas formas de identidad colectiva: de género, familiar, religiosa, nacional, política, profesional...

Nosotros vamos a centrar nuestro tema, en la identidad profesional.

2.2. PROFESIÓN

Gimeno ⁽¹²⁾ se refiere a la "profesionalidad" como la expresión de la especificidad de la actuación de los profesionales en la práctica, es decir, el conjunto de actuaciones, habilidades, conocimientos, actitudes y valores ligados a ella, que constituyen lo específico de sus acciones.

La denominación “profesional” se otorga solamente a aquellas personas que, habiendo alcanzado un elevado grado de preparación, competencia y especialización, ofrecen un servicio público. Así mismo, esta denominación concede a las personas que la reclaman, autoridad y reconocimiento social.

Tenorth ⁽¹³⁾ entiende por profesionalización el “conjunto de procesos históricamente analizables mediante los cuales un grupo de profesionales consigue demostrar su competencia en una actividad de relevancia social y es capaz de transmitir a los demás tal competencia y de imponer su modelo frente al de otros profesionales concurrentes con la ayuda del Estado”

Hoyle ⁽¹⁴⁾ identifica diez rasgos característicos para conferir el estatuto de profesión:

1. Una profesión es una ocupación que desempeña una función social.
2. El ejercicio de esta función requiere un considerable grado de habilidad.
3. Esta habilidad se ejercita en situaciones que no son rutinarias, sino que en cada ocasión se han de abordar problemas nuevos en nuevas situaciones.
4. Necesita un cuerpo sistemático de conocimientos que no se adquieren a través de la experiencia.
5. La adquisición de este cuerpo de conocimientos y el desarrollo de las habilidades requieren un prolongado período de enseñanza superior.

6. El período de formación y entrenamiento implica también la socialización de los candidatos en los valores y la cultura de la profesión.
7. Estos valores tienden a centrarse en el interés del cliente y a veces, se hacen públicos en un código ético.
8. Es esencial que el profesional tenga libertad para poder juzgar y decidir en cada momento.
9. Los integrantes de la profesión se organizan como grupo frente a los poderes públicos.
10. La duración de la formación profesional, su responsabilidad y la dedicación al cliente se recompensan con un alto prestigio social y una elevada remuneración.

2.3. IDENTIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Enfermería desarrolla funciones y actividades que le son propias y exclusivas, que son complementarias pero específicas y que estando muy interrelacionada con otras disciplinas, tiene **identidad propia**.

M. Teixidor ⁽¹⁵⁾ justifica la consideración de Enfermería como profesión, siguiendo los 10 puntos identificados por *Hoyle*, que en líneas generales, engloban las premisas dadas por otros autores sobre “profesión”, así describe que:

1. Cumple una función social necesaria e imprescindible, que no puede ser sustituida por otro colectivo. Entre estas funciones van desde el acompañamiento e incluso sustitución en situaciones en las que el individuo no puede valerse por sí mismo hasta la gestión de cuidados.
2. – 3. Necesita para el desarrollo de su actividad importantes cualidades: “Sus competencias están diversificadas... las enfermeras cuidan, educan, aconsejan, dirigen y también investigan. Su trabajo actual está marcado por la polivalencia, la flexibilidad y la multidisciplinariedad... Se les pide tener un espíritu analítico y tener en cuenta la globalidad. Se les exige competencias técnicas de alto nivel manteniendo el calor humano y la sencillez en el contacto.

4. Posee un cuerpo de conocimientos propio y un lenguaje común. Actualmente todos los teóricos están de acuerdo y así lo expresan, la enfermería fundamenta sus actividades aplicando una metodología de trabajo uniforme, sea cual sea el modelo de referencia, el PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (P.A.E.) que permite adquirir un hábito de trabajo sistemático que favorece la calidad de los cuidados, mediante un proceso de acción estructurado y flexible, que posibilita tratar las situaciones que se generan en torno al individuo y su proceso de salud-enfermedad. Al mismo tiempo, nos sirve para investigar, ya que, a través de él podemos conocer el impacto de las acciones de enfermería en la salud de los individuos y la calidad de los cuidados que se prestan.

Al igual que cada individuo con sus palabras de alguna manera transmite lo que es, desde el discurso profesional transmitimos nuestra posición como enfermeras.

El lenguaje profesional debe llevar implícito aquellas características que dan a la profesión enfermera una entidad específica y única, diferenciándola de cualquier otra.

La tipificación del lenguaje, incluso la jerga profesional, son elementos que dan consistencia; una de las vías, más importante, de unificación del discurso es la utilización del Diagnóstico Enfermero.

5. Colectivo que para el ejercicio de su actividad requiere una titulación específica. Desde el año 1.977 los estudios de enfermería se imparten en la Universidad, pertenecen al ámbito de la educación superior y se preparan como indica la Ley de Reforma Universitaria "para el ejercicio de actividades profesionales que exijan la aplicación de conocimientos y métodos científicos".

6. Se necesitan enfermeras formadas y con capacidad de reflexionar, no basta con enfermeras con capacidad técnica. La cultura y los valores han de impregnar todo el currículum, a la vez que se garantiza que estos valores sean interiorizados por parte de todos los profesionales.
7. El Consejo Internacional de Enfermería (C.I.E.), en 1.953, aprobó el primer Código Ético que se revisa periódicamente y supone una declaración de principios que orienta la conducta ética de los profesionales en relación a los usuarios, a la sociedad, al ejercicio profesional y a los colegas.
8. Autonomía en nuestro campo de actuación. La condición femenina de la Enfermería, puede ser que también halla condicionado la falta de ambición en el terreno profesional, es lo que se ha denominado ANOREXIA DE PODER por la profesora *Denisse Gastaldo*.⁽¹⁶⁾
9. Enfermería, tiene la convicción de pertenecer a un grupo, aunque si estamos de acuerdo con la afirmación de *Rosa María Alberdi*: " la característica fundamental de una profesión es que sus miembros se identifiquen básicamente con una ideología común en relación al servicio que prestan", tendríamos que reconocer que en este terreno aún mantenemos diferencias entre nosotros.
10. El escaso reconocimiento social de la profesión que según refiere *Adela Harto*⁽¹⁷⁾: "*Sólo el que siente satisfacción en la realización de su trabajo consigue para su profesión el reconocimiento propio y de los demás*".

El rol profesional de la enfermera tiene distintas conceptualizaciones según distintas autoras:

- Basado en las funciones, clasificadas en:
 - INDEPENDIENTES, INTERDEPENDIENTES y DEPENDIENTES
Carpenito:1986 ⁽¹⁸⁾
 - INDEPENDIENTES O INTERDEPENDIENTES: *Fernández, Carpenito:1995* ⁽¹⁹⁾
 - PROPIAS Y BAJO PRESCRIPCIÓN MÉDICA: Decreto 81-539 y 93-345 de la legislación francesa ^(20 - 21)

- ROL AUTÓNOMO, ROL DE COLABORACIÓN y VIGILANCIA, ROL DELEGADO DE APLICACIÓN DE PRESCRIPCIONES MÉDICAS: *Teixidor 1992; Bisly - Riopelle - Teixidor: 1993* ⁽²²⁾

- ROL AUTÓNOMO Y ROL DE COOPERACIÓN: *(Riopelle – Teixidor: 1995)* ⁽²³⁾

M. Teixidor en su artículo “*Espacios de profesionalización de la Enfermería*”, hace las siguientes reflexiones sobre este tema:

“Se entiende por **Rol autónomo** el que integra el conjunto de competencias y actuaciones, es decir, destrezas, actitudes y valores asociados al servicio específico que ofrecen los profesionales de la Enfermería en su práctica. Este rol está basado en la toma de decisiones que dependen exclusivamente de la iniciativa de la enfermera. Incluye intervenciones de estimulación, apoyo, enseñanza, acompañamiento y suplencia.

Otras dimensiones del rol son la de cooperación, que integra las intervenciones que la enfermera desarrolla en complementariedad con el resto de los miembros del equipo multidisciplinar y la delegada, que consiste en la aplicación de las prescripciones médicas y otras intervenciones encomendadas”.

Esta es la línea a seguir para la formación de nuevos profesionales, hacer que integren estas percepciones como base de su conocimiento, para ello, es fundamental las escuelas sigan este mismo discurso.

La formación universitaria de la Enfermería ha sido el inicio del cambio hacia la profesión, pero esta formación, no debe ser un lugar en el que los alumnos estudien y aprendan teorías y cuyo único objetivo sea la obtención del título; la formación en Enfermería debe ser algo más, aquí es donde se forjan los auténticos PROFESIONALES... debe estar basada en la práctica experimental y reflexiva.

En el libro *“La enfermería y su identidad profesional”* de E. Cohen ⁽²⁴⁾, se aborda este tema, centrando el papel que desempeña la **socialización profesional** en Enfermería.

Es un complejo proceso mediante el cual una persona adquiere el conocimiento, la capacidad y el sentimiento de la identidad ocupacional característicos de un miembro de esa profesión; así el resultado de esa socialización es una persona con competencias técnicas, actitudes y valores asimilados, que exige la profesión y que espera el público en general.

Tiene cuatro objetivos:

- *Aprender la tecnología de la profesión* (habilidades y teorías)
- *Aprender a asimilar la cultura profesional*. Es fundamental saber cómo aplicar la teoría a la realidad, no limitarse a la memorización de hechos, lograr una adhesión al rol profesional, esto es que aprenda a pensar críticamente y consiga un sentimiento de compromiso con la profesión.

- *Encontrar una versión del rol que sea profesional y personalmente aceptable*, establecen un compromiso entre la imagen profesional que les transmiten los instructores, y su propia individualidad, buscando un modelo de rol compatible con sus necesidades personales y sus exigencias profesionales.
- *Integrar ese rol profesional en todos los demás roles de su vida*. Aquí han de asumir la responsabilidad de sus propios valores y acciones.

Estos procesos van a estar condicionados por una serie de factores internos a cada individuo y externos a él, como los condicionantes del entorno de enfermería, tanto actuales como históricos.

De entre estos últimos, cabe destacar:

- No existe una única teoría o marco de referencia conceptual capaz de hacer de la enfermería un campo profesional legítimo.
- Relación médico – enfermera: Nightingale definió el rol de la enfermera como servidora del médico y aunque esto ha evolucionando ha permanecido así hasta no hace mucho. Servilismo y profesionalidad son contradictorias y han creado problemas en la definición del rol, lo que conlleva a una importante falta de autonomía, quizás también influenciado por la condición femenina de la enfermería.

Para combatir estas situaciones, es fundamental interiorizar que el cuidado de las necesidades físicas de los pacientes, es el núcleo central del rol de la enfermera y que este es nuestro campo de actuación propio, en el que podemos y debemos desenvolvemos con autonomía, liberándonos de históricos lastres que nos han acompañado desde el origen de nuestra profesión.

4. PLANIFICACIÓN

Según el diccionario de la Real Academia Española:

- Acción y efecto de planificar.
- Plan general, metódicamente organizado y frecuentemente de gran amplitud, para obtener un objetivo determinado, tal como el desarrollo armónico de una ciudad, el desarrollo económico, la investigación científica, el funcionamiento de una industria, etc..

Así, en el marco de una organización, definiremos la planificación, como el conjunto de pasos relacionados por los que la gerencia de ésta determina qué debe hacer, cómo, en cuánto tiempo y quién lo hará.

Digamos que existen diversas definiciones pero básicamente todas llegan al mismo objetivo. La planificación se orienta hacia el futuro, hacia lo que debe lograrse y cómo hacerlo.

En esencia, la planificación, incluye las acciones que determinan los Objetivos para el futuro y los medios apropiados para lograrlos.

El resultado de esta función es un plan, un documento escrito que especifica los cursos de acción.

3.1. ¿PARA QUÉ?

La planificación, es la función administrativa básica por excelencia, cuando se realiza adecuadamente, da la pauta para las funciones de organización, dirección e inspección.

Es el proceso formal para:

- a- Seleccionar la misión y las metas generales de una organización, tanto a corto como a largo plazo.
- b- Determinar metas divisionales, departamentales e incluso individuales, basadas todas ellas en objetivos de la organización.
- c- Elegir estrategias y tácticas para el cumplimiento de esas metas.
- d- Asignar recursos (personas, dinero, equipo, instalaciones) para el cumplimiento de dichas metas.

3.2. ELEMENTOS DE LA PLANIFICACIÓN

La planificación, necesita que se tomen decisiones con respecto a cuatro elementos fundamentales de un plan:

- 1- **LOS OBJETIVOS:** especifican las condiciones futuras que se esperan lograr.
- 2- **LAS ACCIONES:** medios o actividades específicas planificadas para lograr los objetivos.
Establecer objetivos y seleccionar acciones, requiere pronosticar el futuro.
- 3- **LOS RECURSOS:** medios necesarios para el desarrollo de estas acciones.
El plan debe especificar las clases y cantidades de recursos requeridos, así como las fuentes potenciales y los presupuestos.
- 4- **LA IMPLANTACIÓN:** medios y formas de implantar las acciones que se pretenden. La implantación incluye asignar la dirección que debe tomar el personal para llevar a cabo el plan.

3.3. IMPORTANCIA DE LA PLANIFICACIÓN

Las organizaciones consiguen sobrevivir, sólo si logran administrar los cambios, mantener un adecuado grado de estabilidad, reducir al mínimo la confusión y establecer un sentido de dirección, así, tienen mas probabilidades de progresar y crecer.

A medida que se incrementan, el ritmo del cambio y el grado de complejidad de las organizaciones, se hace más necesaria esta planificación.

El logro de las metas generales, debe permitir a una organización el cumplimiento de sus metas más importantes: crecimiento, rentabilidad y supervivencia a largo plazo.

3.4. TIPOS DE PLANIFICACIÓN

A. Estratégica

B. Táctica

C. Operativa

A. **PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA**

Es el proceso organizacional de desarrollo y análisis de la misión y visión, de metas y tácticas y de asignación de recursos. Aporta un enfoque global de la organización, enfrentando eficazmente las oportunidades y amenazas del entorno, a partir de las fortalezas y debilidades de esta.

Desempeña un papel muy relevante, para lograr el equilibrio entre el corto y el largo plazo.

El proceso de la planificación estratégica, es un plan que desarrolla principalmente cuatro aspectos importantes:

- La misión
- La visión
- Los objetivos
- Las estrategias
- El plan de cartera

▪ **LA MISIÓN**

Es el propósito o razón de existir de una organización.

Debe responder a preguntas como ¿cuál es nuestro negocio? y ¿a qué nos dedicamos?. En ella se describe la organización, en términos de las necesidades de los clientes a quienes se pretende satisfacer, los bienes y servicios que se le ofrecen, y los mercados que se persiguen.

Las declaraciones de la misión deben corresponder a una visión a largo plazo sobre lo que la organización quiere llegar a ser. Para desarrollar una declaración de la misión hay que tener en cuenta una serie de elementos clave: *la historia* de la organización, sus *capacidades distintivas*, y su *entorno*.

- **Historia:** toda organización grande o pequeña, lucrativa o no, tiene una historia de objetivos, logros, errores y políticas, para formular una misión hay que tomar en cuenta los hechos más relevantes del pasado.
- **Capacidades distintivas:** son las actividades que una organización realiza mejor, de tal forma que ofrece una ventaja sobre organizaciones similares.
- **Entorno:** el entorno de la organización dicta las oportunidades, las limitaciones y las amenazas que deben identificarse antes de desarrollar una declaración de la misión.

Básicamente, la misión, debe desarrollarse enfocada hacia el mercado que se pretende captar, no en el producto; debe ser realizable y realista, motivadora y específica, proporcionando dirección y pautas, para que la gerencia elija las acciones a seguir.

▪ LA VISIÓN

Expresa las aspiraciones y valores fundamentales de una organización apelando por lo general a las emociones e inteligencia de sus miembros. Una declaración de visión dota de "espíritu" a las declaraciones de misión que carecen de él. Así, podemos definir la visión, como las aspiraciones y valores fundamentales de una organización, generalmente atractivos para las mentes y los corazones de sus miembros.

- **LOS OBJETIVOS**

También definido como metas, son aquellas que la organización se compromete a lograr, se puede expresar tanto cualitativa como cuantitativamente, qué se desea lograr, en qué cantidad y cuándo.

Los objetivos deben de convertirse en acciones específicas, proporcionar dirección, establecer prioridades a largo plazo, facilitar el control de la gerencia, sirven para evaluar el rendimiento.

- **LAS ESTRATEGIAS**

Son los principales cursos de acción que sigue una organización, para cumplir sus metas. El papel de la estrategia en la planificación, consiste en identificar los enfoques que la organización utiliza para sus objetivos generales, así como las opciones sobre las principales direcciones, que la organización puede tomar para alcanzarlos.

- **EL PLAN DE CARTERA**

Es la fase final de la planificación estratégica, consiste en identificar los diferentes productos con los que trabaja la organización, conocer su rentabilidad, saber cómo aumentar ésta o eliminar el producto si no interesa.

B. PLANIFICACIÓN TÁCTICA

Describe el proceso de toma de decisiones acerca de qué hacer, quién lo hará y cómo lo hará, con un horizonte de tiempo de un año o menos.

El proceso, incluye las siguientes tareas:

- Selección de metas específicas y forma de implementarlas.
- Decisión de los cursos de acción a seguir para lograr la mejora de las operaciones vigentes.
- Elaboración de presupuestos para cada departamento, división y proyecto.

La planificación táctica difiere de la estratégica, fundamentalmente, en términos de marcos de tiempo más cortos y en cuanto al nivel del detalle, pero a pesar de las diferencias, en un sistema de planificación correctamente diseñado tienden a estar íntimamente relacionados entre sí.

Con el fin de ofrecer un ejemplo que nos clarifique la SISTEMÁTICA DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA, describiremos un ejemplo en la industria de la aviación:

“La industria de la aviación de los Estados Unidos experimentó pérdidas entre 1990 y 1994: las grandes líneas aéreas como American Airlines y United Airlines, han probado varias estrategias para recuperar su rentabilidad. Estas estrategias incluyen la reducción de sus costos (principalmente por medio del despido de sus empleados), reducción de los precios de sus billetes para estimular la demanda o igualar reducciones de precios de los competidores, disminución del número de vuelos diarios, y ciudades atendidas y cancelación de pedidos de nuevos aviones.”

Tras la desrrregularización del ramo de la aviación en 1978, la mayoría de las grandes líneas adoptaron el sistema de rutas del eje. Este consiste en el traslado de pasajeros a un eje central para que cambien de avión y desde el cuál vuelven después a su destino.

En contraste a esto, una COMPAÑÍA AEREA “A” sigue un sistema de punto a punto (de ciudad a ciudad).

Se sostiene en el ramo de la aviación gracias a una estrategia de bajos costos generales, basada en:

- 1- vuelos relativamente cortos (el más largo en 1994 tenía una duración de tres horas y media, sin escalas)
- 2- vuelos frecuentes entre pares de ciudades (un mínimo de diez al día)
- 3- inexistencia de servicios auxiliares (los asientos no son numerados, no se sirven alimentos y el pasajero se encarga del manejo de su equipaje)
- 4- rápido cambio de posición entre vuelos (20 minutos o menos de promedio para la entrada y salida de un avión a una vía acceso, contra una hora en caso de aerolíneas más grandes)
- 5- Una flotilla compuesta únicamente por modelos Boeing 737 (con la consecuente reducción de costos de mantenimiento, inventario y capacitación de comparación con líneas aéreas con muchos tipos diferentes de aviones).

Esta compañía considera que el viaje en automóvil es su mayor competencia.

Las estrategias y valores de esta compañía "A" son reforzados y promovidos por su director general Herb Kelleher. Los tres valores básicos o pilares de sus convicciones, son:

- 1- El trabajo es divertido... se puede jugar con él... disfrútalo.
- 2- El trabajo es importante... no lo echas a perder con formalismos
- 3- La gente es importante...cada cuál hace la diferencia.

Kelleher declara que "la diversión es estimulante para la gente, de este modo disfrutará más de su trabajo y éste es más productivo".

Han transmitido su sentido del humor y su energía a sus empleados, quienes incluso, realizan actividades de entrenamiento espontáneas, como el otorgamiento de premios a los pasajeros con el hoyo más grande en el calcetín. El humor persigue un propósito serio, explica Kelleher "Lo importante es que el cliente se diga al bajar del avión: Esto no fue solo un viaje de A a B; tuve una de las experiencias más agradables de mi vida, y volveré por esa razón"

Esta COMPAÑÍA "A" es única en el ramo de la aviación estadounidense gracias a que satisface a sus clientes con un alto valor a bajo precio. Dice Kelleher "*Damos más por menos, no menos por menos*"

C. **PLANIFICACIÓN OPERATIVA**

Es la que se ocupa de la planificación a corto plazo y analiza y maneja las actividades cotidianas.

Se lleva a cabo por los mandos inferiores de la organización y puede durar de entre una semana a un año.

La planificación operacional, identifica la localización, las instalaciones, el equipo y el material necesarios para el desarrollo de la actividad planificada.

4. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN ENFERMERÍA

La evolución de los sistemas de salud en general, de la Enfermería en particular y el aumento de la demanda social, crea la necesidad de estructurar las organizaciones hacia los clientes con una exigencia de participación de los profesionales en el logro y en la responsabilidad de sus objetivos.

Esto, exige una planificación global que permita orientar y sugerir propuestas, en la línea de lograr unos cuidados de enfermería adecuados y comprometidos con las personas, así como fomentar nuestra auténtica identidad como cuidadores.

La amplia experiencia en otros sectores, el peso de la evidencia y el sentido común, avalan la utilidad de la planificación estratégica para lograr estos objetivos, ya que posibilita entre otras cosas, acciones coordinadas, coherentes y no contradictorias.

La planificación estratégica permite la participación de todos los profesionales, al estar orientada básicamente en el establecimiento de objetivos y criterios específicos de la profesión; se trata de responder a interrogantes ligados a la situación actual:

- *¿Dónde estamos?... explorar oportunidades, establecer compromisos y orientar las actuaciones futuras.*
- *¿A dónde queremos ir?*
- *¿En que nos queremos superar? y las estrategias que permitan acercarse al ideal planteado...*
- *¿Qué hacer para conseguirlo?*

Bajo estas premisas la realización del plan estratégico de la Dirección de Enfermería es una oportunidad para cambiar colectiva y críticamente la realidad existente, tras un análisis que ha evidenciado fortalezas y debilidades internas y externas.

5. DIRECCIÓN / COORDINACIÓN / LIDERAZGO

Aunque Coordinación y Dirección puedan parecer sinónimas, existen grandes diferencias entre una y otra, de forma que siendo rigurosos, podemos decir que la Dirección incluye a la coordinación, y también el liderazgo.

Por Dirección, se entiende la función en la cual se planifica, inicia, orienta e impulsa la acción hacia el cumplimiento de los objetivos acordados a través de la toma de decisiones, la motivación y el liderazgo del grupo.

Dirigir, también es guiar, conducir, encaminar gobernar, regir, orientar aconsejar...

Tiene distintas funciones:

- Planificación de los procesos de previsión de recursos y servicios, para conseguir objetivos determinados.
- Comunicación, *liderazgo* y motivación.
- Organización: consiste en el establecimiento de la estructura formal, la asignación de tareas etc...
- *Coordinación*: Sincroniza todos los esfuerzos individuales para alcanzar los objetivos comunes del equipo.
- Evaluación: control de las acciones, procesos y resultados de acuerdo con lo previsto en los planes.

De forma más concreta, se entiende por **coordinación** a aquellas actividades encaminadas a agrupar y sincronizar esfuerzos, tanto individuales como colectivos, (departamentos, distintos estamentos) para alcanzar objetivos comunes propuestos por la organización.

También es, reunir medios, esfuerzos, relacionar elementos del mismo nivel o función etc...

Otro aspecto muy importante de la dirección, es el liderazgo, considerado como la forma efectiva de conducir o dirigir personas.

Los líderes, aceptan el reto del cambio, se centran en los objetivos y tienen un tiempo marcado en el futuro. Preguntan porqué y utilizan estrategias basadas en las trayectorias hacia el potencial humano.

Por otra parte, **los directores**, optan por la continuidad y se centran en las estructuras y en los procedimientos actuales. Preguntan quién, qué, cuándo, dónde y cómo, porque utilizan programas para llegar al destino y evalúan la actuación humana.

Existen varios tipos de liderazgo, entre los que destacaremos.

1. Liderazgo autocrático.

Es aquel que mantiene fuerte control, planifica, toma decisiones y da órdenes.

Los líderes autocráticos tienden a ser críticos y punitivos, se atribuyen una posición más alta que el resto del grupo, lo cual disminuye la comunicación abierta y la confianza. Tienden a tener un buen rendimiento, cuantitativamente y cualitativamente, pero poca autonomía, creatividad o automotivación. Les resulta difícil estimular a su equipo.

2. Liderazgo democrático.

Mantienen un control menor, más que pedir resultados, hacen preguntas y sugerencias e implican al grupo, en la planificación, la resolución de problemas y la toma de decisiones. Funciona cuando las personas tienen conocimientos y habilidades y trabaja bien en equipo.

3. Liderazgo laissez-faire

Es muy permisivo, no directivo, pasivo e inactivo. Los miembros del grupo trabajan de forma independiente, no hay planificación, coordinación ni cooperación.

Es posible que surja el caos, a menos que surja un líder informal.

Este estilo puede funcionar con trabajadores muy maduros y autónomos, pero es probable que sea ineficaz e improductivo.

E. HIPÓTESIS GENERALES

La planificación estratégica influye positivamente sobre la identidad de los profesionales de enfermería.

Subhipótesis

- Los profesionales que desarrollan su rol autónomo identifican el cuidado como eje de su labor
- La satisfacción profesional es más alta en aquellos que reconocen su identidad como cuidadores
- La satisfacción profesional es más alta en aquellos que ven reconocido su trabajo.
- La implantación del Plan se ha desarrollado de forma importante.
- Los profesionales tienen una visión positiva del Plan Estratégico.

F. PROCESO

Se ha realizado un estudio descriptivo “ex – post facto”

POBLACIÓN Y MUESTRA

En este caso, población y muestra es la misma, ya que se ha estudiado la totalidad de los profesionales de Enfermería del Centro Médico Povisa, con contrato fijo o eventual de mínimo 30 horas.

INSTRUMENTOS

Hemos diseñado un **cuestionario** de 37 preguntas cerradas.

Para su validación se elaboró un registro específico (**ANEXO I**) en el que se valoraba la univocidad, pertinencia e importancia) de cada una de las preguntas (36 en total).

Se pasó esta junto con una solicitud formal (**ANEXO II**) y el cuestionario inicial (**ANEXO III**), para su valoración a 10 jueces:

- Pilar López Villar. Dirección de Enfermería. Povisa, Centro Médico.
- Vicente Pérez Vázquez. Responsable Enfermería Nuestra Señora de la Esperanza.
- Begoña Otero Pejito. Supervisora de Unidad de Críticos. Povisa. Centro Médico.

- Luisa Sánchez Méndez. Dirección Económico – Financiera. Povisa Centro Médico
- Tomás Gozalo Herranz. Subdirector de Gestión Operativa. Povisa Centro Médico
- Esteve Pont./ Montse Teixidor Dirección Máster de Gestión y Administración en Enfermería. E.U.E. Santa Madrona
- José Tejada Fernández. Profesor Metodología e Investigación Máster de Gestión y Administración en Enfermería. E.U.E. Santa Madrona
- Marisa Pueyo Ibañez. Supervisora Quirófano y esterilización Hospital Sant Pau. Alumna XII Máster de Gestión y Administración en Enfermería. E.U.E. Santa Madrona
- Angels Ondiviela Cariteu. Cap. Enfermería Ciutat Vella. Alumna XII Máster de Gestión y Administración en Enfermería. E.U.E. Santa Madrona

Los resultados se presentan en el **ANEXO IV**.

Se desestimó una sola pregunta (14) ya que obtuvo una pertinencia del 44 % y una importancia de 2.4 en una escala de 0 – 5.

Esta fue sustituida por la nº 30 del cuestionario definitivo (**ANEXO V**).

RECOGIDA DE DATOS

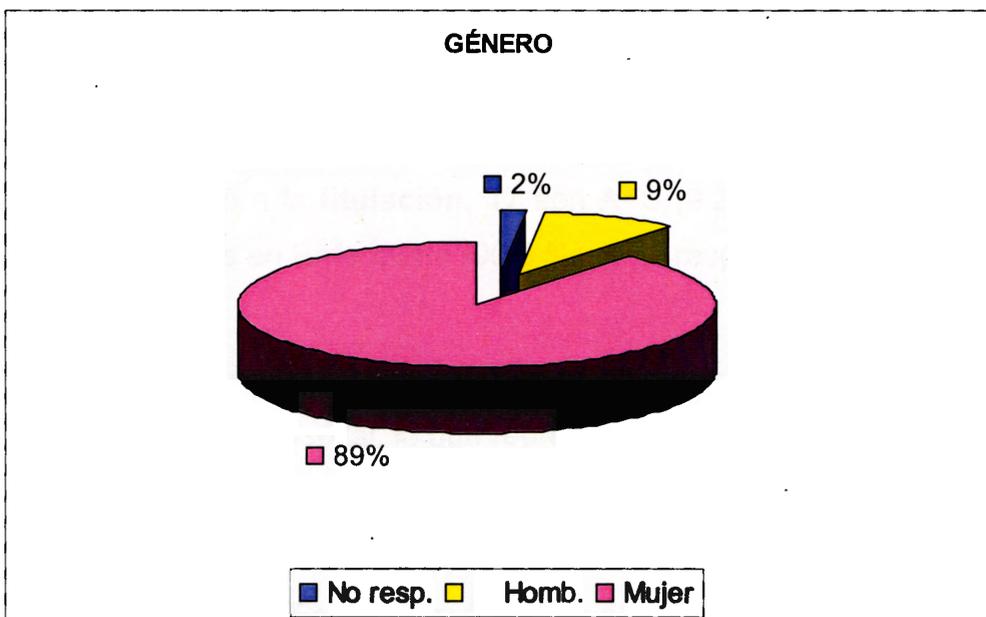
El cuestionario junto a una carta de presentación (Anexo VI), fue entregado a los profesionales durante el mes de junio, por los dos miembros del equipo investigador y la recogida se realizó por ellos mismos o bien en un buzón, para aquellos que deseaban mantener el anonimato en sus respuestas.

G. RESULTADOS

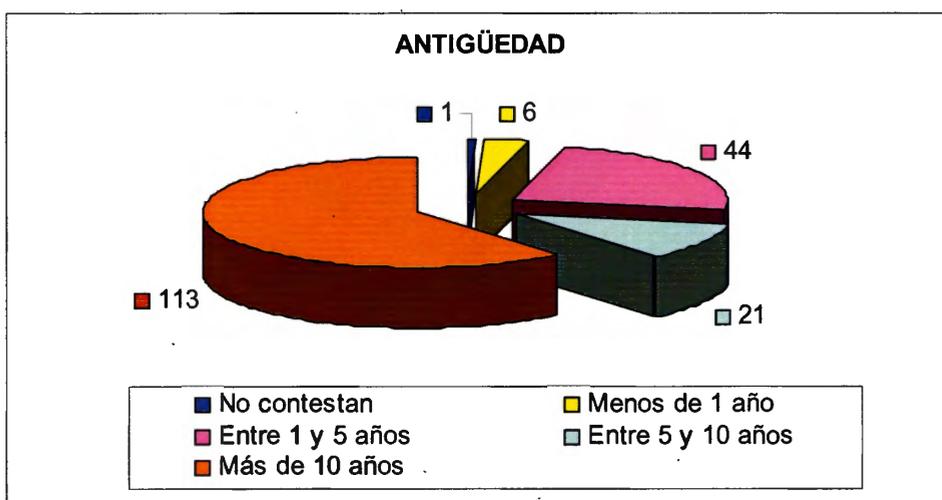
- Número de encuestas entregadas: 220
- Número de encuestas recogidas: 185
- Porcentaje de respuesta: 84 %

El tratamiento de los datos recogidos se ha realizado con el programa estadístico SPSS 11.5[®] y Ms Excel[®].

- La media de edad de los profesionales encuestados es de 36 años (edad mínima: 23 y edad máxima: 57)
- En cuanto al género, 17 son hombres y 165 mujeres (3 no respondieron)



- El **tipo de contrato** es eventual en 18 casos (**9,7 %**) y fijo en 167 (**90,3%**).
- La **antigüedad** en la empresa se distribuye en :
 - Menos de 1 año: **3 %**
 - Entre 1 y 5 años: **24 %**
 - Entre 5 y 10 años: **11 %**
 - Más de 10 años: **61 %**

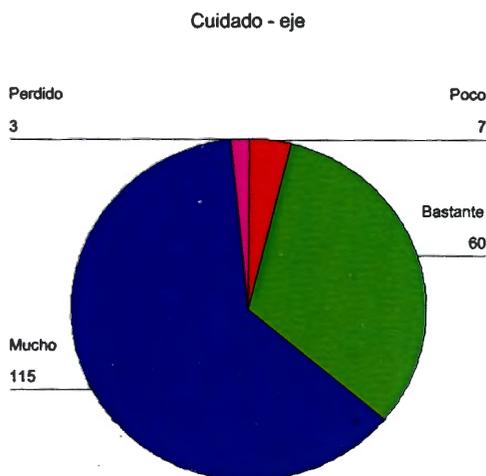


- Con respecto a la **titulación**, 17 son ATS (9,2 %) y 167 Diplomados Universitarios en Enfermería (90,3 %), 1 no responde.
- 28 han pertenecido o pertenecen actualmente al **equipo directivo** de Enfermería del hospital, lo que representa un 15 % del total.

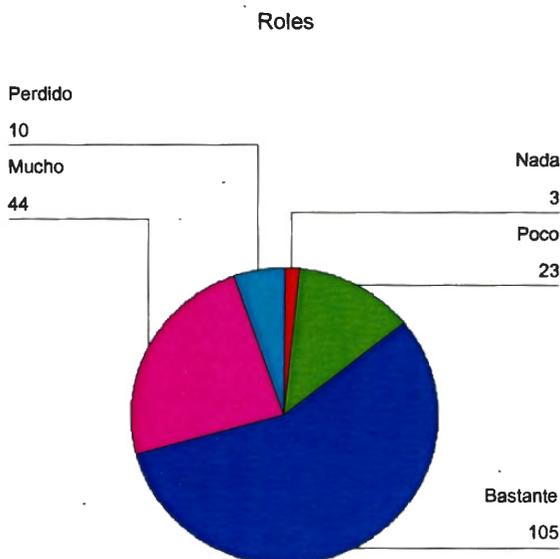
En cuanto a los tres ejes sobre los que gira el estudio, **Identidad, Implantación del Plan Estratégico y Valoración por los profesionales**, los resultados obtenidos son los siguientes:

1. IDENTIDAD:

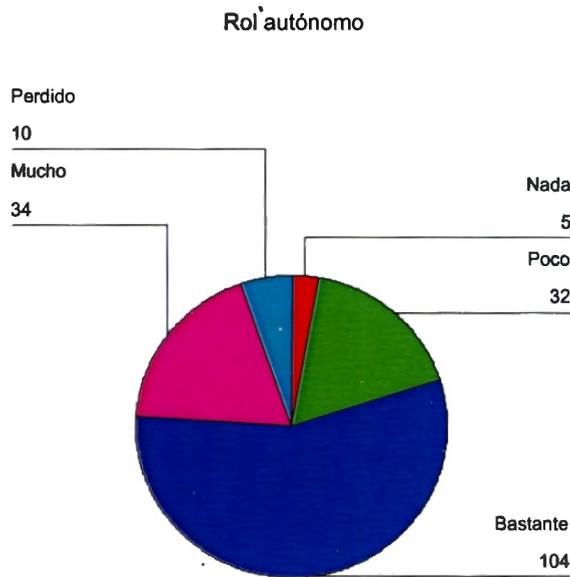
1. A. Reconocen el cuidado, como eje principal de la profesión: “bastante – mucho” el **96,2 %** de los encuestados. Nadie responde “nada” y un **3,8 %** responde “poco”.



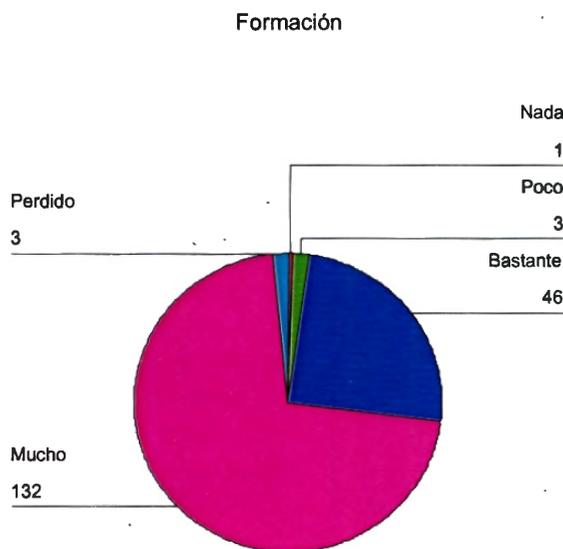
1. B. Reconocen los distintos roles profesionales: “Bastante – mucho” el **85,1%** de los encuestados, “poco – nada” el **14,8 %**.



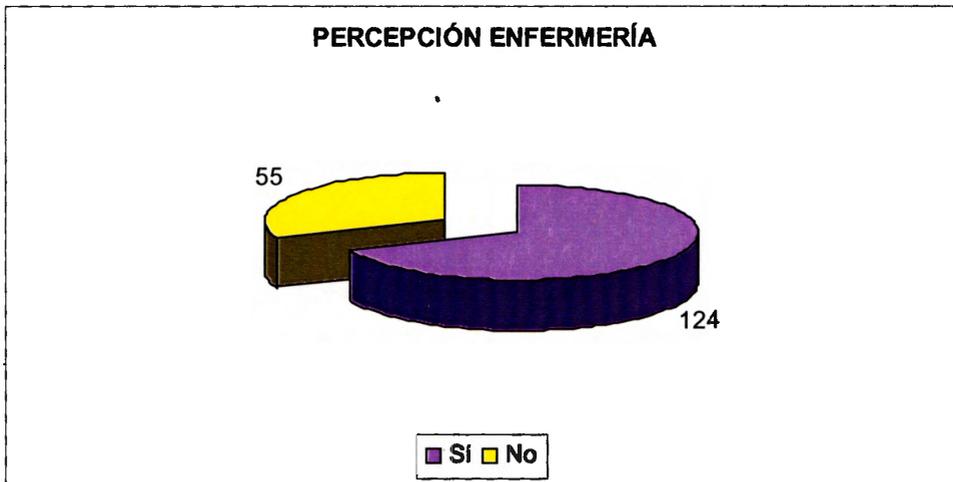
1. C. Desarrollan con independencia el rol Autónomo: “Bastante – Mucho” el **78,8 %**, y “poco - nada” un **21,2%**.



1. D. Consideran que la Formación contribuye a consolidar la profesión de Enfermería: “Bastante – Mucho” un **97,8 %** y “Poco - nada” un **2,1 %**.



1. E. Un **69,3%** afirma que su percepción de la Enfermería ha cambiado en los últimos tres años frente a un **30,7 %** que responde que no.



1. F. La **SATISFACCIÓN** en el ámbito profesional se sitúa en una media de **6,51** oscilando entre los valores extremos (0 – 10). No se encontró relación estadística significativa entre Grupos de edad /satisfacción ($\chi= 6.549$; $p= 0.684$) ni entre los que reconocen el eje como cuidado y satisfacción ($\chi= 7.396$; $p= 0.596$)

Grupos de edad * Satisfacción Categórica

Grupos de edad			Satisfacción Categórica				Total
			Nada	Poco	Bastante	Mucho	
Menores de 25 años	Count		0	4	21	2	27
	% within Satisfacción Categórica		,0%	14,8%	18,1%	12,5%	16,4%
De 26 a 35 años	Count		3	10	39	3	55
	% within Satisfacción Categórica		50,0%	37,0%	33,6%	18,8%	33,3%
De 36 a 45 años	Count		1	8	40	8	57
	% within Satisfacción Categórica		16,7%	29,6%	34,5%	50,0%	34,5%
Mayores de 46 años	Count		2	5	16	3	26
	% within Satisfacción Categórica		33,3%	18,5%	13,8%	18,8%	15,8%
Total	Count		6	27	116	16	165
	% within Satisfacción Categórica		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuidado - eje * Satisfacción Categórica

			Satisfacción Categórica				Total
			Nada	Poco	Bastante	Mucho	
Cuidado - eje	Poco	Count	1	3	3	0	7
		% within Satisfacción Categórica	16,7%	9,4%	2,4%	,0%	3,9%
	Bastante	Count	2	9	44	5	60
		% within Satisfacción Categórica	33,3%	28,1%	35,5%	31,3%	33,7%
	Mucho	Count	3	20	77	11	111
		% within Satisfacción Categórica	50,0%	62,5%	62,1%	68,8%	62,4%
Total		Count	6	32	124	16	178
		% within Satisfacción Categórica	100,0 %	100,0 %	100,0%	100,0%	100,0 %

1. G. Tampoco existe relación estadística entre aquellos que identifican su rol autónomo como profesionales y el cuidado como eje. ($\chi= 9,747$; p: 136)

Rol autónomo * Cuidado - eje

			Cuidado - eje			Total
			Poco	Bastante	Mucho	
Rol autónomo	Nada	Count	0	2	3	5
		% within Cuidado - eje	,0%	3,4%	2,8%	2,9%
	Poco	Count	1	16	15	32
		% within Cuidado - eje	14,3%	27,6%	13,8%	18,4%
	Bastante	Count	5	35	64	104
		% within Cuidado - eje	71,4%	60,3%	58,7%	59,8%
	Mucho	Count	1	5	27	33
		% within Cuidado - eje	14,3%	8,6%	24,8%	19,0%
Total		Count	7	58	109	174
		% within Cuidado - eje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

1. H. RECONOCIMIENTO:

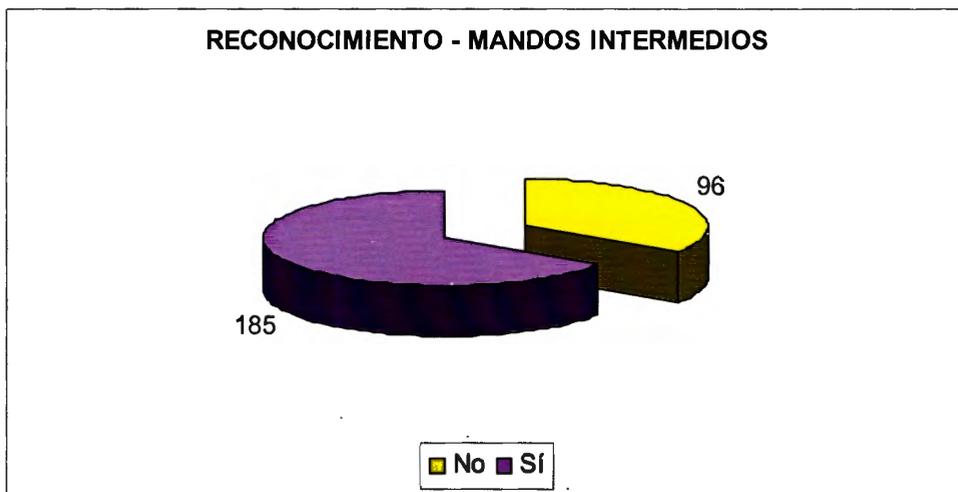
- Un **30,8 %** de los encuestados no ve reconocido su trabajo por sus **compañeros**, mientras que un **69,2 %** sí.



Reconocimiento de los compañeros * Satisfacción Categórica

		Satisfacción Categórica				Total	
		Nada	Poco	Bastante	Mucho		
Reconocimiento compañeros	No	Count	3	15	34	2	54
		% within Satisfacción Categórica	50,0%	48,4%	27,4%	13,3%	30,7%
	Si	Count	3	16	90	13	122
		% within Satisfacción Categórica	50,0%	51,6%	72,6%	86,7%	69,3%
Total		Count	6	31	124	15	176
		% within Satisfacción Categórica	100,0 %	100,0 %	100,0%	100,0%	100,0 %

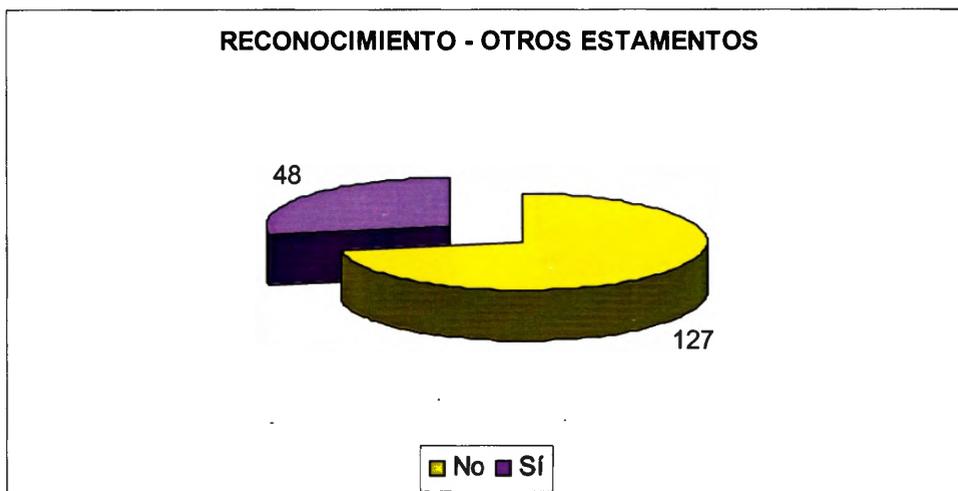
- En cuanto a la **supervisión**, un **53 %** no tiene reconocimiento por su mando intermedio, frente al **47 %** que sí lo tiene.



Reconocimiento de la supervisora * Satisfacción Categórica

			Satisfacción Categórica				Total
			Nada	Poco	Bastante	Mucho	
Reconocimiento de la supervisora	No Reconocido	Count	5	20	65	4	94
		% within Satisfacción Categórica	83,3%	64,5%	52,4%	28,6%	53,7%
	Si Reconocido	Count	1	11	59	10	81
		% within Satisfacción Categórica	16,7%	35,5%	47,6%	71,4%	46,3%
Total		Count	6	31	124	14	175
		% within Satisfacción Categórica	100%	100%	100,0%	100%	100%

- Con respecto a otros estamentos del equipo multidisciplinar, un **72,6 %** de los encuestados no percibe reconocimiento a su labor, frente a un **27,4 %** que lo hace.



Reconocimiento de otros estamentos * Satisfacción Categórica

			Satisfacción Categórica				Total
			Nada	Poco	Bastante	Mucho	
Reconocimiento de otros estamentos	No reconocido	Count % within Satisfacción Categórica	4 66,7%	27 87,1%	86 71,1%	8 57,1%	125 72,7%
	Si reconocido	Count % within Satisfacción Categórica	2 33,3%	4 12,9%	35 28,9%	6 42,9%	47 27,3%
Total		Count % within Satisfacción Categórica	6 100%	31 100%	121 100,0%	14 100%	172 100%

- En cuanto al reconocimiento social del trabajo de los profesionales de Enfermería, el **49,2 %** no lo percibe mientras que sí lo hacen el **50,8 %**.



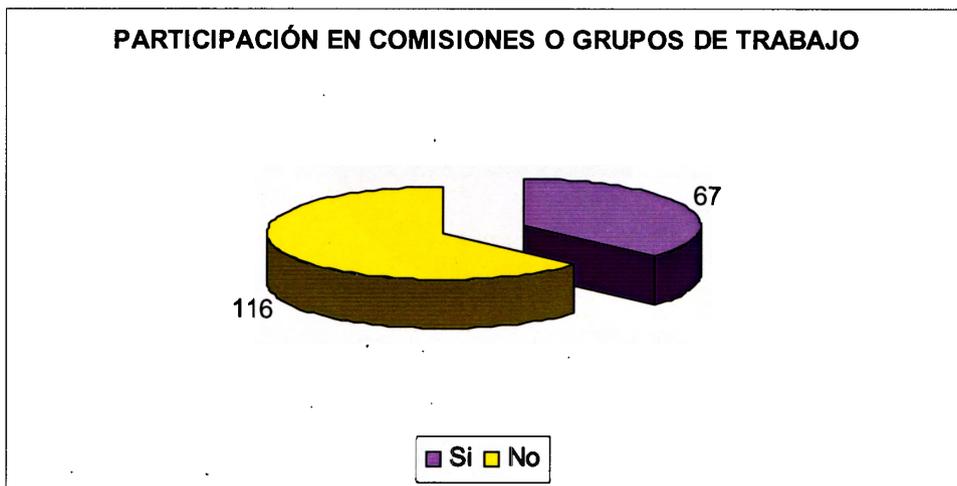
Reconocimiento por parte de la sociedad * Satisfacción Categórica

			Satisfacción Categórica				Total
			Nada	Poco	Bastante	Mucho	
Reconocimiento por parte de la sociedad	No Reconocimiento	Count	2	21	61	5	89
		% within Satisfacción Categórica	33,3%	67,7%	50,0%	31,3%	50,9%
	Sí reconocimiento	Count	4	10	61	11	86
		% within Satisfacción Categórica	66,7%	32,3%	50,0%	68,8%	49,1%
Total		Count	6	31	122	16	175
		% within Satisfacción Categórica	100%	100%	100,0%	100%	100%

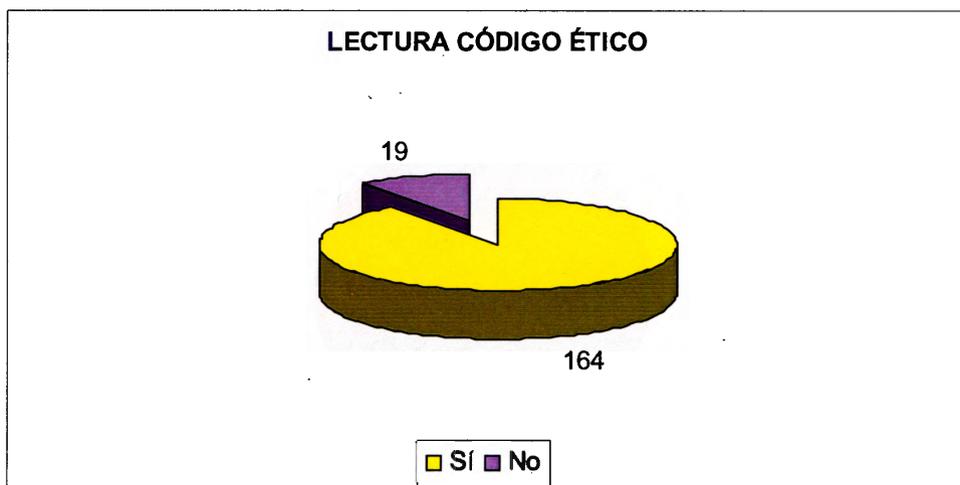
2. IMPLANTACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO

En cuanto a la implantación del Plan en sí, es decir, al desarrollo de las actividades planificadas, se obtuvieron los siguientes resultados:

2.A. Participan o han participado en comisiones o grupos de trabajo, un 36,6 %; responden negativamente el 63,4 %.

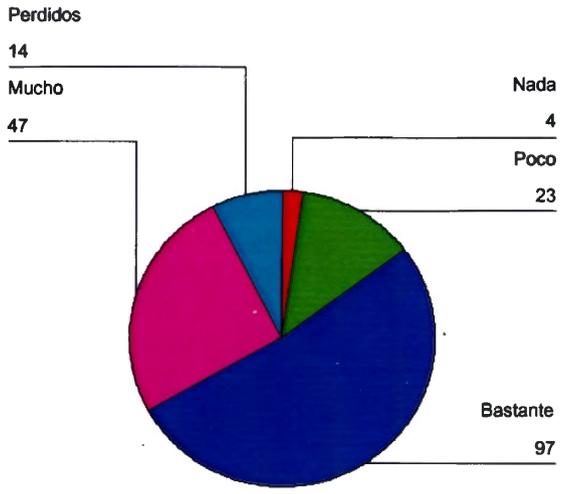


2.B. Han leído el Código Ético de Enfermería, entregado por la Dirección a cada uno de los profesionales el 89,1 %.



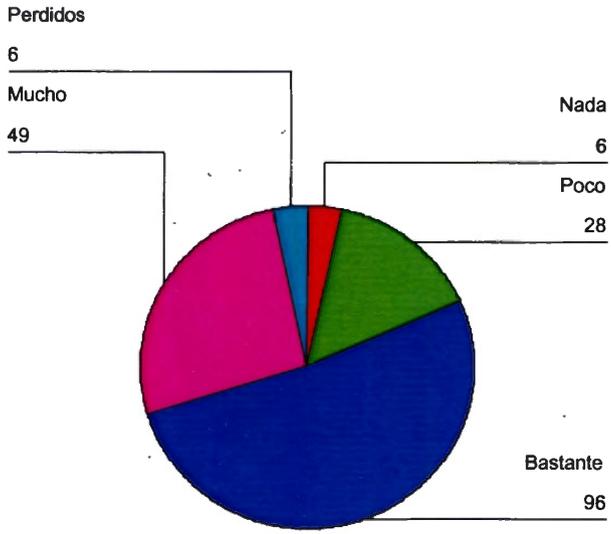
2.C. Lo tienen en cuenta diariamente en su trabajo: “Bastante – Mucho” un 77,8 % y “Poco – Nada” un 14,6 %.

CE: en cuenta diariamente

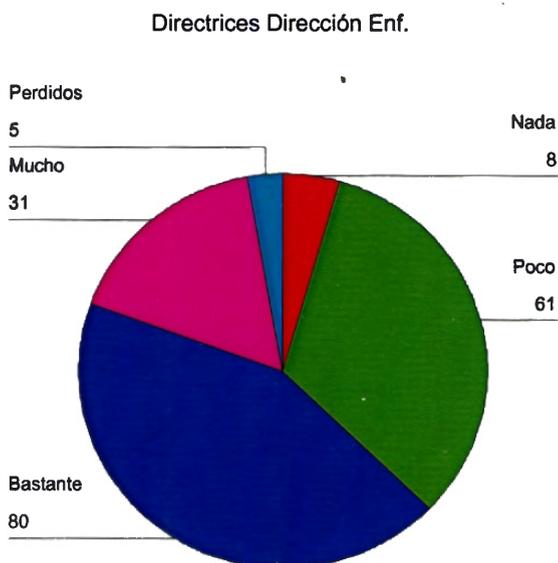


2.D. Sienten que pertenecen a un equipo de salud: “Bastante – Mucho” un 78,4 % y “Nada – Poco” un 18,3 %.

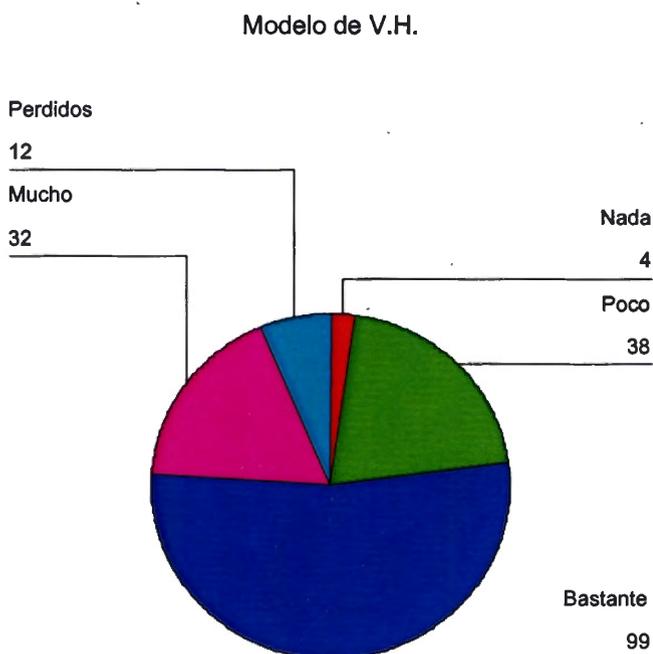
Equipo de salud



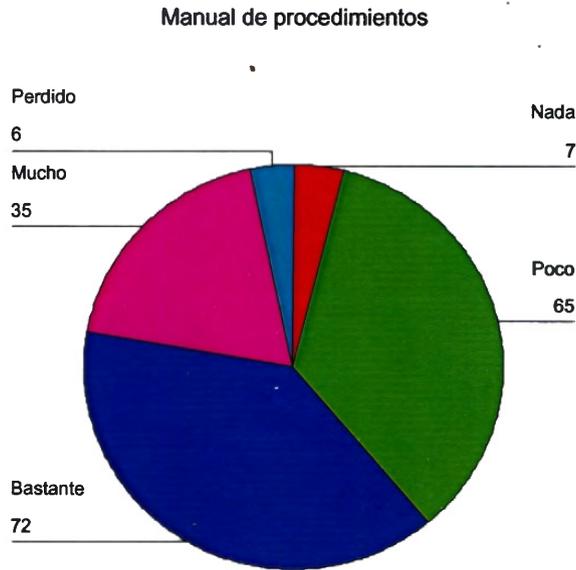
2.E. Conocen las directrices de la Dirección de Enfermería: “Bastante – Mucho” un 61,6 % y “Poco – Nada” un 38,3 %.



2.F. Siguen el modelo de cuidados de Virginia Henderson: “Bastante – Mucho” un 75,7 % y “Poco – Nada” un 24,3 %.



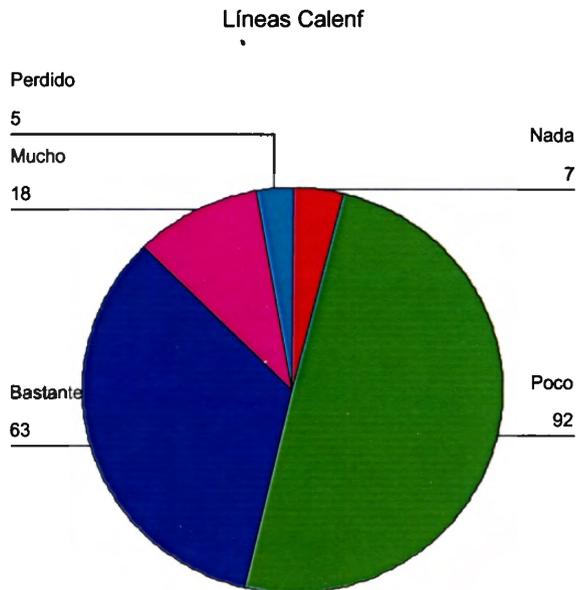
2.G. Utilizan habitualmente el Manual de Procedimientos de Enfermería: Bastante – Mucho un 59,8 % y Poco – Nada 40,2 %.



2.H. Se sienten respaldados por la Dirección de Enfermería: “Bastante – Mucho” un 50,5 % y “Poco – Nada” el 49,5 %.



2. I. Conocen las líneas de trabajo de la Dirección de Enfermería, en temas de Calidad: “Poco – Nada” el 55 % y “Bastante – Mucho” un 45 %.



2. J. La participación media en actividades formativas intracentro en los 2 últimos años fue de 4,57 actividad/profesional mientras que en los 3 anteriores fue de 3,05.

2. K. La participación media en actividades formativas extracentro en los 2 últimos años fue de 3.09 y en los 3 anteriores 3.70.

2. L. Han presentado una media de 0.88 comunicaciones en Jornadas / Congresos en los dos últimos años, frente a un 0.66 en los tres anteriores.

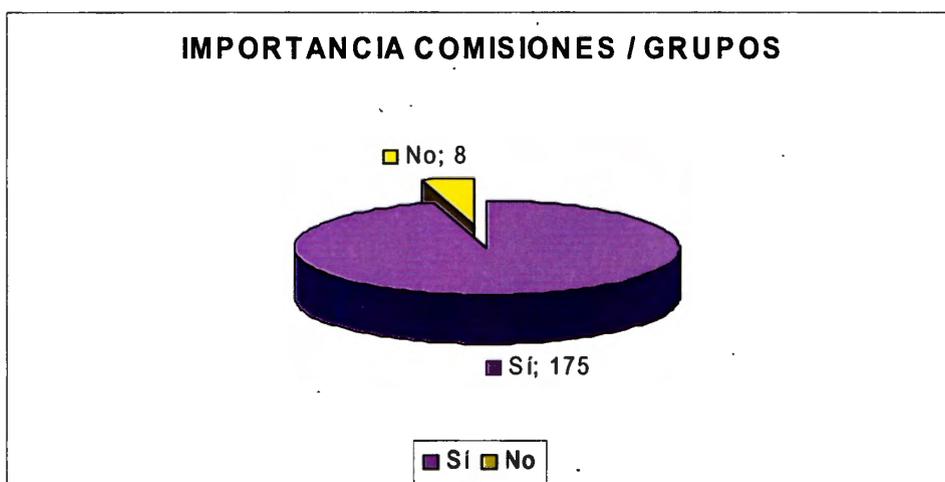
Participación actividades formativas

		Form. int. 2 últ.años	Form. int. 3 ant.	Form. ext. 2 últ. años	Form. ext. 3 ant.	Comunica- ciones 2 últ. años	Comunica- ciones 3 ant.
N	Válidos	119	82	108	91	95	93
	NS/NC	66	103	77	94	90	92
Mean		4,57	3,05	3,09	3,70	,88	,66
Std. Error of Mean		,458	,323	,440	,534	,150	,127
Minimum		0	0	0	0	0	0
Maximum		20	15	40	40	8	7

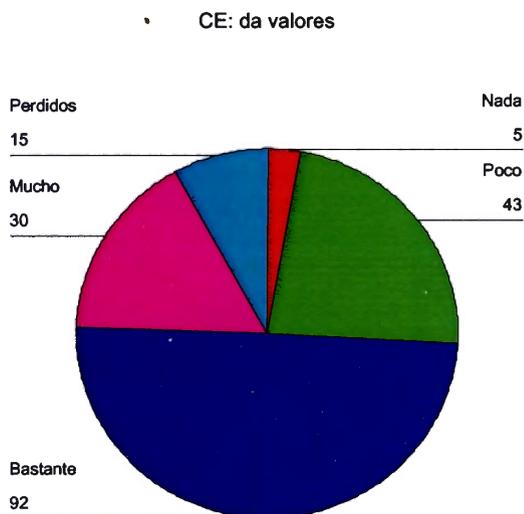
3. VALORACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO:

Con respecto a la percepción de los propios profesionales sobre las líneas de trabajo seguidas, los resultados fueron los siguientes:

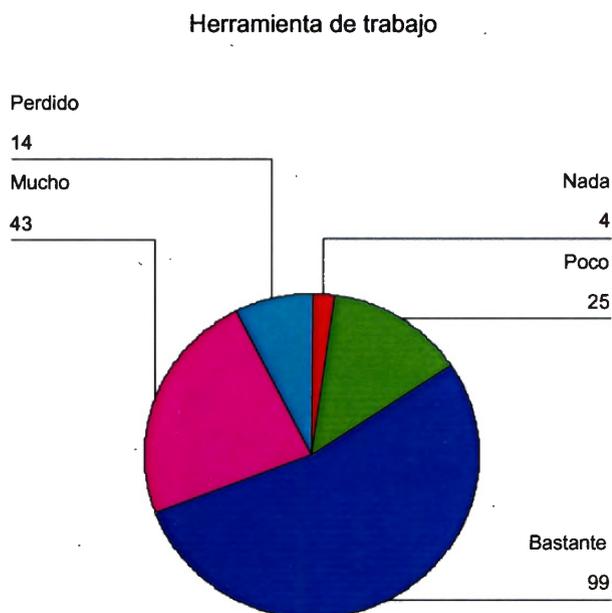
3. A. Un **95,6 %** de los encuestados responden que sí es **importante** la **participación en comisiones y grupos de trabajo hospitalarias**.



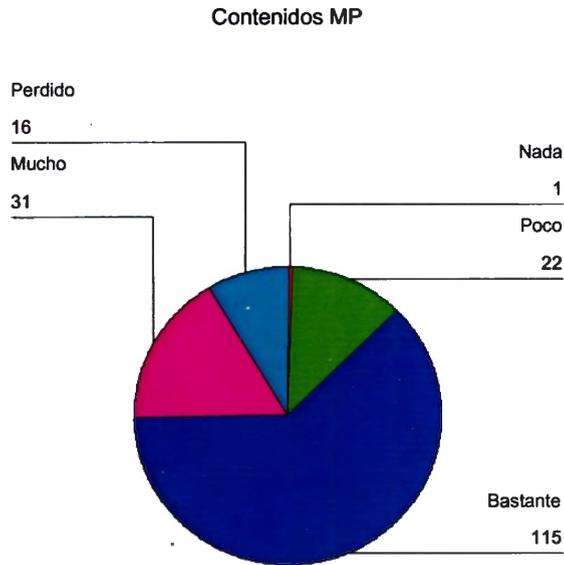
3.B. La lectura del Código Ético ha aportado valores importantes a la labor de los profesionales: “Bastante – Mucho” el 71,7 % “Poco – Nada” 28,2 %.



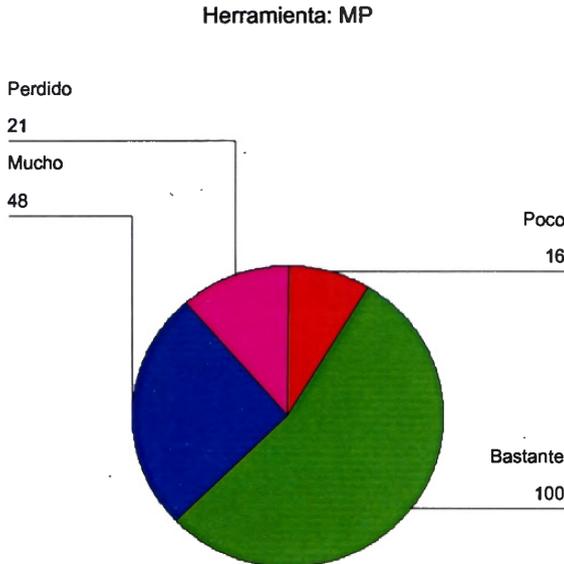
3.C. Consideran el modelo de Virginia Henderson como una herramienta importante para su trabajo: “Bastante – Mucho” el 83,0 % “Poco – Nada” el 16,9 %.



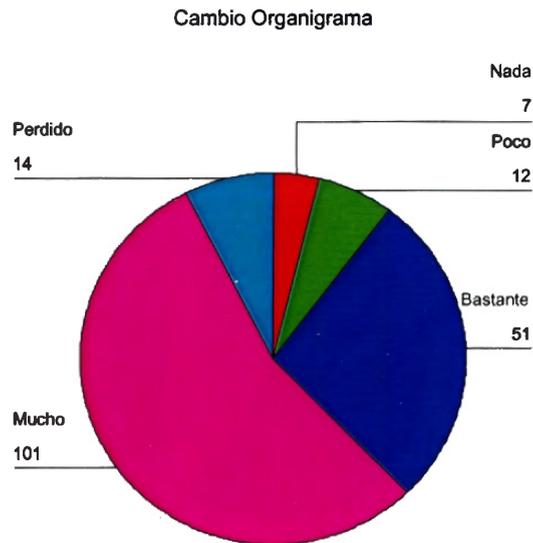
3.D. Consideran adecuados los contenidos del Manual de procedimientos de Enfermería: “Bastante – Mucho” el **86,3 %** y “Poco – Nada” el **13,6 %**.



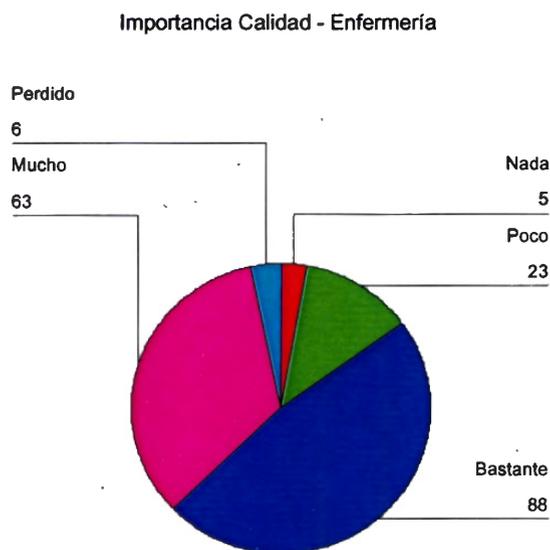
3.E. Les parece que es una buena herramienta de trabajo: “Bastante – Mucho” el **90,3 %** y “Poco” el **9,8 %**.



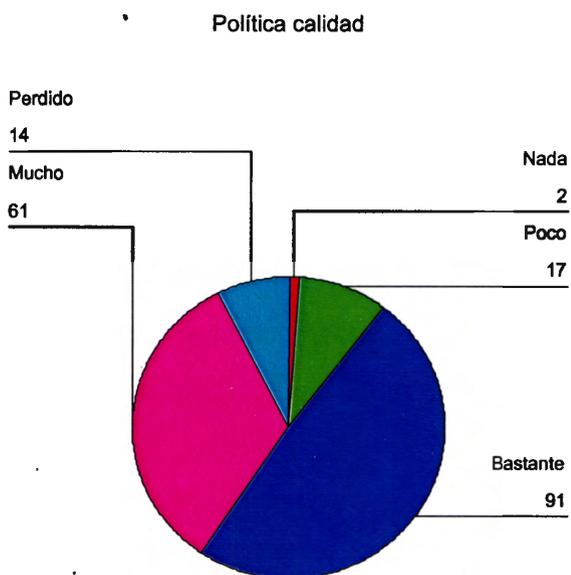
3.F. Al cambio en el organigrama en el que la Dirección de Enfermería se equipara a la Dirección Médica, dependiendo directamente de la Gerencia, le conceden la siguiente importancia: “Bastante – Mucho” el 88,9 % y “Poco - Nada” el 11,1 %.



3.G. A la creación del Área de Calidad y Formación de Enfermería, le atribuyen la siguiente importancia: “Bastante – Mucho” el 84,4 % y “Poco - Nada” el 15,6 %.



3.H. Sobre la importancia de trabajar siguiendo una política de Calidad en Enfermería, los encuestados responden: “Bastante – Mucho” el 88,9 % y “Poco - Nada” el 11,1 %.



H. VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Siguiendo el esquema establecido en el estudio, IDENTIDAD PROFESIONAL, IMPLANTACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO Y VALORACIÓN DE LOS PROFESIONALES, podemos decir que los tres hemos obtenido unos resultados muy positivos.

En cuanto a la identidad, el **96,2 %** refiere "*reconocer el cuidado como eje de su profesión*", mientras que el **85,1 %** "*reconoce los distintos roles profesionales*" y el **78,8 %** "*desarrolla con independencia su rol autónomo*". Consideramos que estos tres factores son lo suficientemente importantes y descriptivos para afirmar que los profesionales del centro tienen forjada una auténtica "identidad profesional".

Dos de los pilares básicos dentro del Plan Estratégico, han sido la promoción de la participación en actividades formativas y grupos de trabajo que desarrollen manuales, vías clínicas, situaciones de mejora, educación sanitaria...

Sobre estos puntos cabe reseñar, que la participación en la Formación *intracentro* en los 2 últimos años, ha alcanzado una media de **4,57** actividad /profesional frente a un **3,05** de los tres años anteriores.

En cuanto a la formación *extracentro* ha habido un ligero descenso pasando a un **3,09** en los 2 últimos años de un **3,70** en los tres anteriores.

Esto ha podido verse influenciado por el hecho de haber aumentado sustancialmente la oferta formativa dentro del hospital.

La presentación de comunicaciones en jornadas y congresos ha experimentado un ligero ascenso alcanzando una media de **0,88** comunicación / profesional en los dos últimos años (mínimo 0 –máximo 8), frente a un **0,66** de los tres anteriores (mínimo 0 –máximo 7), aunque habría que identificar la distribución real entre los profesionales.

Destacar que un **97,8 %** considera que la *Formación* y un **95.6 %** que la *participación en Comisiones o grupos de trabajo* contribuyen a consolidar la profesión.

Un **69,3 %** afirma que su percepción de la Enfermería ha cambiado en los últimos tres años siendo este el período en el que se ha desarrollado el Plan Estratégico de la Dirección, por lo que consideramos que en el cambio percibido, las intervenciones desarrolladas siguiendo las directrices de éste han tenido gran influencia, por no decir que han sido las que lo han generado.

En general, el reconocimiento es una tarea pendiente, ya que en cuanto a los mandos intermedios, el **53 %** de los encuestados responden no ver reconocido su trabajo por estos.

Con respecto a la sociedad, el **50,8 %** responde si tenerlo y el reconocimiento de compañeros de otros estamentos, es el peor parado, ya que el **72,6 %** responden no percibirlo.

Curiosamente, esto contrasta con el hecho de que un **78.4 %** sienten que pertenecen a un equipo de salud, con lo que podemos decir que aunque la idea de equipo sí la perciben, no se ven reconocidos entre las distintas categorías que lo integran, pero sí entre los profesionales de Enfermería ya

que el reconocimiento entre éstos, alcanza un **69.2 %**, siendo el que obtiene un mejor resultado de entre las categorías estudiadas.

A pesar de este escaso reconocimiento general, la satisfacción de los profesionales, se sitúa en una media de **6.51** entre un valor mínimo de 0 y un máximo de 10.

Se realizó un análisis más exhaustivo, relacionando satisfacción con grupos de edad, con la categoría “cuidado como eje” y con “reconocimiento” sin observarse grandes variaciones.

En cuanto a la implantación del Plan en sí, podemos realizar una valoración favorable aunque hay algunos puntos en los que debemos mejorar como la participación en comisiones o grupos de trabajo, ya que aunque como vimos anteriormente, le concedían gran importancia para la consolidación de la profesión, ha habido una participación del **36.6 %**.

Otro de los puntos principales del Plan, por la importancia que un Código Ético tiene para que una profesión sea catalogada como tal, fue la entrega de este documento a cada uno de los profesionales del centro, de éstos el **89.1 %** reconoce haberlo leído y un **77.8 %** lo tiene en cuenta en su trabajo diario; asimismo consideran que les ha aportado valores un **71.7 %**.

Además un **75.7 %** sigue el modelo unificado y designado por la dirección, que es el de Virginia Henderson, y el **83 %** lo consideran una herramienta importante, aquí se detecta una inconsistencia en las respuestas ya que un **5 %** a pesar de parecerle importante, declara no utilizarlo.

Afirman conocer las directrices de la Dirección el **61.6 %** pero no se sienten respaldados por ésta, el **49.5 %**, lo que consideramos otro punto débil sobre

el que trabajar para conocer las posibles causas que desencadenan esta situación y así intentar solventarlas.

Sobre la creación del Área de Calidad y Formación de Enfermería, opinan que ha sido importante el 84.4 %, y el 88.9 % cree es importante trabajar siguiendo esta línea; sin embargo el 55 % de los encuestados refiere no conocer las líneas de trabajo desarrolladas en este tema.

Por todo esto, podemos afirmar que la implantación del Plan es un hecho en la actualidad de nuestro centro, y que la percepción de los profesionales sobre el plan a la vista de estos resultados, es muy positiva.

Además consideramos que la hipótesis principal del estudio *“La planificación estratégica influye positivamente sobre la identidad de los profesionales de enfermería”*, se ha confirmado.

En cuanto a posibles limitaciones del estudio podemos destacar la baja respuesta a las cuestiones sobre participación en actividades formativas y presentación de comunicaciones, lo que ha restado significación al resultado; además la media puede ser un poco ambigua y sería más correcto conocer la distribución real de actividades entre los profesionales.

I. PROPUESTAS

- Mantener las directrices establecidas hasta el momento, implantando correcciones en los puntos débiles detectados.
- Abrir posibilidades de participación en grupos de trabajo, difundiendo los proyectos a realizar y posibilitando la inscripción voluntaria de los profesionales en cada uno de los grupos, según el interés de cada uno.
- Fomentar la participación en actividades formativas tanto intra como extrahospitalarias, realizando comunicaciones que transmitan nuestras líneas de trabajo y experiencias.
- Mejorar la comunicación entre los distintos estamentos profesionales, implicando de forma importante al equipo de supervisión.
- Favorecer y promocionar el trabajo en equipo entre las distintas categorías profesionales, mediante actividades formativas interdisciplinarias, de forma que identifiquen al paciente como núcleo de nuestra labor.
- Difundir líneas de trabajo de Calidad en Enfermería, a través de sesiones informativas, que justifiquen su participación en ellas. Además sería interesante formar a los profesionales en temas de calidad, desarrollo de proyectos de mejora...
- Promocionar la auténtica imagen y labor de Enfermería entre los distintos estamentos y ante la sociedad.

- En un plazo de 2 años realizar un nuevo estudio, similar a éste, para valorar si realmente se ha implantado el plan, y conocer si se han desarrollado las propuestas de mejora planteadas en él, ya que creemos que es un buena fuente de información y una importante herramienta de feed –back.

J. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Alberdi Castell R. Las enfermeras para el tercer milenio. Rev Rol Enferm 1993;(178):43-50
- 2) Canals J. La imagen femenina de la enfermería. Rev Rol Enferm 1992; (172):29-33
- 3) Bullough B. The Law and the expanding nursing role. New York: Appleton-Century-Crofts;1975
- 4) Alvarez – Sierra y Manchón, J. Murga Serret, J. Historia de la profesión (enfermera, practicante, matrona) 2ª ed. Madrid: Academia Murga; 1965
- 5) Real Decreto 2128/1977, de 23 julio, de Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Conversión en Escuelas Universitarias de Enfermería. (Boletín Oficial del Estado, núm. 200 de 22 de agosto de 1977)
- 6) Colliere, M.F. Hacia el reconocimiento del ejercicio enfermero. Notas de Enfermería.1990; 1: 53-66
- 7) Benner, P. Wrubel, J. The primacy of caring. Stress and coping in health and illness. California: Allison- Wesley; 1989
- 8) Planner, B. Holistic nursing. Englewood Cliffs, USA: Prentice Hall; 1981
- 9) Leininger, M. The phenomenon of caring: importance research questions and theoretical considerations.En: Leininger M. (Ed), The phenomena and Nature of Caring. Salt Lake City: University of Utah; 1978. p. 3-17

- 10) Watson, J. Filosofía y teoría de los cuidados humanos en Enfermería. Barcelona. Doyma En: J. Rihel – Sisca. Modelos conceptuales de Enfermería. Barcelona: Doyma; 1992. p. 179-192
- 11) Alberdi R. Liderazgo profesional: ante los nuevos retos. En: XII Jornadas Nacionales de Supervisión de Enfermería; Palma de Mallorca 21 a 23 de marzo de 2001. Programa disponible disponible en URL: http://usuarios.lycos.es/Jornadas_Supervision/paginas/
- 12) Gimeno, J. Conciencia y acción sobre la práctica como liberación profesional de las profesiones En: Invernón, F. La formación permanente del profesorado en los países de la CEE. Barcelona: ICE-Horsori; 1993. p. 53-92
- 13) Tenorth, H.E. Profesiones y profesionalización. Un marco de referencia para el análisis histórico del enseñante y sus organizaciones. Revista de educación 1998; (285):77-92
- 14) Hoyle, E. Professionalization and deprofessionalization in Education. Hoyle, E – Megarry, J. (de) Profesional Development of teachers. London: Kogan Page; 1980. p. 42-54
- 15) Teixidor Freixia M. Los espacios de profesionalización de la enfermería. Enferm Clínica 1996; 7(3):126-136
- 16) Lunardi, V., Peter, E. & Gastaldo, D. (2002). Are submissive nurses ethical? A reflection on power anorexia. Revista Brasileira de Enfermagem, 55(2): 183-188.
- 17) Vila Blasco B, Bilbao Guerrero A, Saez León A, Ruiz Diana D, Lupión González D. Aproximación al contexto actual de enfermería. Cul Cui [en línea] 1997 [fecha de acceso 22 de abril de 2002]; I(1). URL disponible en <http://departamento.enfe.ua.es/internet/cultura/numero1/1.htm>
- 18) Carpenito, L.J. Diagnóstico de Enfermería : Aplicación a la práctica clínica. Madrid: Interamericana – McGraw – Hill; 1986

- 19) Carpenito, L.J. Diagnóstico de Enfermería. Madrid: Interamericana – McGraw – Hill; 1995
- 20) Décret n° 81 – 539 du 12 Mai 1981 relatif a l'exercice de la profession d'infirmier.
- 21) Décret n° 93-345 du 15 Mars 1993 "relatif aux acts professionnels et a l'exercice de la profession d'infirmier" EN: Recueil des principaux texts a la formation et a l'exercice de la profession d'infirmier. (país): Ministère des Affaires de la Santé et de la Ville, s.a. 78-84
- 22) Riopelle, L. El dilema de los cuidados enfermeros: Un modelo conceptual o el diagnóstico enfermero. Enfermería Clínica. Vol 3, n° 4 1993; 133-134
- 23) Riopelle, L. Teixidor, M. Rôle de l'infirmière: un approche globale, humaniste et pratique de la personne soignée (en prensa)
- 24) Cohen, H. La enfermería y su identidad profesional. Barcelona: Grijalbo, 1988
- 25) Alberdi Castell, R. Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar en el compromiso social de las enfermeras. Rev Rol Enferm 1998; V: XXI-N: 239-240, Pg: 27-31
- 26) Alberdi Castell, R. La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España. Metas Enferm Dic 98/Enero 99 – V: N: 11 (20 – 26)
- 27) Riehl-Sisca J. Modelos conceptuales de enfermería. Barcelona: Doyma; 1992.
- 28) Domínguez Alcón C. La enfermería española ante el reto de la salud para todos en el año 2000. Rev Rol Enferm 1982; 5(50):15-29
- 29) Domínguez Alcón C. Los cuidados y la profesión enfermera en España. Madrid. Pirámide;1986
- 30) Amezcua M. Los estudios y los estudiosos de los cuidados en España. Lo histórico como elemento de identidad. Index Enferm 1993; II(4-5):16-24

- 31) Donahue MP. Historia de la Enfermería. Barcelona: Doyma;1988
- 32) Duran Escribano M. Un homenaje a los 25 años de enfermería en la Universidad. Rev Rol Enferm 2002; 25(1):22-30
- 33) Santo Tomás Pérez M. Ser enfermera hoy. Rev Rol Enferm 2001;24(5):383-390
- 34) Reflexiones sobre los grupos generacionales de la profesión enfermera [editorial]. Nursing 2002; 20(1):6
- 35) Comelles JM. Cuidar y Curar. Rev Rol Enferm 1992; 172:35-41
- 36) Henderson, V. La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: Interamericana – McGraw – Hill; 1994
- 37) Medina, J.L. La Pedagogía del Cuidado: Saberes y prácticas en la Formación Universitaria en Enfermería. Barcelona: Alertes psicopedagogía; 1999
- 38) Alberdi Castell, R. Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar en el compromiso social de las enfermeras. Rev Rol Enferm 1998; V: XXI-N: 239-240, Pg: 27-31
- 39) Carbelo Baquero B, Romero Llord M, Casas Martínez F, Ruiz Ureña T, Rodríguez de la Parra S. El cuidado desde una perspectiva psicosocial. Cul Cui [en línea] 1997 [fecha de acceso 8 de noviembre de 2001]; 1(2). URL disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/2/teoria1.html>
- 40) Teixidor, M. Láprenentatge de la comunicació element essencial en la formació d'un futur infermer/a Conferencia impartida a la I Jornada d'Infermeria "Rol Autònom de la infermeria interacció amb el malat", organitzada per la Clínica Mental Sta. Coloma i la E.U.I. Gimbernat. 1992
- 41) Nightingale, F. Notas sobre Enfermería. ¿Qué es y qué no es? Barcelona: Salvat – Masson; 1991. (1ª Ed. Inglés en 1859)
- 42) García Laborda A, Bermejo Caja C, Mejías Lizancos F. Satisfacción profesional de las enfermeras. Rev Rol Enferm 1996; XIX(219):38-42

- 43) Castro J. En torno a la identidad de la enfermera [carta]. *Index Enferm* 1994; III (7):59-60
- 44) García, I. Buendía, A. Identidad e identificación de la Enfermería. *Rev Rol Enferm* 2001; (24):7-8
- 45) Larrumbide Y. Los diagnósticos de Enfermería hacia la identidad profesional. *Enfermería actualidad*. 1997 Nacional 7
- 46) Alberdi Castell R. La identidad profesional de la enfermera. *Rev Rol Enferm* 1992;(170):39-44
- 47) Pulpon Segura AM, Solá M, Martínez Carretero JM, Gispert Magarolas R. Evaluar la competencia clínica. Futuro inmediato para enfermería. *Rev Rol Enferm* 1999; 22(6):475-478
- 48) Mariscal Crespo MI, Barquero González A, Carrasco Acosta MC. ¿Conoce la población la oferta de servicios de enfermería? *Rev Rol Enferm* 1995;(198):72-74
- 49) Zabalegui Yarnoz A. Teoría y progreso de la ciencia de enfermería. *Enferm Clínica* 2000;10(6):263-266
- 50) Balderas, M.L. Administración de los servicios de Enfermería. México: Interamericana – McGraw – Hill; 1995
- 51) Administración estratégica: planeación y elaboración de estrategias En: Don Hellriegel-John W. Slocum. *Administración* 7 Ed. Madrid: Paraninfo; 1998. p. 155-164.
- 52) La planificación estratégica EN: James H. Donnelly, Jr. James L. Gibson John M. Ivancevich. *Fundamentos de dirección y Administración de empresas*. 8 Ed. México: McGrawHill.; 1997. p.171-188.
- 53) Teorías del liderazgo En: Ann Marriner Tomey. *Guía de Gestión y Dirección de enfermería* 6ed. Madrid: Harcourt; 2001. p.146-157.
- 54) Planificación estratégica y operacional En: Ann Marriner Tomey. *Guía de Gestión y Dirección de enfermería*. 6ed. Madrid: Harcourt; 2001. p.185-195.

- 55) Cooley Anne. Gestión de enfermería En: White Tony. Gestion Clinica. Manual para médicos enfermeras y personal sanitario. Barcelona: Masson; 1997. p. 67-81.
- 56) Orduña Ponti J. Heredia Sancho C: Lideratge En: Techniques de gestio i comunicacio. Documents de lectura .2ed. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; 2000. p. 52-62.

K. ANEXOS

- ANEXO I: Registro para validación del cuestionario
- ANEXO II: Solicitud de validación a los jueces
- ANEXO III: Cuestionario inicial
- ANEXO IV: Resultados validación
- ANEXO V: Cuestionario definitivo
- ANEXO VI: Carta de presentación a los profesionales de Enfermería del centro

ANEXO I

TABLA DE VALIDACIÓN CUESTIONARIO: PLAN ESTRATÉGICO / IDENTIDAD PROFESIONAL

UNIVOCIDAD: Precisión en el lenguaje. Adecuación al vocabulario usual del destinatario	PERTINENCIA: Relación que tiene el ítem con el objetivo de la investigación	IMPORTANCIA: específico de los ítems en relación al objetivo de la investigación			Peso
--	---	--	--	--	------

SÍ	NO	SÍ	NO	1	2	3	4	5
-----------	-----------	-----------	-----------	----------	----------	----------	----------	----------

1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								
38								
39								

ANEXO II

Vigo, abril de 2003

Estimad@ Sr@:

Solicitamos su colaboración, en calidad de *juez*, para el proceso de validación del cuestionario elaborado para el desarrollo del estudio de investigación, "***El papel de la Planificación Estratégica de la Dirección de Enfermería sobre la Identidad profesional***" que estamos desarrollando dentro del "XIII Master de Gestión y Administración de Servicios de Enfermería" de la E.U.E. Santa Madrona de Barcelona.

Para ello, se adjunta el cuestionario y la tabla de validación con los criterios a valorar.

Agradecemos su colaboración y esperamos su respuesta.

María Giráldez Miranda

Naima El Azzaoui

ANEXO III

1. EDAD: _____ años

2. GENERO:

- 1.-Masculino
- 2.-Femenino

3.TIPO CONTRATO LABORAL

- 1.-Eventual
- 2.-Fijo

4. ANTIGÜEDAD:

- 1.-Menos de 1 años
- 2.-Entre 1 y 5 años
- 3.- Entre 5-10 años
- 4.- Más de 10 años

5. AÑO DE FINALIZACIÓN DE ESTUDIOS: _____

6. TITULACIÓN

- 1.-ATS
- 2.-DUE

7. ¿HAS OCUPADO ALGÚN PUESTO DE DIRECCIÓN EN LA EMPRESA?

- 1.-si
- 2.-no

8. ¿EN CUÁNTAS ACTIVIDADES FORMATIVAS HAS PARTICIPADO EN EL ÚLTIMO AÑO?

- 1.- EN EL CENTRO: a. 2 últimos años _____ b. 3 anteriores _____
- 2.- FUERA DEL CENTRO: a. 2 últimos años _____ b. 3 anteriores _____

9. ¿CUÁNTAS COMUNICACIONES ORALES / POSTERS HAS PRESENTADO?

- 1.- 2 últimos años _____
- 2.- 3 anteriores _____

10. ¿HAS PARTICIPADO O PARTICIPAS EN ALGUNA COMISIÓN O GRUPO DE TRABAJO?

- 1.-si
- 2.-no

11. ¿TE PARECEN IMPORTANTE ESTE TIPO DE ACTIVIDADES?

- 1.-si
- 2.-no

12. ¿CREES QUE CONTRIBUYEN A PROFESIONALIZAR LA ENFERMERÍA?

- 1.-si
- 2.-no

13. ¿VES RECONOCIDO TU TRABAJO POR:

	NUNCA	ALGUNA VEZ	BASTANTES VECES	SIEMPRE
• Tus compañeros				
• Tu supervisor/a				
• Otros estamentos				
• La sociedad				

14. ¿TE ENCUENTRAS SATISFECHO EN TU VIDA PERSONAL?

0 2 4 6 8 10

15. ¿Y EN EL ÁMBITO PROFESIONAL?

0 2 4 6 8 10

16. ¿HAS LEÍDO EL CÓDIGO ÉTICO DE ENFERMERÍA?

- 1.-si
- 2.-no

	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
17. ¿Ha aportado valores importantes a tu labor profesional?				
18. ¿Lo tienes en cuenta en tu trabajo diario?				
19. ¿Sientes que formas parte de un equipo de salud?				
20. ¿Conoces las directrices de trabajo de la dirección de enfermería... filosofía, modelo...?				
21. ¿Reconoces como eje principal de tu profesión " el cuidado"?				
22. ¿Sigues las directrices del modelo de cuidados de Virginia Henderson?				
23. ¿Te parece una herramienta importante para tu trabajo?				
24. ¿Reconoces tu autonomía en la identificación de problemas y en la toma de decisiones, con respecto a los cuidados?				
25. ¿Dispones de herramientas que respalden estas decisiones, protocolos, guías de actuación...?				
26. ¿Utilizas habitualmente el manual de procedimientos de enfermería?				
27. ¿Te parece que los contenidos son adecuados?				
28. ¿Crees que es una buena herramienta de trabajo?				
29. ¿Reconoces los distintos roles profesionales, autónomo, interdependiente y de colaboración, en tu trabajo diario?				
30. ¿Desarrollas con independencia tu rol autónomo?				
31. ¿Qué importancia darías al cambio en el organigrama en el que la dirección de enfermería se equipara a la dirección médica dependiendo directamente de la gerencia?				
32. ¿Te sientes respaldada por tu Dirección?				
33. ¿Te ha parecido importante la creación del área de Calidad y formación de Enfermería?				
34. ¿Conoces las líneas de trabajo en temas de calidad en enfermería (U.P.P., Flebitis, caídas...)?				
35. ¿Te parece importante trabajar en esta línea?				

36. ¿CONSIDERAS QUE EN LOS 3 ÚLTIMOS AÑOS, HA CAMBIADO TU PERCEPCIÓN DE LA ENFERMERÍA?

- 1.-si
- 2.-no

(GRACIAS POR TU COLABORACIÓN)

ANEXO IV

RESULTADOS VALIDACIÓN PLAN ESTRATÉGICO / IDENTIDAD

Preg.	UNIVOCIDAD	PERTINENCIA	IMPORTANCIA
1	100%	89%	3,7
2	88%	67%	2,7
3	100%	89%	3,1
4	100%	89%	3,7
5	100%	89%	3,8
6	100%	89%	3,8
7	88%	89%	3,1
8	75%	100%	3,7
9	88%	100%	3,2
10	100%	100%	3,6
11	100%	100%	3,8
12	88%	100%	3,8
13	100%	100%	4,1
14	100%	44%	2,4
15	100%	100%	4,0
16	100%	100%	4,7
17	100%	100%	4,0
18	100%	100%	3,9
19	100%	100%	4,3
20	100%	100%	4,8
21	88%	100%	4,6
22	100%	89%	4,2
23	88%	89%	3,8
24	88%	100%	4,2
25	100%	100%	4,7
26	88%	100%	4,6
27	100%	100%	3,7
28	100%	100%	3,8
29	88%	100%	4,4
30	88%	100%	4,6
31	100%	78%	3,9
32	88%	100%	4,4
33	100%	100%	4,6
34	100%	100%	4,2
35	100%	100%	3,9
36	88%	100%	4,4

ANEXO V

1. EDAD: _____ años

2. GÉNERO:

- 1.- Masculino
- 2.- Femenino

3. TIPO CONTRATO LABORAL

- 1.- Eventual
- 2.- Fijo

4.- ANTIGÜEDAD:

- 1.- Menos de 1 años
- 2.- Entre 1 y 5 años
- 3.- Entre 5-10 años
- 4.- Más de 10 años

5. AÑO DE FINALIZACIÓN DE ESTUDIOS: _____

6. TITULACIÓN

- 1.- ATS
- 2.- DUE

7. ¿HAS OCUPADO ALGÚN PUESTO DE DIRECCIÓN EN LA EMPRESA?

- 1.- sí
- 2.- no

8.-¿EN CUÁNTAS ACTIVIDADES FORMATIVAS HAS PARTICIPADO?

1.- EN EL CENTRO: a. 2 últimos años _____ b. 3 anteriores _____

2.- FUERA DEL CENTRO: a. 2 últimos años _____ b. 3 anteriores _____

9. ¿CUÁNTAS COMUNICACIONES HAS PRESENTADO?:

1.- 2 últimos años: _____

2.- 3 anteriores: _____

10. ¿HAS PARTICIPADO O PARTICIPAS EN ALGUNA COMISIÓN O GRUPO DE TRABAJO?

- 1.- sí
- 2.- no

11. ¿TE PARECEN IMPORTANTES ESTE TIPO DE ACTIVIDADES?

- 1.- sí
- 2.- no

12. ¿CREES QUE CONTRIBUYEN A CONSOLIDAR A LA ENFERMERÍA?

- 1.- sí
- 2.- no

13. ¿VES RECONOCIDO TU TRABAJO POR:

	NUNCA	ALGUNA VEZ	BASTANTES VECES	SIEMPRE
• Tus compañeros				
• Tu supervisor/a				
• Otros estamentos				
• La sociedad				

14. ¿ESTÁS SATISFECHO EN EL ÁMBITO PROFESIONAL?

0 2 4 6 8 10

15. ¿HAS LEÍDO EL CÓDIGO ÉTICO DE ENFERMERÍA?

1.-sí

2.-no

	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
16. ¿ha aportado valores importantes a tu labor profesional?				
17. ¿lo tienes en cuenta en tu trabajo diario?				
18. ¿sientes que formas parte de un equipo de salud?				
19. ¿conoces las directrices de trabajo de la dirección de enfermería... filosofía, modelo...?				
20. ¿reconoces como eje principal de tu profesión " el cuidado"?				
21. ¿sigues las directrices del modelo de cuidados de Virginia Henderson?				
22. ¿te parece una herramienta importante para tu trabajo?				
23. ¿reconoces tu autonomía en la identificación de problemas y en la toma de decisiones, con respecto a los cuidados?				
24. ¿dispones de herramientas que respalden estas decisiones, protocolos, guías de actuación...?				
25. ¿utilizas habitualmente el manual de procedimientos de enfermería?				
26. ¿te parece que los contenidos son adecuados?				
27. ¿crees que es una buena herramienta de trabajo?				
28. ¿reconoces los distintos roles profesionales, autónomo, interdependiente y de colaboración, en tu trabajo diario?				
29. ¿desarrollas con independencia tu rol autónomo?				
30. ¿consideras que la Formación contribuye a consolidar la profesión de Enfermería?				
31. ¿qué importancia darías al cambio en el organigrama en el que la dirección de enfermería se equipara a la dirección médica dependiendo directamente de la gerencia?				
32. ¿te sientes respaldada por tu Dirección?				
33. ¿te ha parecido importante la creación del área de Calidad y formación de Enfermería?				
34. ¿conoces las líneas de trabajo en temas de calidad en enfermería?				
35. ¿te parece importante trabajar en esta línea?				

36. ¿CONSIDERAS QUE EN LOS 3 ÚLTIMOS AÑOS, HA CAMBIADO TU PERCEPCIÓN DE LA ENFERMERÍA?

1.- sí

2.- no

(GRACIAS POR TU COLABORACIÓN)

ANEXO VI

Vigo, abril de 2003

Estimad@ compañer@:

En primer lugar, queremos agradecer por adelantado tu colaboración.

Este cuestionario de recogida de datos, se enmarca en el desarrollo de un trabajo de *investigación "El papel de la Planificación Estratégica de la Dirección de Enfermería sobre la Identidad profesional"*, que estamos desarrollando dentro del "XIII Máster de Gestión y Administración de Servicios de Enfermería" de la E.U.E. Santa Madrona de Barcelona.

Con el análisis de los datos recogidos, intentaremos conocer la percepción de la identidad profesional de la Enfermería de nuestro hospital, así como la influencia del Plan Estratégico de la Dirección sobre ésta.

El cuestionario es totalmente voluntario y por supuesto anónimo, y se utilizará de forma exclusiva para el fin que os hemos planteado.

Vuestra colaboración es imprescindible y favorecerá el desarrollo de la investigación entre nuestro colectivo.

Muchas gracias.

Atentamente:

María Giráldez Miranda

Naima El Azzaoui

L. RESUMEN

EL PAPEL DEL PLAN ESTRATÉGICO DE LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA SOBRE LA IDENTIDAD PROFESIONAL

AUTORAS

Naima El Azzaoui

María Giráldez Miranda

Povisa Centro Médico. Salamanca 5 36211 Vigo. 986 413144

DURACIÓN

8 meses

FECHA DE PRESENTACIÓN

Septiembre 2003

EXTENSIÓN

87 pág. + Anexos

PALABRAS CLAVE

Plan estratégico, Identidad, Profesión.

CÓDIGOS UNESCO

ABSTRACT

L'estudi es realitza per conèixer si la Infermeria de Povisa Centre Mèdic té assolida la seva identitat professional una vegada s'hagi implantat un Pla estratègic, on aquest és considerat com un dels seus objectius prioritaris, així com conèixer el grau d'implantació del Pla i l'opinió que tenen d'ell els propis professionals.

The study is made to know if the Infirmary Povisa Medical Center, have forged a professional identity after the implantation of a Plan Strategic in which this one is one of its high-priority objectives, as well as to know to the degree of implantation of the Plan and the opinion that have of him the own professionals.

L'étude est effectuée pour savoir si le centre médical de Povisa d'infirmierie, ont forgé une identité professionnelle après que l'implantation d'un plan stratégique dans aussi bien que ce que celui-ci est un de ses objectifs prioritaires, pour savoir au degré d'implantation du plan et de l'opinion qu'ayez de lui pour posséder des professionnels.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Enfermería, a pesar de una larga tradición histórica con gran experiencia práctica y muchos conocimientos acumulados, no tiene el reconocimiento esperado, porque probablemente los propios profesionales no se han atribuido el valor que les corresponde, en el campo de la salud.

“La característica fundamental de una profesión es que sus miembros se identifiquen básicamente con una ideología común en relación al servicio que prestan”

Rosa María Alberdi

Esta es una generalidad que creemos se puede hacer extensiva a la Enfermería del Centro Médico Povisa, en el que nosotros trabajamos.

Es un Hospital general de tercer nivel de titularidad privada, de 420 camas y con una plantilla de 250 enfermeras.

En noviembre de 1999 y ante la necesidad latente de desarrollo y evolución de la Enfermería, exigida ante los nuevos requerimientos sociales manifestados por la sociedad y la propia organización, la Gerencia del Centro Médico Povisa, decide incorporar a su equipo directivo, un miembro cuidadosamente seleccionado para el desarrollo de su actividad como líder y “conductor” de este colectivo, el más numeroso y de gran relevancia en la organización.

Esta persona, posee una formación reglada específica (Master en Administración y Gestión en Enfermería), capacitación técnica, habilidades de liderazgo, y una dilatada experiencia en gestión de servicios de Enfermería.

El punto de partida, fue el análisis de la situación de los profesionales del centro. Ésta, está marcada por la desmotivación, la baja autoestima y fundamentalmente la identidad profesional anulada.

La Dirección de Enfermería, elabora un Plan Estratégico con el objetivo principal de “profesionalizar” la Enfermería del Centro y conseguir una auténtica identidad que guíe y sea la base de su labor profesional.

Los ejes de este Plan, fueron:

- Cambio en el Organigrama, desapareciendo la Dirección Asistencial y equiparándose la Dirección de Enfermería a la Dirección Médica, las cuáles pasan a depender jerárquicamente del Consejero Delegado.

- Recuperación de autogestión del departamento, estableciendo una política de recursos humanos:
 - Revisión de currículum y habilidades directivas, de los mandos.
 - Promoción interna para selección mandos intermedios.
 - Definición de plantilla / Puestos de Trabajo
 - Definición del perfil del mando intermedio de enfermería.
 - Evaluación del desempeño.

- Renovación del equipo de Supervisión, que actuará como dinamizador del proceso de cambio planificado por la dirección de enfermería.

- Definición de Filosofía del departamento y Modelo Conceptual.

- Creación del departamento de Calidad y Formación de Enfermería.

- Elaboración de un Plan de Calidad de Enfermería, para establecer criterios de actuación y valorar la calidad de los cuidados.

- Elaboración de un Plan de Formación, general para la plantilla y específico para mandos intermedios.
- Participación activa en todas las Comisiones asistenciales.
- Fomento del trabajo en equipo.
- Plan de Recursos Materiales: se establecen necesidades, inventario y adecuación.

La implantación y desarrollo de este proyecto, se realizará en un período de 3 a 5 años.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Analizar la situación tras el cambio vivido por los profesionales de Enfermería, ante la implantación y desarrollo de un plan estratégico definido por la nueva Dirección de Enfermería.
- Evidenciar los logros conseguidos con ello, a todos los niveles, pero fundamentalmente sobre la identidad profesional.
- Valorar la implantación del Plan entre los profesionales.
- Conocer la importancia que los profesionales dan a las intervenciones realizadas en el marco del Plan Estratégico.
- Reconocer la importancia de un líder con formación reglada y específica para el puesto, habilidades y capacitación, para el desempeño de funciones propias de Dirección.
- Identificar situaciones susceptibles de mejora.

ESTRUCTURA TEMÁTICA DEL ESTUDIO TEÓRICO

Los temas desarrollados en el marco teórico, son los siguientes:

- ENFERMERÍA : evolución histórica. ¿Qué es?. Modelo biomédico / modelo de cuidados
- IDENTIDAD PROFESIONAL: Identidad. Profesión. Identidad profesional de Enfermería
- PLANIFICACIÓN: ¿Para qué?. Elementos. Tipos
- PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN ENFERMERÍA
- DIRECCIÓN / COORDINACIÓN

DISEÑO DEL ESTUDIO EMPÍRICO

- Determinación de variables
- Elaboración de instrumentos de análisis (cuestionarios específicos)
- Determinación de la muestra (profesionales de Enfermería del Centro Médico Povisa, con contrato fijo o eventual de mínimo 30 horas).
- Recogida de datos mediante entrega personal de los cuestionarios; estos podían ser entregados de forma inmediata o depositados en un buzón, según elección de cada uno de los encuestados.
- Procesamiento de los datos con herramientas estadísticas e informáticas.

RESULTADOS DEL ESTUDIO EMPÍRICO

Los resultados se han estructurado atendiendo a las tres líneas generales del estudio:

- Identidad profesional
- Implantación del Plan
- Valoración por los profesionales

▪ **Identidad Profesional**

- 96 % reconocen el cuidado como eje de su profesión
- 85.1 % reconocen los distintos roles profesionales
- 78.8 % desarrollan con independencia el rol Autónomo
- La satisfacción en su trabajo se sitúa en una media de 6.51; no se encuentra relación entre ésta y la antigüedad ni con los que reconocen el cuidado como eje de su profesión.
- Afirman ver reconocido su trabajo por:
 - Sus compañeros: 69.2%
 - Su supervisor: 47%
 - Otros estamentos: 27.4 %
 - Sociedad: 50.8 %

▪ **Implantación del Plan Estratégico**

- 36.6 % han participado en comisiones o grupos de trabajo
- 89.1 % han leído el código ético
- 78.4 % sienten que pertenecen a un equipo de salud
- 61.6 % conocen las directrices de la Dirección de Enfermería
- 55% conocen las directrices de la Dirección de Enfermería en temas de Calidad
- 75.7 % siguen el modelo de Virginia Henderson
- 59.8 % utilizan habitualmente el Manual de Procedimientos
- el 59.8 % se sienten respaldados por la Dirección

▪ **Valoración del Plan por los profesionales**

- 95.6 % creen que es importante la participación en comisiones o grupos de trabajo
- Al 71.7 % la lectura del código ético les ha aportado valores importantes
- 83 % cree que el modelo de cuidados de Virginia Henderson es una herramienta importante para su trabajo
- 86.3 % creen que los contenidos del manual de procedimientos son adecuados y el 90% que es una buena herramienta de trabajo
- 88.9 consideran muy importante el cambio del organigrama en que la Dirección de Enfermería se equipara a la Dirección Médica dependiendo directamente de la Gerencia
- 84.4 % consideran “bastante – muy “ importante la creación del Área de Calidad y Formación

CONCLUSIONES GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

A la vista de los resultados, podemos afirmar que la implantación del Plan , estando todavía en pleno desarrollo, es un hecho en la actualidad de nuestro centro, y que la percepción de los profesionales sobre éste, es muy positiva.

En cuanto al eje central del estudio, la “identidad profesional”, los profesionales tienen una auténtica identidad consolidada como cuidadores, con un modelo que les guía en su labor y unos roles identificados destacando el reconocimiento y desempeño de su rol autónomo.

PROPUESTAS DE LA INVESTIGACIÓN

- Mantener las directrices establecidas hasta el momento, implantando correcciones en los puntos débiles detectados.
- Abrir posibilidades de participación en grupos de trabajo, difundiendo los proyectos a realizar y posibilitando la inscripción voluntaria de los profesionales en cada uno de los grupos, según el interés de cada uno.
- Fomentar la participación en actividades formativas tanto intra como extrahospitalarias, realizando comunicaciones que transmitan nuestras líneas de trabajo y experiencias.
- Mejorar la comunicación entre los distintos estamentos profesionales, implicando de forma importante al equipo de supervisión.
- Favorecer y promocionar el trabajo en equipo entre las distintas categorías profesionales, mediante actividades formativas interdisciplinares, de forma que identifiquen al paciente como núcleo de nuestra labor.
- Difundir líneas de trabajo de Calidad en Enfermería, a través de sesiones informativas, que justifiquen su participación en ellas. Además sería interesante formar a los profesionales en temas de calidad, desarrollo de proyectos de mejora...
- Promocionar la auténtica imagen y labor de Enfermería entre los distintos estamentos y ante la sociedad.
- En un plazo de 2 años realizar un nuevo estudio, similar a éste, para valorar si realmente se ha implantado el plan, y conocer si se han desarrollado las propuestas de mejora planteadas en él, ya que creemos que es una buena fuente de información y una importante herramienta de feed -back.

