

**¿ QUIEN SUPERVISA
A ENFERMERIA ?**

**CASADO ZURIGUEL, Francesc
MARTINEZ ESTALELLA, Gemma
MOLAS MORET, Miquel
PEIX SAGUES, Teresa**

R. 10.561

BARCELONA, 1.994



INDICE

INDICE

INDICE

IndicePag. 2 - 3

PRESENTACION

RazonamientoPag. 5 - 8

IntroducciónPag. 9 - 16

PLANTEAMIENTO DEL TRABAJO

HipótesisPag. 18 - 20

OjetivosPag. 21 - 23

MARCO TEORICO

Definición de EnfermeríaPag. 25 - 38

Necesidades ProfesionalesPag. 39 - 42

El Rol de EnfermeríaPag. 43 - 50

Las Actividades Profesionales de Enfermería. . . .Pag. 51 - 56

Funciones Básicas y Funciones Especializadas . . .Pag. 57 - 61

Historia de la SupervisiónPag. 62 - 73

Funciones de SupervisiónPag. 74 - 94

Características apropiadas al

 puesto de SupervisiónPag. 95 - 107

Componentes de la Función de SupervisiónPag. 108 - 114

DISEÑO DEL ESTUDIO

Metodología de TrabajoPag. 116 - 122
Descripción Encuesta - Cuestionario.Pag. 123 - 132
Población.Pag. 133 - 143

ESTUDIO EMPIRICO

Advertencia PreviaPag. 145 - 146
Distribución de las Encuestas RecibidasPag. 147 - 149
Análisis por Preguntas de las EncuestasPag. 150 - 263
ConclusionesPag. 264 - 270
Explotación de los DatosPag. 271 - 354
Reflexión FinalPag. 355 - 357

BIBLIOGRAFIA

BibliografíaPag. 359 - 371
------------------------	-----------------

ANEXOS

AnexosPag. 373 - 419
------------------	-----------------



PRESENTACION

RAZONAMIENTO

RAZONAMIENTO

Llegada la hora de seleccionar un tema para la realización del trabajo de investigación correspondiente a la tesina del Master, desde las primeras reuniones una idea central se fue perfilando, destacando con brillo propio. Así, desde un primer momento, a todos nos pareció que la controvertida y discutida figura de la Supervisión de Enfermería podía constituirse en el objeto de estudio del presente trabajo, con el fin de obtener respuestas a los múltiples interrogantes que se nos planteaban en torno a sus características, en torno a sus conocimientos y a la serie de condicionantes que el desempeño de ese puesto de trabajo conlleva.

El hecho de que Enfermería se encuentre en unos momentos claves en los que trata de concretar un modelo de carrera profesional, a la vez que prosigue con el proceso iniciado hacia 1980, con la adopción de nuevos marcos conceptuales basados en un papel diferente de los enfermeros y enfermeras en su relación con el paciente, nos evidenció la existencia en el momento actual de un proceso de consolidación del desarrollo profesional de la Enfermería, así como de búsqueda de su identidad en la sociedad en la que se halla inscrita.

Lo anteriormente expuesto nos indujo a preguntarnos por el papel que la Supervisión de Enfermería representa y representará en este complejo y apasionante proceso. De inmediato nos planteamos la duda de si aquello que la propia Supervisión

Supervisión dice que pretende ser se corresponde con los hechos reales que cotidianamente ocurren en los Hospitales; si lo que desearían ser es compatible con los perfiles existentes entre la Supervisión actual, y, si los perfiles están relacionados con el marco de referencia que en nuestro entorno sanitario y hospitalario hay implantado.

El problema de la escasa existencia de datos en torno a estas cuestiones, lejos de desanimarnos, se convirtió en un incentivo más, que nos inclinó decisivamente hacia la elección del tema Supervisión. De hecho, existen muy pocos precedentes, tanto en nuestro entorno próximo como en otros más lejanos, por lo que consideramos que las aportaciones que podamos elaborar no estarán exentas de interés, tanto para los propios Supervisores como para otros componentes del equipo de dirección, por ejemplo acerca del conocimiento de la opinión de los propios implicados respecto a que actitudes y aptitudes son las que, a su juicio, serían mas necesarias para el óptimo desempeño de sus tareas. A partir de constituir esta amplia base de datos será posible el proponer recomendaciones derivadas del análisis y estudio de la situación existente.

También nos pareció interesante, de cara a una planificación estratégica en el sector hospitalario, el identificar con precisión los acontecimientos o hechos que en un futuro van a condicionar decisivamente el trabajo de la Supervisión de Enfermería, desde la óptica de quienes en estos momentos ocupan estas plazas, es decir, según sus criterios y

previsiones.

Sopesando las razones anteriores nos parece que el programa de trabajo que proponemos constituye un proyecto suficientemente atractivo, máxime si tenemos en cuenta que nos incentiva ampliamente a todos los integrantes del grupo, por lo que lo proponemos como tema de la tesina, centrándolo en el análisis e interpretación de las características, conocimientos y posibles condicionantes existentes entre los actuales Supervisores de Enfermería de los Hospitales de más de sesenta camas de la provincia de Barcelona.

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Las necesidades de la comunidad en materia de salud han ido evolucionando de un modo progresivo a lo largo de la historia. La ciencia ha ido modificando sus contenidos, mejorando sus posturas y mostrando sus adelantos técnicos y de diversa índole.

Los profesionales han pretendido, a lo largo del tiempo, adaptar sus aportaciones y prestaciones a esa dinámica cambiante y evolutiva, actualizando sus conocimientos y mejorando sus habilidades y destrezas, con el fin de aportar soluciones a lo que la sociedad percibe como sus necesidades. Algunos profesionales no han logrado esa adaptación al ritmo cambiante de las circunstancias y se han visto desplazados, pudiendo terminar en nuevos oficios u ocupaciones. Otros por el contrario, se ven inmersos aún en el proceso de definir su identidad y sus concepciones, es decir, en la dura defensa de su "identidad profesional" o papel en la cotidianeidad.

Es evidente que en el campo de los profesionales relacionados con la salud, el cambio sufrido en las formas de trabajo ha sido tremendamente espectacular. Se ha pasado de una actuación basada en el practicismo (cura de una enfermedad o secuela, mejoría o eliminación de síntoma, corrección de una situación no deseada) a una forma de enfocar los problemas basada esencialmente en la reflexión y aplicación de la metodología científica.

"Mas de un siglo y medio ha pasado desde que una insigne colega, Florence Nigthingale, enseñara sus teorías de atención de Enfermería y diera pautas claras de actuación profesional. A pesar de toda la riqueza contenida en su modelo, tuvieron que pasar mas de cien años antes de que las enfermeras se decidieran a reemprender el camino marcado por esta lider que señalaba una prioridad: definir las leyes que gobiernan los cuidados de Enfermería", dice Piulachs en su artículo "Enfermería siempre". (1).

Los cambios podrían evidenciarse en la progresión acelerada de las tecnologías de diagnóstico y tratamiento, pero igualmente podrían especificarse con claridad en lo referente al cambio de actitudes experimentado por los profesionales de la salud, en el cambio de la tradicional actividad curativa hacia un planteamiento más global que contemple la prevención, por ejemplo.

Como decía Nelly Garzón, Presidenta del Consejo Internacional de Enfermeras (C.I.E.) en 1986, existen unos factores que influyen en nuestro trabajo como profesionales de la salud, entre los que destacan:

- Los cambios demográficos
- El aumento de la población anciana
- Los aspectos éticos en la práctica profesional de la Enfermería
- La meta propuesta: "Salud para todos en el año 2000"
- La economía mundial. (2).

Dentro de ese contexto se hace importante comprender el singular proceso que experimenta Enfermería en busca de su necesaria definición dentro de ese marco de aceleradas e importantes variaciones.

No hace demasiados años, sin ir mas lejos, existían asignaturas diferentes para varones y mujeres. Y, como recuerda Alberdi en su trabajo "La Enfermería ¿profesión femenina?", se consideraban características básicas que "...la ATS debe ser paciente, abnegada y religiosa..."; "...la ATS debe estar siempre subordinada al médico..." o también que "la ATS NO DEBE SABER MUCHO" (¡). (3).

No debe extrañarnos por tanto que los ATS no hayan sabido vender a la sociedad su imagen profesional y que sean considerados, en el mejor de los casos, unos buenos ayudantes.

Y qué podemos decir también del Juramento de la Enfermera, que debía firmarse en el Carnet de Colegiada, junto a las firmas del Consejo Nacional: "Prometo solemnemente ante Dios llevar una vida pura y ejercer mi profesión con devoción y fidelidad... Con lealtad procuraré auxiliar al facultativo en su obra y me dedicaré al bienestar de todos los que me esten encomendados". (4).

Enfermería se ha visto sometida a una serie de circunstancias que han ido incidiendo en sus posibilidades de desarrollo y superación, modificando sus expectativas de asentamiento, la mayoría de las veces de modo negativo. Entre esas circunstancias se podrían citar:

- Aparición de otros profesionales competidores. (5).
- Desconocimiento social de su naturaleza real. Vease a este respecto la obra "Imagen social de la Enfermería", un trabajo consistente en una encuesta al usuario realizado por Renedo y otros, en especial todo lo referente a sus conclusiones. (6).
O, en un plano mucho mas resumido, la editorial de Nursing titulada "La profesión de Enfermería como fuerza social", donde se puntualiza este aspecto en cuestión. (7).
- Conceptos contradictorios entre sus miembros. Debemos ser inteligentes, superar las diferencias que podamos tener sobre el camino a seguir, y actuar con creatividad. Las distintas experiencias en el enfoque de la práctica diaria, y la opinión de los líderes de Enfermería que a través de modelos y teorías han marcado el camino a seguir por los profesionales son los aspectos que debemos tener muy presentes. (8).
- Dificultosa promoción de sus profesionales. Si bien es cierto que los incrementos económicos de los últimos años no han sido adecuados ni justos para una profesión con el nivel de formación, responsabilidad y riesgo que el ejercicio de la Enfermería exige, no es el responsable exclusivo de la falta de motivación profesional. A ello hay que añadir el hecho incuestionable de la falta de expectativas

profesionales dentro del marco estricto de la actividad asistencial, y el que el profesional no sea considerado suficientemente como persona en la organización. (9).

- Identificación de sus funciones. E incluso entre la teoría y la práctica de los cuidados, en donde los enfermeros españoles viven una fuerte contradicción, según Rosa Maria Alberdi. (10).
- Insatisfacción de sus reconocimientos social y económico. Existen estructuras de sueldos para el personal de Enfermería que son incompatibles con sus funciones y responsabilidades y que les ofrecen pocos incentivos, opina la AEED. (11).

Por otra parte, Cabanes y otros, en su tesina "Faltan enfermeras asistenciales ¿cómo solucionarlo?", exponen en sus conclusiones que el malestar actual en la Enfermería asistencial depende de la insatisfacción económica, de la falta de autonomía profesional, del poco reconocimiento social y de las pésimas condiciones sociolaborales. (12).

Los salarios de las enfermeras son bajos por término medio, y el techo suele alcanzarse en menos de siete años de modo razonable. Por comparación, un abogado que trabaje puede aumentar su salario en más del 200% en el transcurso de su carrera, en tanto que la enfermera puede presumiblemente esperar un aumento de

tan solo un 40%. Si se añade a la falta de estímulo económico la negación de estatus, respeto y desarrollo intelectual, puede comprenderse el problema. (13).

- Profesión con elevado número de mujeres. Aún cuando ha dado preocupación a diversos autores el hecho de que la mayor parte de cargos ha recaído en varones: "En una profesión que sigue siendo mayoritariamente femenina, los varones ocupan prácticamente todos los cargos de representación pública, y además, puesto que son electivos, se supone que lo hacen con el consenso y a plena satisfacción del colectivo", dice Roser Tey. (14).

Es en este marco referencial en el que se plantea la orientación del presente trabajo, que pretende ser una aportación al necesario e imprescindible proceso de reflexión que en torno a nuestra profesión se precisa realizar de un modo constante, con seriedad y serenidad. Ese proceso que, periódicamente, aparece reclamado en las páginas de las revistas profesionales, pero que, desgraciadamente, no acaba de concretarse de un modo concluyente, según palabras que publica Nursing en su Editorial de Marzo del Año 1993. (15).

Nosotros hemos tomado del colectivo de Enfermería un subconjunto: el de la Supervisión Hospitalaria, entendida como el elemento integrador entre los profesionales de base y los gestores. A lo largo del trabajo intentaremos conocer ¿QUIEN

SUPERVISA A ENFERMERIA? para comprender cuales son sus características, inquietudes, y dificultades; las cuales no siempre son compartidas e incluso, ni tan solo comprendidas por otros profesionales u otros sectores de la sociedad.



**PLANTEAMIENTO
DEL
TRABAJO**

HIPOTESIS

HIPOTESIS

Al pretender realizar una investigación acerca de ¿QUIEN SUPERVISA A ENFERMERIA?, se hace obligado establecer una hipótesis que nos indique un camino hacia el objetivo del conocimiento.

En nuestro caso nos planteamos una hipótesis que decía:

EN EL COLECTIVO ACTUAL DE SUPERVISORES DE ENFERMERIA DE LOS HOSPITALES DE MAS DE 60 CAMAS DE LA PROVINCIA DE BARCELONA ES POSIBLE IDENTIFICAR CIERTAS CARACTERISTICAS COMUNES QUE SE DAN DE MODO FRECUENTE. ASI MISMO EXISTEN CIERTOS FACTORES DE PREOCUPACION PRESENTES EN LA MAYOR PARTE DE LOS MIEMBROS DE ESE GRUPO, EXISTIENDO UNA RELACION ENTRE ESOS FACTORES Y LA FORMACION RECIBIDA, LA DEDICACION EXISTENTE, LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS Y DETERMINADAS ACTITUDES QUE IDENTIFICAMOS COMO POSITIVAS

Se hace evidente que la relación de subhipótesis que nos sería dado plantear, como consecuencia del elevado número de variables con el que experimentamos, hace prolijo e inadecuado el establecer en este punto una relación exhaustiva de las mismas, por lo que, deliberadamente, hemos planteado una hipótesis general amplia y, como resultante de ello, menos concreta y específica de lo que suele ser habitual.

No obstante lo anterior, a título de ejemplo, si pueden citarse diversas precisiones al redactado de la hipótesis:

- Al mencionar "CIERTAS CARACTERISTICAS COMUNES", es posible citar, entre otras, edad, sexo, estado civil, antigüedad en el puesto o en el centro,...
- Al hablar de "CIERTOS FACTORES DE PREOCUPACION", nos referimos, por ejemplo, a la existencia de recursos humanos suficientes, o de recursos materiales, a si la retribución es correcta o no, o a si variarán las funciones de Supervisión en un futuro,....
- Cuando decimos "DETERMINADAS ACTITUDES QUE IDENTIFICAMOS COMO POSITIVAS", estamos hablando de si han realizado mas estudios de gestión, si se sienten reconocidos por la Dirección de Enfermería, por los subordinados, etcetera...

OBJETIVOS

OBJETIVOS

Por tanto, los objetivos del presente trabajo serán:

- 1.- Identificar las características comunes de los profesionales de enfermería que trabajan como supervisores en hospitales de más de 60 camas en la provincia de Barcelona.
- 2.- Conocer los condicionantes que influyen en sus actitudes en el ejercicio de la supervisión, según la opinión del propio colectivo mencionado.
- 3.- Describir cuales son las inquietudes y preocupaciones que los actuales supervisores/as de hospital tienen acerca de su papel en la gestión de Enfermería en un futuro próximo.
- 4.- Averiguar cuales son las ideas acerca de como evolucionarán sus tareas.
- 5.- Descubrir si hay relaciones entre las características de los grupos encuestados con las expectativas y opiniones que exponen, analizando cuales son estas relaciones.

Como objetivos mas específicos de este trabajo, podrían plantearse los siguientes:

- 1.- Conocer la posible relación existente entre la edad de los Supervisores y su percepción del reconocimiento que de su tarea tienen, por una parte los subordinados, y, por otra parte, las Direcciones de Enfermería.

2.- Comprobar si el sexo es una variable que influye entre los Supervisores de Hospitales de mas de 60 camas de la provincia de Barcelona en relación con la retribución, las horas de dedicación, los recursos humanos y materiales de que disponen, o sus criterios a la hora de mantener el servicio como esta o plantearse cambios en el mismo.

3.- Descubrir si la situación de estado civil de los Supervisores tiene relación con las horas de formación en gestión que han realizado.

4.- Conocer si la voluntad de introducir cambios en la situación actual de los servicios se relaciona con la antigüedad en el puesto de Supervisor o con la antigüedad en el Centro.

5.- Ver si influyen las horas de dedicación al desempeño del puesto de Supervisión en el concepto que los supervisores tienen del grado de reconocimiento que les dan sus subordinados o sus Directores de Enfermería.

6.- Averiguar si la antigüedad como Supervisor tiene relación con la cantidad de recursos materiales y humanos de que dispone el Supervisor, con las retribuciones por el cargo, o con si se sienten o no reconocidos en su tarea por la Dirección de Enfermería o por los subordinados que dependen de su puesto de Supervisor.



**MARCO
TEORICO**



**DEFINICION
DE
ENFERMERIA**

DEFINICION DE ENFERMERIA

Como punto de partida puede sernos útil la definición que de la función de Enfermería nos da Virginia Henderson. Según ella, "consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su restablecimiento (o a evitar padecimientos en la hora de la muerte), actividades que el realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible". (16). El que ésto seamos capaces de hacerlo adecuando de un modo preciso la atención que requiere el paciente a sus necesidades particulares en cada caso nos aproximará a la idea de optimización de nuestros actos, y nos proporcionará la imprescindible credibilidad que nuestras funciones requieren.

Mucho mas prosaica es la definición que nos hace Teresa Piulachs, cuando dice que "Enfermero/a es una persona que ha completado un programa de educación básica en enfermería y esta calificada y autorizada para ejercer la Enfermería en su país". (17).

El ideal en el que debemos basarnos es el de una consecución de calidad en nuestras acciones, dentro del marco que nuestras funciones nos determinen en la comunidad. Entenderíamos como calidad de la atención de Enfermería la consecución del conjunto de características y acciones que posibilitan la

obtención, en cada uno de los miembros de la comunidad, del nivel de salud que nos es dado alcanzar.

No hace aún demasiados años, en nuestro país, la calidad de la asistencia de Enfermería era, cuando menos, algo con ribetes de misterioso. Convengamos en que era real, en que era algo que pudiera percibirse; que incluso era algo apreciado o apetecible, pero... no era algo que fuese susceptible de medición. Tal parecía que la mera intención o voluntad de definir la calidad de las atenciones o cuidados de Enfermería, a partir de su delimitación y medida, pudiese actuar en el sentido de, de algún modo, modificarla, o, incluso, disminuirla.

En una siguiente fase se intentó lograr un excesivamente rígido componente de tecnicismo y empirismo: el objetivo paso a ser lograr cuantificaciones basadas en mediciones simples, sencillas y precisas, y, a ser posible, completas, de los actos y acciones de Enfermería definidos como de calidad.

Algunas opciones destacaban el hecho de que, normalmente, mayor era el grado de exigencia de estos componentes cuanto mayor era el alejamiento de la práctica cotidiana de la Enfermería junto a usuarios y pacientes.

Lógicamente, sería desvalorizar la profesión de Enfermería y minimizarla si se considerase como esencial de la misma sólo ese aspecto de sus componentes técnicos y tecnológicos, olvidando o no advirtiendo todo el enorme aporte humanístico y personal que requiere la correcta atención del paciente, dentro del marco de la relación enfermera-usuario que

se desea alcanzar y mantener. Rossette Poletti explica ampliamente este punto en su excelente artículo "Los cuidados de Enfermería como profesión". (18).

Esta relación con el paciente podría estructurarse en diversos apartados, de entre los que podemos citar los siguientes:

- Afectivo, en el que lo pretendido es el establecimiento de una relación entre paciente/usuario y profesional de Enfermería.
- Cognoscitivo, o de definición de las necesidades de atención y/o salud que presente el usuario, para lo que se precisará un conocimiento detallado del cuerpo de enseñanzas que conforman el curriculum básico de Enfermería, a la vez que un proceso de aplicación de los mismos a través del diagnóstico de Enfermería y su Plan de Asistencia.
- Activo, en el marco del cual se procede a la aplicación de las acciones y técnicas que se requiere dominar por parte del profesional de Enfermería que presta sus cuidados, lo que representa una serie de destrezas y habilidades.
- Etico, o de compromiso por parte del enfermero o enfermera con relación a mostrarse consciente de sus reales capacidades, vigilante con respecto a las condiciones y circunstancias de la

asistencia que se presta, y motivado hacia la consecución del bien, el bienestar y el beneficio de la salud de la persona o personas que son objeto de la atención.

Hechas estas primeras acotaciones a la definición de Enfermería como Profesión, conviene recordar que incluso para ciertos autores no es posible hallar una definición válida de Enfermería, que identifique su "componente único", es decir, aquel que caracteriza su esencia (la de sus prestaciones) a la vez que lo diferencia de las esencias de las demás profesiones. A este respecto puede revisarse la obra de Nelly Garzón "La Enfermería como profesión". (19).

Es evidente que la definición filosófica de una profesión no es tarea fácil, pues son exigidos cada vez mayor amplitud de conocimientos, a la vez que la ciencia requiere una cierta necesidad de especialización de modo creciente y progresivo. Incluso, como Alberdi nos demuestra, existen mas subdivisiones o categorías en el concepto "Enfermería". (20).

Aquí podría venir a cuento la eterna polémica entre la exigencia de conocimiento en profundidad de las diversas materias que componen el cuerpo de enseñanzas y conocimientos de una profesión, enfrentando a la exigencia por el profesional de disponer de una visión de conjunto de ese contenido, en muchas ocasiones de difícil conjugación. Así, Roser Tey dice: "Por otra parte, entre los propios profesionales de la salud existe una tal diversidad de criterios relativos a la estructuración de las

distintas profesiones sanitarias, a sus respectivos niveles académicos, a las facilidades de promoción entre unos y otros niveles, a los límites de competencias, etc, que no se llega con facilidad a un acuerdo." (21).

Esto será especialmente interesante en el campo de las ciencias de la salud, y en lo referente a Enfermería. Al hablar de cuidado integral, nos saldrá la duda de que debe potenciarse, si una Enfermería Generalista o Enfermería Especializada. Pero este planteamiento se revela como falso, pues no es lógico ni coherente el contraponer la posibilidad de conocimiento de la persona, entendido como integral, a la desmenuzación o fragmentación del mismo. Como se ha dicho ya, la suerte del ser humano enfermo es sanar, y la del sano obtener un mayor bienestar. En nuestras acciones e intervenciones sobre las personas, deberemos enfrentarnos a situaciones que deben resolverse mediante actos ejecutados con gran precisión, con un elevado nivel de seguridad en los mismos, y, en muchas ocasiones, con urgencia ante lo inesperado de su aparición. Pero a la vez es imprescindible para un óptimo cuidado de la persona, el profundo conocimiento de sus necesidades, lo que requiere una amplia base de conocimientos, pues deberemos analizar sus posibles necesidades en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales; en estados de salud de diverso tipo, desde la alteración de la normalidad; y para diversos momentos y circunstancias de las etapas de la persona en su desarrollo.

Una vez superado este primer punto, vamos a proseguir

en la búsqueda de una definición de Enfermería que nos aproxime a la identificación de aquellos elementos que configuran las acciones de Enfermería y de sus profesionales. Han pasado ya muchos años desde que Florence Nightingale (1.820-1.910) sentó las primeras bases de la Enfermería Profesional. Su idea básica, superada hoy día, era que la Enfermería debía situar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe sobre él.

Los cambios sociales y el desarrollo de las ciencias han producido los lógicos cambios y reorientaciones en el papel de los profesionales de Enfermería.

Decía Carmen Dominguez-Alcón que "el modelo tradicional del profesional de Enfermería ha estado marcado por unas características muy determinadas... un alto grado de dependencia respecto del poder médico, y lo que debería entenderse como colaboración se mantiene en muchos niveles como subordinación."

(22).

Una labor ingente sería el identificar todos los nuevos enfoques que en el campo de la salud han venido produciéndose, para relacionarlos con esas modificaciones experimentadas en la profesión de Enfermería. (23).

Reflexionando sobre los mismos, destacaríamos los siguientes:

- a) La salud se define preferentemente como una resultante del desarrollo económico y social, lo que indica un alto grado de posibilidades del individuo

- y de la comunidad en sus capacidades potenciales para la obtención de óptimos estados de bienestar.
- b) La salud no consta de problemas aislados, sino que es consecuencia de múltiples factores cuya resolución requiere, en el mejor de los casos, que exista una suma de esfuerzos y decisiones para obtener acciones interdisciplinarias, y, aún en ocasiones, intersectoriales.
- c) El concepto integral o biopsicosocial y cultural del ser humano es piedra angular de toda la concepción de la salud, lo que ciertamente condiciona que la atención que se preste debe ser, ineludiblemente, una atención integral, incardinada en los procesos de salud-enfermedad que presentan las personas, en cada una de sus etapas vitales o de desarrollo.
- d) Dentro del contenido de la Enfermería ha venido desarrollándose un cuerpo de conocimientos y de técnicas que posibilitan la aplicación del proceso de Enfermería, proceso que, a grandes trazos, comprendería la valoración de situaciones de salud en las personas, la planificación y ejecución de cuidados y la evaluación de los resultados de los mismos. Ello significa una formación específicamente de Enfermería, considerada como un servicio orientado, a través de una relación interpersonal, a la satisfacción de las necesidades de salud del

individuo y de la comunidad en todas y cada una de sus áreas.

Creemos que este último punto es esencial. Pero para poder determinar y conocer en que consistirá esa formación específica de Enfermería, en todos sus puestos de trabajo, resulta imprescindible y prioritario determinar en que consiste la aportación de Enfermería y que la diferencia de la aportación de otros profesionales de la salud. Es importante que se nos reconozca sin confusiones. En este punto es muy interesante referirse a las aportaciones de Rosa Maria Alberdi en las Primeras Jornadas Nacionales de Enfermería, en su ponencia titulada "La Enfermería y la palabra". (24). Así, cuidados de Enfermería serán todas aquellas actividades que el enfermero lleva a cabo para proteger la vida y salud de las personas; para ayudarlas a lo largo del proceso de curación y adaptación a la situación considerada como de normalidad, que puede ser de completa resolución de los problemas, de secuelas, o, incluso, de bien morir. Esto deberá llevarse según un sistema propio adecuado a las especificidades de cada país o comunidad. Ya decía Hall que el "rol" de la Enfermería en "CUIDAR" es fundamental. En 1.974, en la Reunión conjunta de Matronas y Enfermeras, se dijo que cada país debe tener un subsistema de personal de Enfermería bien definido por medio del cual se puedan proporcionar efectivamente los servicios de Enfermería; tal sistema puede constar de dos o tres niveles de trabajadores, con la "enfermera/o" en la cúspide del sistema. (25).

Revisando los conceptos que diversos autores han aportado en torno a los cuidados de Enfermería, encontramos que OREM establece tres categorías distintas de autocuidados:

- a) Los que son realizados por la propia persona autónoma para dar cumplimiento lógico a sus necesidades básicas de salud.
- b) Aquellos que están modificados o condicionados por cierto tipo de factores asociados a etapas o circunstancias derivadas del propio desarrollo de la persona, tal y como ocurre en el embarazo o en la ancianidad.
- c) Los que se precisan a causa de alteraciones en el nivel de salud, producidas a consecuencia de la disminución de recursos para cubrir las necesidades de salud, que se ven incrementadas por la presencia de la enfermedad, y que suelen colocar al sujeto humano en situaciones de gran dependencia con respecto a otros.

Esto enlaza con la idea de HENDERSON, que detecta el papel de suplencia y ayuda que corresponde al profesional de Enfermería, orientado hacia la consecución por el paciente lo antes posible de su autonomía.

Otros autores como ROY especifican que las acciones de los cuidados de Enfermería deben conducir a la adaptación más amplia posible de la persona en cuatro aspectos fundamentales:

- a) Sus necesidades fisiológicas.

- b) Su imagen de si mismo.
- c) Su manejo y dominio del rol que tiene.
- d) La interdependencia.

Para lograr lo anterior el paciente efectúa improbos esfuerzos de adaptación a las circunstancias, realizando los cambios pertinentes ante nuevas situaciones derivadas de modificaciones en su proceso de salud-enfermedad, y el profesional de Enfermería participa mediante sus cuidados realizando una tarea de sostenimiento, apoyo y estímulo que conduzca a la consecución de una nueva adaptación ante la nueva situación y condiciones.

Según TRAVIS los cuidados de Enfermería deben proporcionar a la persona el máximo nivel de bienestar posible, a través de una información, formación y asistencia, que le facilite al individuo las vías y formas de obtener un crecimiento, un desarrollo de su potencial, y la consecución de su realización como ser humano y persona. Ese máximo nivel de bienestar podría caracterizarse por los siguientes aspectos:

- a) La persona debe ser consciente de sus necesidades reales en materia de salud y conocer de que modo pueden ser satisfechas.
- b) El individuo debe tener la forma de expresar sus sentimientos y emociones, de modo que puedan ser comunicadas a las demás personas de forma inteligible.
- c) El ser humano tiende a actuar de un modo positivo,

no considerando como tal el nuevo hecho de la agresividad o pasividad.

- d) La persona deberá poder disfrutar de su cuerpo a través de la consecución de los adecuados niveles de ejercicio, de una correcta alimentación y de la sensación evidente de la toma de conciencia de lo que sucede y acontece.
- e) Debe existir un cierto nivel de sentimiento de compromiso con proyectos que sean importantes y sustanciales para el individuo, a la vez que dichos proyectos o intenciones han de concordar con la escala de valores que la persona posee.
- f) Se precisa el conocimiento y la habilidad que posibilite la creación y mantenimiento de relaciones satisfactorias y de interés con las otras personas de su entorno.
- g) Se obtiene el bienestar si es capaz de comprender y aceptar las dificultades y exigencias de la existencia humana como expectativas y oportunidades de crecimiento y superación.
- h) La persona debe interaccionar con su entorno, modificando y creando sus condiciones de vida, no limitándose o conformándose con aceptar que basta con reaccionar a lo que sucede.
- i) En un alto nivel de bienestar es preciso ocuparse de un modo razonable de los condicionantes físicos para

mejorar y aliviar las sintomatologías, o como mínimo aceptar, comprender y asimilar las razones de su aparición.

j) Es importante para conseguir un adecuado bienestar, que el individuo pueda reconocer y conocer sus propios y particulares ritmos físicos o emocionales, comprendiendo e identificando los signos que el cuerpo le indica.

k) Por último, y no por ello menos importante, la persona que consigue un elevado u óptimo nivel de bienestar, debe ser capaz de generar la imprescindible y necesaria confianza en sus propios recursos de salud, comprendiendo que constituyen la fuerza principal para el desarrollo.

En resumen, el profesional de Enfermería tiene un objetivo primordial, la aportación al ser humano de un servicio centrado en el proceso de interrelación, en la relación de ayuda a la persona, mediante un proceso creativo, desde su nacimiento hasta el fin de sus días, con el fin de proporcionarle cuidados a su salud y a su enfermedad, concediéndole así la posibilidad de la mayor autonomía posible y una atención adecuada en el momento de su defunción.

Como dice Mora, el quehacer ocupacional de Enfermería, en su más concreta aportación y dimensión, desarrolla un conjunto de actividades centradas en las necesidades humanas básicas, las cuales se realizan a distintos niveles de complejidad, y, por

tanto, dentro de una muy amplia gama de modalidades que, en su conjunto, determinan el rol profesional. (26).

En definitiva, Enfermería será el cuerpo de conocimientos estructurados como profesión, cuyos profesionales serán capaces de afrontar aquellas necesidades de salud y de enfermedad que puedan presentarse en los individuos y grupos, tendrán la responsabilidad y competencia de aplicar los cuidados de Enfermería pertinentes, en relación a los patrones y pautas socioculturales, las posibilidades reales del país y entorno, la legislación vigente en el momento de la aplicación, y, en especial, el propio desarrollo profesional y personal. Esta capacidad de prestar cuidados de Enfermería debe establecerse tanto en situaciones de salud como en circunstancias de enfermedad, mediante la orientación de los cuidados hacia la protección y mantenimiento de la salud y la prevención y evitamiento de la enfermedad; la atención a los que tengan necesidades de salud; y la rehabilitación de los que hayan padecido la enfermedad. Esto se hace a través de la participación e integración en el equipo de salud, organizando, efectuando y evaluando las funciones propias de Enfermería.



**NECESIDADES
PROFESIONALES**

NECESIDADES PROFESIONALES

Las necesidades de nuestros profesionales son la base sobre la cual debiera haberse desarrollado cualquier proyecto encargado de remodelar los estudios universitarios de Enfermería. Ya en Julio de 1.978, Carolina Melendez decía: "Somos nosotras quienes debemos dar forma a la imagen real; somos nosotras, repito, quienes tenemos el derecho de decir de una vez por todas lo que queremos y como lo queremos." (27).

Que por parte nuestra se trate de determinar cuales son las necesidades podría ser un error que no vamos a cometer, ya que la remodelación es a nivel nacional y sabemos que las necesidades de cualquier otro profesional, en otro entorno pueden ser diferentes. Así pues, tan solo recordaremos aquello por lo cual nuestro colectivo ha luchado en los últimos años y que creímos que podría ser desarrollado con la reforma de las enseñanzas universitarias. No obstante invitamos a esos sesudos señores que han asesorado en el desarrollo de tan nefasta ley de directivas específicas de estudios de Enfermería que la revoquen y realicen investigaciones positivas sobre las verdaderas necesidades de nuestros profesionales. Tampoco seremos tan torpes de decir que esas personas debieran vestirse de enfermeras por un día, solo recordamos que antes de planificar una reordenación de estas características son necesarias las investigaciones de carácter empírico que nos muestren la realidad que reordenamos y que luego nos permitan valorar los resultados obtenidos. ¿Se ha hecho algo

de ésto?. Aquí no nos lo han mostrado aún.

Una necesidad que tiene cualquier estudiante de Enfermería, y está reconocida en los foros internacionales, es respecto al stress generado por el estudio de esta disciplina. Vease "Estrés en estudiantes de Enfermería" de Amat, Fernández, Orts, Poveda, Roma y Ribera a este respecto si se desea ampliar este punto. (28). Al parecer, el problema no se trata tanto de cantidad de conocimientos que debe aprender un individuo en un tiempo record de tres años, sino más bien que se trata de una persona que en muy poco tiempo debe cambiar una serie de actitudes hacia la vida y hacia la muerte para las que se requiere una cantidad de tiempo de un mínimo de tres años. El trabajo de Enfermería requiere mucho contacto humano con un elevado grado de implicación emocional, para lo cual debe formarse el profesional. Así pues, la labor de las Escuelas de Enfermería no solo es la de transmitir conocimientos, también es su función la de prestar ayuda cualificada a los estudiantes que deben enfrentarse a todo un conjunto de situaciones para las cuales necesitan ser formados. Y esto no siempre se logra, pues concurren circunstancias tales como que en muchos casos la enfermera es unicamente docente, y vive alejada de los cambios y procesos que van transformando día a día nuestra realidad asistencial. Ello hace que los alumnos comenten y sufran la realidad asistencial como un hecho alejado de las enseñanzas y modelos que se imparten en las Escuelas. (29). Las pruebas de acceso a la universidad tan solo miden la capacidad intelectual

de las personas que acceden a ella, el grado de madurez necesario para desarrollar una profesión queda fuera de su objetivo. Enfermería necesita un elevado grado de madurez emocional que proporciona los tres años académicos de estudios, prácticas y seminarios que se desarrollan en las escuelas de Enfermería. Solo así estará capacitada óptimamente para la misión que se espera desempeñe en la sociedad. Misión que, como es lógico, experimentará los cambios oportunos, al ritmo de la evolución de la sociedad y de los profesionales. (30). Ya que, si bien con absoluta certeza nadie sabe lo que le deparará el futuro a la Enfermería, si que puede constatarse que numerosos teóricos y numerosos asistenciales han reflexionado acerca de lo que se desearía que Enfermería llegara a ser en horizontes de tiempo concretos. (31).



**EL ROL DE
ENFERMERIA**

EL ROL DE ENFERMERIA

El quehacer diario de las enfermeras y enfermeros de nuestro país desempeñado en las más diversas situaciones y condiciones es lo que tiende a configurar el rol de la enfermera. Este rol se desenvuelve en un marco físico y humano concreto pero sin un marco jurídico apropiado, lo que se traduce en un cierto elemento frustrante. A este respecto, Poletti dice en su conferencia de 1.978 ante la Asamblea General de Confraternidad de antiguos alumnos enfermeras de Reuillu (Paris): "El fin de los cuidados de Enfermería: poner al paciente en las mejores condiciones posibles, a fin de que la naturaleza pueda hacer su obra en él". Y esto requiere un esfuerzo. (32). Cada día en nuestro país las enfermeras realizan una serie de actos encaminados a suplir o educar una serie de necesidades que otras personas no pueden lograr por si mismas. Gran parte de estas necesidades son de carácter físico y vitales para esta persona como organismo vivo, pero no todas estas necesidades son estrictamente físicas, sino que por la complejidad de las situaciones en que se hallan las personas demandantes de cuidados exigen unos profesionales con una formación técnica, pues es evidente que debe, como ya se ha expuesto en otros puntos de este estudio, estar capacitado para prestar los cuidados que requiere el individuo en su aspecto integral: es decir, bio-psico-sociales. No olvidemos que la moderna práctica de Enfermería requiere que las enfermeras sean capaces de establecer juicios

independientes sobre el estado del enfermo, como defiende, por ejemplo, Segal. (33). Y ésto, claro está, constituye un cuerpo de conocimientos técnicos y humanísticos de mucha mayor profundidad que los meramente políticos. Además se dá otra circunstancia digna de destacar: una mayoría de estos profesionales están trabajando para la Administración Pública, ya que trabajan en unos Centros regidos directamente o indirectamente por el Estado, encaminando a satisfacer unos de los Derechos básicos de los ciudadanos de este país: la salud, recogido en la Constitución, como es bien sabido. Resulta paradójico (pero no extraño en este país) que las funciones de estos profesionales no están reguladas. Parecería lo más natural que dada esta situación de máximo empleador del país, el Estado o la Administración tuvieran buen cuidado en regular, de un modo que fuera claro y concreto, las funciones de los profesionales de Enfermería, ya que el resto del sector las seguiría de un modo inevitable. Pues bien, no solo no es así, sino que se podría incluso sospechar que se impide a otros sectores promover sus propias funciones.

Todos sabemos que el Estado se está modernizando, que estamos en un importante momento de transición, pero no es aceptable que esta situación se prolongue indefinidamente, y esta situación ha durado mucho más de lo que la lógica dice, con lo que la paciencia del colectivo incapaz de solucionar la situación empieza a ser excesivamente exprimida.

Las regulaciones a las que estamos sometidos son más

bien de tipo civil, laboral, penal y, naturalmente, académico, quedando un gran vacío en la regulación del ejercicio de la profesión propiamente dicho. Se trata de una ridícula situación de proletarización de un grupo profesional. Se nos dice que responsabilidades tenemos en el caso de mala práctica; la pena que podemos tener; los horarios laborales que debemos cumplir; los tipos de salarios que nos corresponden, y los requisitos académicos que precisamos para poder ejercer. Pero nadie nos dice lo que debemos hacer, lo que es normal que realicemos, lo que es deseable que realicemos sólo nosotros, ¿Qué responsabilidades nos ha encomendado la sociedad? ¿Quién puede responder a esta pregunta con certeza y sin dudas?.

Y a pesar de todo, los Hospitales y Centros de atención Primaria funcionan gracias a las enfermeras que en ellos trabajan. Por desgracia, los medios de comunicación solo suelen ocuparse de Enfermería, a veces de forma excesivamente sensacionalista, cuando se trata de informar sobre errores o conductas inadecuadas de las que se derivan hechos lamentables, como si este fuera el comportamiento habitual de nuestra profesión. (34). El motor de la Sanidad no queda ninguna duda que somos la Enfermería. Si cada día la Sanidad de este país funciona es que las enfermeras realizan algo. Es interesante ver el comentario de Martínez de Salas en "Papel de la Enfermería en la Reforma Hospitalaria" (35), donde se profundiza en esta idea con mucha mayor amplitud. Si algo realizan es que tienen alguna función en el Sistema Sanitario. Una de las vías reivindicativas

de la existencia reconocida y legislada de las funciones de Enfermería se basa en el estudio de la realidad y en la descripción de las actividades y tareas que realiza la Enfermería para así aglutinarlas en una serie de funciones de carácter general y en una serie de funciones de carácter específico.

Los documentos elaborados por distintas personas, según esta metodología son realmente repetitivos y aburridos, pero exhaustivos y perfectamente matizados sin ningún tipo de error; en una palabra, son ideales para poder desarrollar una ley de funciones, si se tiene la voluntad y el interés de hacerla, pero nadie ha desarrollado una ley, a pesar de tener perfectamente desgranadas todas las funciones de Enfermería. Esto parece responder más a un problema de organización del Sistema Sanitario que un problema político con los Colegios de Enfermería o a la pretendida dificultad del análisis del acto de cuidar, y pensamos que es ésa la causa que subyace en el no salir de una vez por todas la ley de funciones de Enfermería.

Las enfermeras cada día cumplen en sus puestos de trabajo las funciones que los expertos analizan, y poner en claro estas funciones no es problema para la organización del sistema.

El verdadero problema está en el hecho, tan denunciado como inmutable, que las enfermeras cumplen más funciones de las que les son propias; en una palabra la enfermera en un Sistema Sanitario caótico se ha convertido en una chica/o para todo, y es que la Enfermería hace, en muchas ocasiones, tareas que no deberían serles propias. Se ha llegado a una situación en la que

los profesionales de Enfermería realizan funciones de colectivos superiores (al menos en teoría), por su capacidad y voluntad de asumir nuevas áreas, a la vez que asumen funciones de colectivos inferiores (igualmente, al menos en teoría), por la necesidad de la Organización de amortizar puestos de trabajo en ciertas ocasiones.

El resultado de todo este mosaico de intereses, a veces coincidentes y conciliadores, a veces contradictorios y antagónicos, ha sido la paralización de una clasificación de las funciones mediante ley, pues eran muchos los interesados en que no hubiera esa clasificación dentro y fuera del colectivo.

Cualquiera puede reflexionar acerca de la situación sanitaria en nuestro país y en las últimas décadas. Asimismo, se ha reflexionado mucho en otros países y se seguirá haciendolo sin ningún género de dudas. (36). También se reflexiona acerca de cual será el rumbo de la Enfermería en los próximos años. (37). Cualquiera que reflexione se hará consciente con suma facilidad de las cíclicas y periódicas luchas que se han ido repitiendo a lo largo de ese período, con frecuencia con el objetivo de que nada cambie en el Sistema y en la Organización del Sistema Sanitario de nuestro país.

Pero en lo referente a la situación de Enfermería, o más bien, de las funciones que los profesionales de Enfermería deben tener, casi nadie ha dicho o hecho nada (más que concesiones o comentarios simpáticos). Las enfermeras piden algo: o se les niega o se les envia a las fuerzas represoras del

Estado. ¿Qué es lo que sucederá el día en que la Enfermería tenga unas funciones delimitadas? El caos será total, pues muchas personas que actualmente no cumplen las funciones por las cuales reciben unos devengos, deberán cumplirlas o entrar en conflicto, ya que los enfermeros tendrán argumentos legales para dejar de hacer lo que no les pertenece. La función de la enfermera - que es cuidar a los individuos sanos o enfermos - es tan antigua como la vida misma, y la Enfermería, en tanto que profesión, cuenta ya con un siglo de historia. Ante esta realidad cabe preguntarse por qué tenemos tantas dificultades en delimitar cuál es nuestro campo de competencias y en identificar en qué consisten los cuidados de Enfermería. (38).

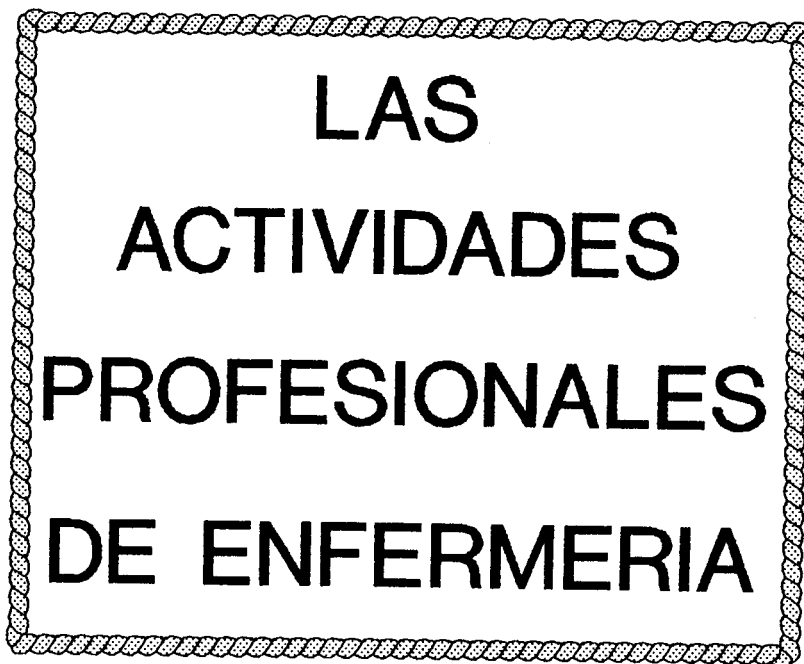
La Enfermería ama a su profesión, ama el cuidar, le gusta ayudar al que no puede, pero es un colectivo, además de vocacional, profesional y está llegando al límite de sus fuerzas.

La desmotivación es una compañera cotidiana de la enfermera. El absentismo crece, al igual que la mortandad profesional. Hay un cierto desencanto en cuanto a la nueva Enfermería. Se empieza a hablar de un descenso en las "vocaciones" de enfermera. Ya se han elaborado estudios acerca de la escasez de enfermeras. (39). Todo esto es la respuesta que el colectivo está dando a una Administración torpe e inconsciente.

En realidad no son "vocaciones" lo que falta sino un poco de incentivo y consideración con estas personas, como propone el editorial "Escasez de enfermeras: ¿mito o realidad?",

publicado en Nursing y de recomendada lectura (40), o mejor dicho, un trato profesional a unos profesionales que cada día tratan de superarse para tratar profesionalmente a los usuarios del Sistema Sanitario, y que lo consiguen pese a las múltiples circunstancias adversas con las que se encuentran. Y si no, vease el enorme cambio de imagen que ha conseguido en la sociedad: se ha pasado de la enfermera con orinal a la enfermera con termómetro, luego a la enfermera con jeringa, y al fin, a la enfermera en unidad de intensivos, en el modelo social. (41).

Como final de este apartado, cabe citar el artículo de Carmen Domínguez titulado justamente "Imagen de la Enfermera en la sociedad" (42), donde se trata ampliamente el tema.



**LAS
ACTIVIDADES
PROFESIONALES
DE ENFERMERIA**

LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DE LA ENFERMERIA

Hablar de actividades profesionales es hablar de un núcleo de actos encaminados al logro de los objetivos de esa profesión, que se desarrolla mediante unas tareas adecuadas a las circunstancias concretas y específicas, con el fin de conseguir una serie de objetivos de la profesión. Es decir, las actividades profesionales son la concreción de las funciones profesionales con referencia a las circunstancias en que se desarrollan éstas, buscando la optimización de los resultados perseguidos por el profesional de Enfermería.

Una autora tan prestigiosa como Virginia Henderson, al hablar del ayer y mañana de la Enfermería, nos dice: "Las enfermeras, en razón de su especial adiestramiento en ciencias sociales y físicas, de su número y de las oportunidades de que gozan para conocer intimamente a las personas a las que ayudan, están en una posición privilegiada para evaluar los obstáculos a la salud y a un modo decente de vida. En cuanto las enfermeras se vean libres para hacer realidad su efectividad potencial, ayudarán a la gente a superar dichos obstáculos, tanto o más que cualquier otra categoría de trabajadores de la salud." (43).

Las actividades de la Enfermería serán, pues, un conjunto de actos que ésta desarrolla con pericia, para los que está adecuadamente preparada. Estas actividades podrán ser una tecnología propia de Enfermería o no. Realmente hoy en día pocas tecnologías son consideradas como propiedad de un colectivo en

exclusiva, se tiende a hablar más bien del grado en el cual las personas de ese colectivo hacen uso de esa determinada tecnología. Como explica Maria Victoria Antón, la Enfermería, además de su función técnica, es el elemento intermedio entre el hombre y la máquina, y debe intentar, por todos los medios, hacer menos traumática la experiencia al enfermo. (44). Por lo tanto, la enfermera será una persona que por la idiosincracia de su labor realizará en mayor medida una serie de actividades en proporción a otras actividades que también deberá llevar a cabo circunstancialmente para alcanzar los objetivos de su profesión.

Un ejemplo sería: que la enfermera solamente necesita planificar una vez su trabajo diario, mientras que realiza una serie de técnicas médico-quirúrgicas muchas más veces.

Posiblemente planificar cuidados en una unidad sea una tarea de equipo, en tanto que los cuidados específicos médico-quirúrgicos serían, en mayor medida exclusivos.

La planificación será una de las funciones del profesional de Enfermería (que responde a varias actividades que realizan las enfermeras), pero si observamos las actividades de la Directora de Enfermería podremos ver que se pasa planificando una parte importante de su tiempo, lógicamente mucho mayor que quien presta sus servicios en una unidad o planta. Es francamente interesante ver el artículo "Planificación de un Departamento de Enfermería: Metodología", de Martí y otros, para poder comprender en profundidad este concepto. (45).

La proporción de planificación en ambos casos es una

función de Enfermería, que participa en distintas proporciones en relación a los objetivos concretos a alcanzar de cada una de las enfermeras.

Siguiendo el ejemplo, podemos observar que la primera enfermera (la enfermera de planta) utiliza medios informáticos para registrar sus observaciones de Enfermería y la Directora de Enfermería también desarrolla la estructura de recogida de un plan de atención de Enfermería mediante sistemas informáticos. Es evidente que a nadie se le ocurriría pensar que las enfermeras del ejemplo cumplen como función el desarrollo e implementación de sistemas informáticos del Centro donde trabajan, tan solo utilizan la informática como herramienta. A su vez, la Directora de Enfermería deberá colaborar con el informático para definir lo que desea.

Estas actividades de Enfermería deben estar reguladas, si bien unas más que otras, en especial todas aquellas que requieren una especial destreza, y por supuesto, aquellas cuyo desarrollo pueda comprometer la integridad física-psíquica del usuario. La capacidad para desarrollar estas actividades se adquiere a lo largo de la carrera académica y la carrera profesional. Influye la experiencia vital propia, la habilidad innata, y el aprendizaje.

Tal vez deberíamos reflexionar acerca de cuales serán los criterios sobre los que se basará la futura educación de Enfermería. Según Ben Doy, Enfermera Jefe de la División de Enfermería del Ministerio de Sanidad de Israel, estos se

estructurarán del siguiente modo:

- Conocimientos:

Biológicos, ciencias sociales del comportamiento, amplio espectro de situaciones de salud y de enfermedad, evaluación comunitaria, proceso de Enfermería, epidemiología y ciencias de la salud pública, factores de riesgo, promoción de la salud e intervenciones sanitarias a nivel individual, grupal, y comunitario.

- Actitudes:

Apertura y aceptación de si mismo y de los demás,
Consentimiento para asumir compromisos y
responsabilidad de acción
Aceptación del derecho de los demás a
autorresponsabilizarse y tomar decisiones
Reconocimiento y aceptación de otros profesionales
Responsabilidad para progresar y autodesarrollarse
Asertividad

- Capacidades:

Recopilación, registro y conclusión de datos
Participación en el proceso de toma de decisiones
Ejecución de prioridades establecidas
Dirección de planificación, organización,
realización, evaluación y comunicación. (46).

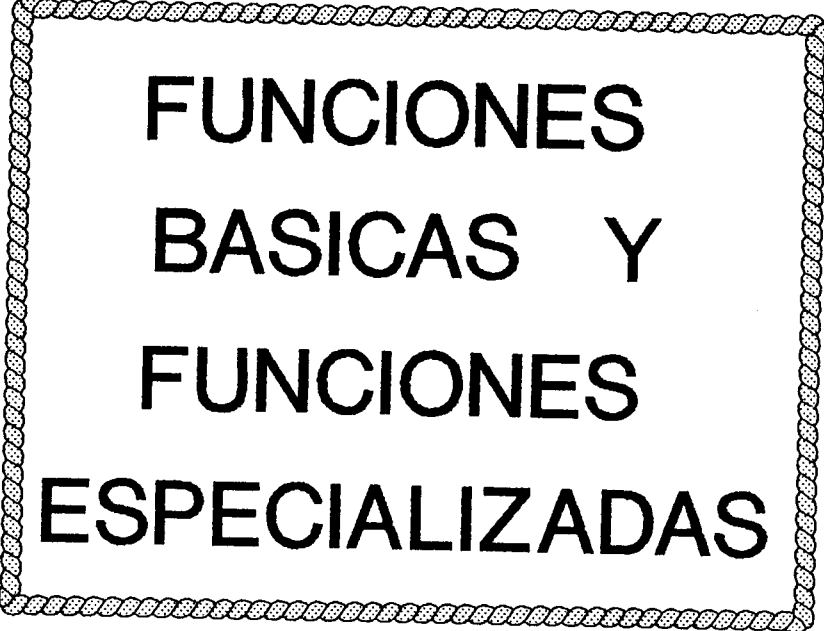
Son actividades sometidas al progreso tecnológico, lo cual hace pensar en las posibilidades del futuro y evitar la

obsolescencia de la reglamentación. La reglamentación de estas actividades permitirá de un modo claro ver lo que se puede y no se puede hacer, aclarando situaciones confusas entre el usuario y el profesional, así como entre profesionales, situaciones que, lamentablemente, vienen dándose cada vez con mayor frecuencia en nuestro medio.

Puede recordarse que, todavía en 1.982, Carmen Dominguez se planteaba que "La Enfermería en España es una profesión que no reúne todavía todos los elementos que caracterizan a las profesiones; cuya indeterminación de funciones hace que se halle en situación de dependencia y subordinación." (47).

Y esto, podemos preguntarnos, ¿se ha solucionado ya hoy, en 1.993?.

También resulta importante ver como, en 1.986, José Angel Azuara, Subdirector General de Personal del Insalud, pide un debate conceptual en torno al contenido profesional de las funciones de Enfermería, junto a un debate práctico de los aspectos relativos a la organización del trabajo. (48).



**FUNCIONES
BASICAS Y
FUNCIONES
ESPECIALIZADAS**

FUNCIONES BASICAS Y FUNCIONES ESPECIALIZADAS

Las funciones básicas de la Enfermería que se proponen son las siguientes:

- 1.- Función de Prevención y promoción de la salud.
- 2.- Función Asistencial.
- 3.- Función Administradora.
- 4.- Función Docente.
- 5.- Función Investigadora.

El desarrollo de cualquiera de estas funciones nunca debe ser efectuada de manera aislada y puntual, sino que se trata de un conjunto de funciones que en las distintas actividades se hallarán íntimamente ligadas, lo que conlleva la necesaria consideración global y conjunta de las mismas, siendo impreciso y erróneo el contemplarlas de un modo aislado y parcial, pues no son elementos separados y estancos. Cada actividad se compone de una serie de acciones que, en cualquier caso, pueden a su vez estar compuestas por elementos de diversas funciones.

Todas las funciones de Enfermería que a continuación comentaremos, tanto las básicas como las especializadas, girarán en torno al Plan de Atención de Enfermería que se establecerá en cada caso. No debiera ser necesario repetir que el objetivo de la ciencia de Enfermería consiste en proporcionar cuidados de un modo racional a un sujeto que no puede proporcionárselos por si mismo. Por lo tanto, la enfermera deberá llevar a cabo un "diagnóstico de Enfermería" (cosa que actualmente hace ya el

profesional, aunque se le de otro nombre) para evaluar las necesidades del paciente y poder planificar los actos encaminados a solucionar y satisfacer las necesidades descompensadas en ese sujeto. La enfermera, al trabajar integrada en un equipo facilitará la información que posee al personal médico de su equipo, a la vez que se servirá de la información que dicho personal le suministra para que pueda llevar a cabo sus cuidados con plena integración con la terapéutica médica o quirúrgica prescrita por el facultativo. De esta interacción se podrá lograr y conseguir el óptimo Plan de Atención de Enfermería, lo que se traducirá en la mejor atención posible al paciente. (Anexo II)

Es altamente interesante revisar el trabajo de Gusiñe, Pardo, Fernández y Sales acerca de los criterios que se recogen para ser profesional de Enfermería, y que serían autonomía, valores sociales significativos, máxima competencia y valores éticos propios, lo que definirá las funciones básicas. (49).

Las funciones básicas de Enfermería serán las cinco antes mencionadas. Estas funciones son aplicables a cualquier tipo de organización o usuario, en todo momento. Por el contrario, las funciones especializadas serían aquellas que se podran desarrollar cuando académicamente se ha demostrado suficiencia en esa área, o cuando los reglamentos internos consideren a la enfermera como experimentada en ese campo.

Las funciones especializadas consistirán en el desarrollo continuado de unas actividades que participan en muy alto grado de una tecnología específica y que requieren unos

conocimientos de base más amplios y reglamentados en una serie de disciplinas. Esta diferenciación con las básicas se producirá, bien a través de la especialización, bien a través del desarrollo de la carrera profesional, quedando delimitadas y diferenciadas de modo específico y concreto.

Por poner ejemplos podríamos citar las funciones de matrona: Una de las funciones propias de matrona serán la de llevar a cabo partos eutócicos. Una de las funciones propias de la Dirección de Enfermería será la de planificar todos los recursos humanos del Centro o del área. Es evidente que para realizarlo se requeriría una formación o experiencia distinta de la básica de Enfermería.

También hay que dejar un espacio legislado bien claro acerca de los deberes y derechos del profesional de Enfermería en la asistencia a pacientes en caso de peligro vital. En este caso, y debido a los conocimientos privilegiados de Enfermería, deben poderse desarrollar, en ausencia de cualquier profesional, todas las maniobras necesarias para mantener con vida al paciente. En caso de riesgo vital, y en ausencia de profesional médico o de Enfermería especializado, la enfermera tendrá como función el deber de emplear todos los medios médicos, farmacológicos o quirúrgicos que conozca y tenga en ese momento a su alcance para mantener con vida al paciente, reanimarlo y ponerlo en las condiciones mínimas para solicitar un traslado urgente. Es conveniente dejar muy claro este punto para evitar conflictos éticos y legales, que, caso de no preverlo, sin duda se

producirían en el futuro.

Como función especializada debemos incluir la de Supervisión. Entre las recomendaciones del Consejo de Europa en materia de Especialidades de Enfermería figura la de crear centros de formación complementaria para la categoría de enfermeros supervisores y establecer la Especialidad de Enfermería de Gestión y Administración. (50). Para poder abordar el estudio de esta función, se hace imprescindible partir de un recuerdo histórico que nos lleve, a través del tiempo, desde los orígenes de la Enfermería y de la Supervisión o Gestión hasta hoy día.



**HISTORIA
DE LA
SUPERVISION**

HISTORIA DE LA SUPERVISION

A partir del Cristianismo la atención al enfermo adquiere una nueva dimensión apareciendo los primeros prototipos de hospital en los monasterios ya que la regla benedictina dice:

"El cuidado de los enfermos debe ser, ante todo, practicado como si dispensando a ellos, al mismo Cristo se le dispensase"

Estos establecimientos fueron engrandeciéndose con el aumento de las necesidades. Es en 1.401, siendo Rey Martin el Humano, cuando es inaugurado el Hospital de la Santa Creu en Barcelona que pretende reunir en uno todos los minicentros existentes en la ciudad. En 1.417 es promulgado en este Hospital un reglamento que ordena y organiza el hospital y que es la primera piedra en la organización posterior de los hospitales. Es en este reglamento donde se perfilan las funciones y responsabilidades de todo el personal, y en donde por primera vez aparece la moderna figura del "profesional de Enfermería" de forma fuerte, clara, precisa y necesaria.

Es en 1.521 con la aparición de las nuevas normas que promulga Carlos I con el fin de infundir espíritu a los hospitales reales fundados por los Reyes Católicos cuando aparece por primera vez la figura del "enfermero mayor" cuyas funciones son las de supervisar la buena marcha de los enfermos. Aparece también la enfermera mayor para las salas de mujeres.

Como puede verse, la tradición histórica de enfermería

es suficientemente antigua. Con todo, ciertos autores disienten de estos precedentes. Así, Cobeña Fernández alega que "existen razones históricas suficientes para elegir, como punto de partida de la Historia de la Enfermería, el siglo XIX". (51). Nosotros no compartimos esa afirmación.

Transcurriendo el Siglo de Oro, y en paralelo a los hospitales Reales, se encuentran los hospitales fundados en toda España por Juan de Dios; estos funcionan sin embargo sin ninguna reglamentación y es el arzobispo de Granada quien decide organizarlos promulgando " El Reglamento de los Hospitales del Enfermero Juan de Dios", en donde la figura clave es el enfermero mayor que depende directamente del Gerente o del Hermano mayor de la congregación en este caso. Supervisará la limpieza, la medicación, la ropería, el cuidado de los enfermos en general y junto con el Hermano mayor harán las cuentas, pues será su consejero a la hora de disponer de los gastos.

Se sabe que aproximadamente por las mismas fechas, las salas del Hospital de la Santa Creu en Barcelona estaban dirigidas por un "Padre" o una "Madre" según se tratará de hombres o mujeres) quienes tenían a su cargo el suficiente personal auxiliar para el buen funcionamiento de estas. Podemos decir pues, haciendo una traslación, que serían los supervisores actuales.

En toda la Edad Media en general, en las comunidades religiosas se produjo una cierta conversión en comunidades sanitarias, con una división del trabajo: los monjes varones

acumulaban saber y buscaban remedios; las monjas mujeres administraban los cuidados y remedios. Sus superiores y Superioras eran los encargados de organizar los servicios que daban. (52).

En el siglo XVII en Madrid, Bernardo de Obregón publica las Constituciones para hospitales en donde queda definida la figura del Enfermero Mayor, en donde se precisa por ejemplo que el Enfermero Mayor acompañará al médico cuando este visite a los enfermos para saber lo que ordenan y el modo y manera en que pasan visita.

En 1.744 aparecen reeditados y actualizados los reglamentos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en donde aparece la figura del Enfermero Jefe totalmente enriquecida ya que se dicta que todos los hermanos que tenga por ayudantes le obedeceran en cuanto a lo tocante al bien de los enfermos y se castigará al que falte.

En 1.760 Carlos III en su orden para los Hospitales Reales ordena que el Enfermero Mayor será nombrado por la junta y tendrá a sus órdenes a todos los practicantes de las salas con pleno poder, incluso para cambiarlos de sala. Entre sus funciones esta la de revisar cada noche que todo este correcto. La persona que ocupará este puesto tendría cargo de Ministro Mayor con voto en los Cabildos.

En el Hospital de la Santa Creu en Barcelona y por las mismas fechas había una renovación de normas internas (1.756) de donde destacaremos los capítulos referidos a las obligaciones del

Enfermero Mayor y las obligaciones de los <padres> y <madres> de las enfermeras. (Anexo I)

En 1.833 en su obra "El arte de la Enfermería" Jose Bueno y Gonzalez nos habla claramente de la Dirección de Enfermería.

En 1.843 aparece la convocatoria pública de la plaza de Enfermero Mayor del Hospital de la Santa Creu de Barcelona. A medida que avanza el siglo XIX van decayendo los Hospitales Reales, y con la entrada del siglo XX se normalizan los estudios de practicante y enfermera, pero a pesar de ello la Enfermería del país va decayendo. Sin embargo, es en 1.926 cuando se promulga una nueva normativa para la Orden de San Juan de Dios y aparece aún la figura del Enfermero Mayor con todas las características de poder que había tenido hasta el momento.

En el Hospital de la Santa Creu y San Pau de Barcelona donde la Enfermería había sido un estandarte para la profesión del resto de España, la Dirección de Enfermería va cayendo poco a poco en un letargo.

Al final de la Guerra Civil y con la instauración en España de la Seguridad Social empiezan a construirse hospitales y junto a ello se crea la necesidad de profesionales de Enfermería; es por ello que aparecen en 1.967 los Estatutos jurídicos para practicantes, matronas y A.T.S. Sin embargo, la profesión de Enfermería como tal se desvirtualiza, pierde su personalidad y su filosofía entrando en una fase de mecanicismo y poca motivación. Fruto de ello o como consecuencia, las Direcciones de Enfermería

pasan a ser Jefaturas, dependiendo ya no del Gerente sino de la Dirección Médica, perdiendo gran parte del poder y gestión directiva que habían tenido hasta entonces.

A partir de este momento se van creando dos modelos diferentes y paralelos en cuanto a la Administración de Enfermería se refiere: uno propio de la Seguridad Social, autoritario, vertical y con nula capacidad de gestión, reflejo del propio sistema político, y el otro propio de los hospitales provinciales, Clínicos y de la Caridad que responden a un modelo religioso, el cual parte del concepto de beneficencia, por lo que estas direcciones tienden a ser poco participativas, poco profesionales y muy jerarquizadas. Es por ello que si bien son eficaces, son poco eficientes y muy subordinadas a las decisiones clínicas. Sin embargo, existen, en medio de este panorama poco favorable, ciertas excepciones. Una de ellas podría ser la del Hospital General de Asturias, alrededor de los años 60 y 70, donde se introdujo la primera organización formal del Departamento de Enfermería de España. (53).

Estamos bastante de acuerdo con las etapas que fija Elvira Guilera:

- Hasta 1.963. Caracterizada por la práctica inexistencia de un criterio generalizado de organización de la Enfermería.
- Año 1.963. En el Hospital General de Asturias (Oviedo) se establece una organización estructurada de Enfermería, con fuerte inspiración en el modelo

inglés.

- Año 1.966. Extrapolación con aplicación progresiva del modelo del Hospital General de Asturias a otros Hospitales.
- Año 1.971. Revolución de los alumnos. En Valdecilla, Basurto, Barcelona,... los alumnos de las Escuelas de A.T.S. se niegan a la ordenación de las prácticas en función de las necesidades de servicio del Hospital y reivindican la planificación de las mismas con criterio y horario de programa docente. Ello produce un cambio profundo de la organización de Enfermería y se plantea la necesidad de pensar en una organización a partir de los recursos, no independientemente de estos. (54).

Es en 1.977 con la aceptación de la Enfermería por la Universidad cuando la profesión tiene un nuevo impulso, y con ello la Administración de Enfermería adquiere nuevos bríos. Algunos hospitales empiezan a preocuparse por tener unas Direcciones de Enfermería y Supervisión eficaces y eficientes ya que ven en ello la posibilidad de mejorar la calidad de su centro.

Conviene, para tener una visión amplia de la década de los 80 en la gestión de Enfermería, leer el artículo de Arbues denominado "Aproximación conceptual a la realidad española", llevado a cabo desde un análisis cuantitativo y cualitativo muy esclarecedor. (55).

Las modificaciones políticas también contribuyen a este cambio, pues se crean direcciones más participativas y estas empiezan a integrarse en Comisiones Clínicas y Facultativas. Esto será una arma de doble filo, pues pronto se evidencia la falta de preparación y conciencia de nuestro colectivo, lo que unido a la falta de concienciación de la base y a la poca comprensión de la Dirección Médica y de los Gerentes llevará a las Direcciones de Enfermería a ser unos simples gestores de los recursos dejando de lado la profesión, o sea, la calidad de cuidados, la adecuada planificación y la investigación, entrando en una dinámica economicista en la cual cualquier gestor puede desempeñar la tarea de Director de Enfermería probablemente mucho mejor que un/a enfermero/a.

Puede recordarse aquí la aportación de Moreu en sus artículos, en especial en "¿Hacia dónde va la Enfermería?", cuando al reflexionar acerca de la Enfermería en crisis propone un posible decálogo hacia el futuro:

- 1.- Mentalización hacia la eficiencia
- 2.- Análisis sistemático de procedimientos de trabajo
- 3.- Método científico para fijar necesidades de personal
- 4.- Sistemáticas de ahorro en los consumos
- 5.- Evaluación del personal: distinguir puesto de mando
- 6.- Métodos de control de calidad
- 7.- Énfasis en el aspecto humanístico de la profesión
- 8.- Formación continuada y trabajo científico
- 9.- Esfuerzo de integración con otros hospitales

10.- Formación en técnicas de "management"

del cual el punto diez es altamente significativo:

"Quizá debería ser considerado como primero dar carácter al desarrollo de la formación de cuadros, al prestigio de los mismos a todos los niveles, quitandoles el carácter de <mando> en el sentido peyorativo de la palabra, y dotandoles de gran contenido profesional y técnico, así como de herramientas suficientes de dirección y gestión. Sólo a partir de la estructura y la jerarquía será posible la transformación positiva del colectivo de Enfermería". (56).

Actualmente en Catalunya la organización de los Centros sanitarios esta recogida por Ley, estableciendo esta las funciones de las diferentes Direcciones.

Por la Orden del 21 de Noviembre de 1.981 se establecía que todo centro habría de tener determinadas las respectivas responsabilidades médicas, de Enfermería, de Administración y de Mantenimiento. Asimismo, se creó el Servei Català de la Salut, que posteriormente evolucionará hasta hoy en día, en donde actúa como comprador de servicios a los hospitales del ICS, de la XHUP y de las Areas Básicas de Salut, formándose así las redes del futuro mapa sanitario de Catalunya.

Por la Orden del 18 de Noviembre de 1.985 se regula la estructura orgánica de Dirección de Gestión y Administración de las Instituciones Hospitalarias de la Seguridad Social en Catalunya. En su artículo segundo dice: "Los órganos de dirección de las instituciones hospitalarias de la Seguridad Social en

Catalunya serán los siguientes:

- Unipersonales: Director Gerente

Director Médico

Directora de Enfermería.

Director Administrativo y de
Servicios.

- Colegiados: El Comité de Dirección que estará
integrado por los responsables de los
órganos unipersonales de Gestión."

En su artículo sexto esta misma orden especifica las
funciones del Director/a de Enfermería, ámbito de actuación, así
como la forma de acceder al cargo.

En esta misma orden en su artículo diecisiete, se
especifica la estructura interna del Departamento de Enfermería
creando las figuras de los Adjuntos de Enfermería y Supervisores,
a los cuales asignará funciones y acotará la forma de acceder al
cargo.

Por el artículo ventiseis se crean las Juntas de
Enfermería de las que se delimitan función y composición.

Asimismo, en diferentes artículos se incluye a la Enfermería
como integrante de las juntas Clínicas, Comités, etc... del
Hospital.

A nivel nacional es en el BOE de 5 de marzo de 1.986
cuando se reconoce por primera vez la figura de la Dirección de
Enfermería. Progresivamente, otras Comunidades Autónomas van
incorporando esa figura, Como Andalucía en el BOJA de 24 de Junio

de 1.986. (57). El funcionamiento, puesta en marcha y dificultades de la primera época se recogen con amplitud de detalles en el trabajo de Vidal "Enfermería y su participación en la Junta Clínica", que consideramos altamente recomendable para comprender estos aspectos. (58).

La Orden del 16 de Mayo de 1.990 no modifica sustancialmente en nada a la de Noviembre de 1.985 en lo que a estructura, funciones o situación en el organigrama del Hospital del Departamento de Enfermería se refiere. También es importante el Real Decreto 305/1990, que aparece el 7 de marzo en el BOE, por el que se regula el reconocimiento de Diplomas, Certificados y otros Titulos de Enfermería de los Estados miembros de la Comunidad Económica Europea, así como el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y libre prestación de servicios. Puede verse el artículo de Serrano y Callén "Enfermería en la CEE. Libre circulación" donde se comenta el tema. (59). La gran preocupación que existe en Enfermería frente a estos temas puede comprenderse leyendo el Editorial de la revista Rol de Junio de 1.988, donde se plasman dudas y temores ante ese Decreto, a causa de la Ley de Reforma Universitaria, al comparar con los curriculums bases de Enfermería en otros países. (60).

Por otra parte, el 22 de Octubre de 1.979, en el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, se creó la Direcció General d'Assistència Sanitària, que encargó un análisis de la situación de la Enfermería en Catalunya. A raíz de ello, el 3 de Septiembre de 1.981 se crea la

Secció d'Infermeria, que era el primer reconocimiento a la participación del personal de Enfermería en el quehacer de la Administración Sanitaria, con objetivos tales como lograr una profesionalización de los mandos de Enfermería. (61).

Tras estas referencias sobre la Historia de la Supervisión, procede a continuación introducirnos en lo que constituyen las funciones de la Supervisión.



**FUNCIONES
DE
SUPERVISION**

FUNCIONES DE SUPERVISION

Parece oportuno desarrollar las funciones que, al menos desde el punto de vista teórico, debe efectuar el supervisor/a de Enfermería de una unidad de hospitalización para cumplir con lo que se consideraría una correcta prestación de servicios. Lógicamente, el papel del Supervisor adquiere relevancia en el momento en que se inicia un modo de trabajo en equipo, aproximadamente hacia finales de la Segunda Guerra Mundial, en parte debido a la falta de personal. Algunos autores plantean que el sistema fue diseñado en base a las tareas, para que el cuidado de los pacientes estuviera a cargo de personal sin cualificación médica, bajo la supervisión de una enfermera. (62).

Como punto de partida, casi como definición ideológica que condicione nuestro trabajo, deberíamos establecer la razón de ser, la esencia de la tarea de la supervisión, consistente en garantizar la mas adecuada cobertura posible de las necesidades de los pacientes a su cargo, a través de la satisfacción de las mismas mediante los cuidados de Enfermería que les proporciona el equipo de forma eficiente. O, como dice Carreras: "Profesionalizar la gestión implica crear un sistema que favorezca la mejora de los rendimientos y asegure en el grado mas alto posible la obtención de resultados". (63).

Desde nuestro punto de vista, cualquier persona que desee ocupar el puesto de Supervisor/a debe tener asumido este principio que planteamos. A partir del mismo podrá desarrollar un

estilo de supervisión u otro; conseguir unos resultados u otros; lograr o no su reconocimiento por parte de determinadas personas o grupos; o, en definitiva, sentirse satisfecho de su actuación o tener la percepción del fracaso.

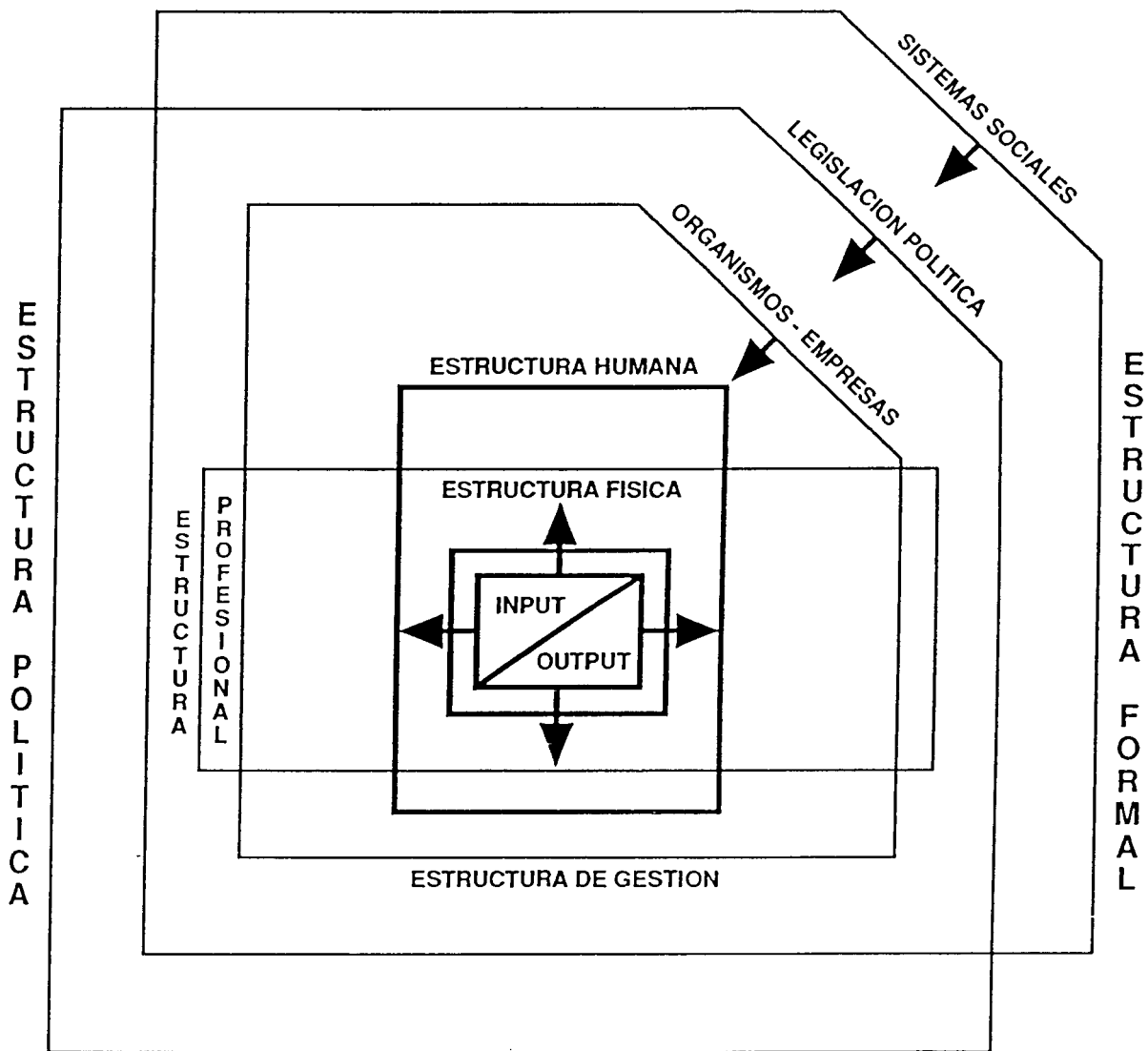
Algunos autores han hecho referencia, a causa de ser Enfermería una profesión con mayor número de personas de sexo femenino, a las condiciones de la mujer frente a la gestión sanitaria. Rosalia Rodriguez, por ejemplo, suponía que existía una creencia popular acerca de que la mujer, por el simple hecho de serlo, tenía limitaciones como directiva. Su tesis iba en la línea de que, si bien existen problemas relacionados con la condición femenina, estos problemas se deben fundamentalmente a causas como:

- La relativa falta de perfeccionamiento en técnicas directivas, el entrenamiento directivo claramente insuficiente y, el, a su juicio, grave error de poner mayor atención en el trabajo que en la profesión.

- Cierta debilidad en las capacidades interpersonales.

- La estructura anímica, en especial la autoimagen, pero que posiblemente se deba mas a la falta de condiciones directivas que a la condición femenina en si. (64).

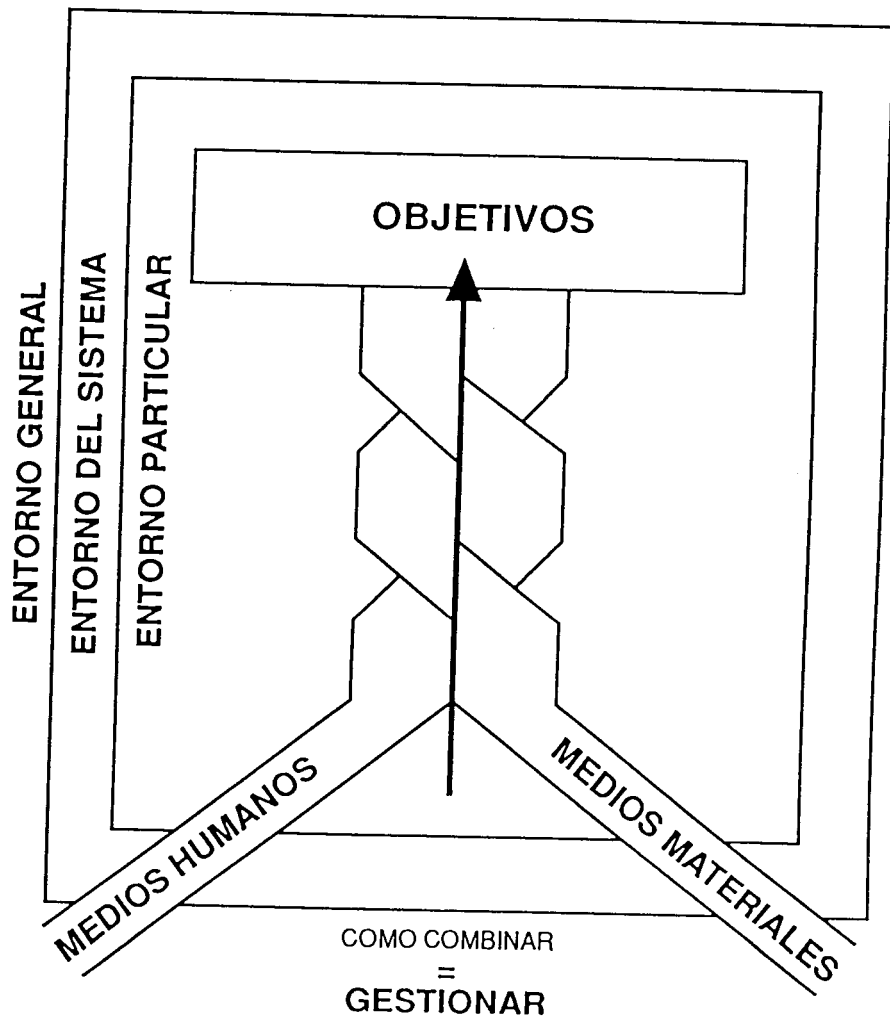
Pensamos que el supervisor/a se encuentra sometido, por las características y expectativas de su cargo, a estructuras con las que debe contar y con las que, si es consciente de las mismas y de su significado, puede intentar un aprovechamiento pertinente para conseguir atender mejor a los pacientes a su cargo.



Así, creemos básico que se sea consciente de la estructura formal, que viene explicitada por los condicionantes del sistema social en que se está: religión, costumbres, normas sociales, moral, ... Esto forma la llamada cultura del lugar de trabajo, que es menos tangible que el entorno físico, pero no menos importante. Las enfermeras solo pueden desarrollar su potencial y conseguir unos cuidados de alta calidad si su organización las valora adecuadamente, y si se percibe de los gestores un clima de respeto y confianza mutuos. (65). A título de ejemplo, en nuestro país, es un problema no resuelto el que en una habitación doble se ingresen pacientes de diferente sexo. ¿Es lógico dejar en un área de urgencias a un paciente unas horas, con un confort mínimo, a causa de que solo hay una cama libre en una habitación doble, cuya otra cama la ocupa una persona de otro sexo?. Posiblemente la respuesta no coincidiría con la que se diese a la pregunta de ¿La ingresaría?.

Y, sin embargo, convencionalismos sociales al fin, ese mismo paciente permanece en urgencias con personas de otro sexo al lado, separadas por una cortina tan solo, pero siendo esto socialmente aceptado por todos.

La estructura política es mas evidente: se manifiesta a través de la legislación. Suele ser abundante, compleja, con matices que requieren interpretación, y... poco conocida por casi nadie en profundidad. Así, por ejemplo, es obvio que la estructura política de un hospital del Insalud o I.C.S. comprendería el estatuto, pero... ¿quién lo conoce?. La respuesta



parece bastante clara: muy pocos supervisores lo conocen y, por tanto, muy pocos lo aplican de modo adecuado.

Como estructura de gestión englobaríamos aquellos aspectos que se refieren a la política de empresa que se establece desde los altos cargos de la misma y que, a veces se presenta de modo explícito (por ejemplo, mediante reglamentos de régimen interno o circulares), y a veces de un modo implícito (respuestas a ciertas acciones u omisiones sería uno de estos casos). Todos somos conscientes de que ciertas empresas son autoritarias, ciertas son rigurosas, ciertas burocráticas, pues identificamos reglamentos, disposiciones, trámites o pasos a realizar para cualquier acción que se precise. Y también conocemos empresas donde no hay escrito nada al respecto, pero que se sabe que "vale mas pedir perdón que pedir permiso", mientras en otras lo que rige es "vale mas pedir permiso que pedir perdón".

Es muy descriptivo profundizar en aquellas características que suponen que un Hospital (u organización hospitalaria) se presente como atractivo para las enfermeras. Así, en un estudio realizado en U.S.A., se identifican como valores positivos la dirección participativa, el hecho de que las direcciones esten visibles en el hospital y accesibles para resolver problemas, la valoración positiva de la calidad, la existencia de programas de orientación... (66).

Un supervisor de Enfermería debe conocer y analizar la estructura humana de su equipo, y la de los equipos con los que

el suyo vaya a interaccionar. La estructura humana de su equipo se referirá a las condiciones de índole física o de relación humana que existen entre las personas que vayan a trabajar para la consecución de los objetivos.

No debe confundirse con la estructura profesional que se refiere a los conocimientos, habilidades y destrezas que esos miembros del equipo poseen: saber tratar un tipo de pacientes, tener experiencia en ciertas situaciones, conocer ciertos signos, serían exponentes de esta estructura. Por ello es conveniente conocer la metodología de atención al paciente de los componentes del equipo, y ver si trabajan conforme a planificación de necesidades o no. Es interesante consultar la aportación de Alvarez González en este apartado. (67).

Algunos autores han realizado clasificaciones cualitativas acerca del perfil profesional que demandan os centros hospitalarios. La de López Izuel obtenia categorías tales como "vocacional", "técnico", "ordenador", "azafata" o "profesional" en su estudio. (68).

Es evidente que ambas estructuras confluyen en unas mismas personas, por lo que podriamos convenir en llamar estructura personal al conjunto o resultante de ambas, pero consideramos que, dado que en su mayor parte el trabajo del supervisor tendrá relación con estas estructuras, es interesante mantener esa doble consideración de estructura humana y profesional. ¿Sería posible tener unas grandes personas pero malos profesionales?. ¿Y unas personas poco dispuestas a trabajar

conjuntamente o poco motivadas, pero con gran nivel profesional?, Esas podrian ser unas cuestiones a resolver.

Por último, nos queda por hablar de la estructura física que condiciona la tarea del supervisor. Las posibilidades de dar una atención u otra se ven manifiestamente afectadas a causa de estas limitaciones, por ejemplo de espacio. Así, si se dispone de alguna habitación adecuada, en caso de hallarse un paciente en grave estado podrá instalarsele en la misma para proporcionarle los cuidados que requiere de un modo distinto a si se halla con otro. Y que decir del paciente a quien, en su misma habitación pero en el lecho contiguo, se le ha presentado ese caso de agravamiento de su compañero: si es posible variar su ubicación o no, nos encontramos ante dos situaciones totalmente distintas.

Como explica Grau, Gerente del Hospital Clínico de Barcelona, cuando se ha de controlar la cuestión económica, se ve que ese control se halla en manos de los que controlan en cierta medida el gasto, y ese es un punto que afecta enormemente a Enfermería. Según él, "Un par de salas de hospitales, idénticas, con el mismo tipo de enfermos, con el mismo tipo de cuidados desde el punto de vista médico, pueden representar gastos radicalmente diferentes". (69).

Un supervisor que desee cumplir correctamente con su trabajo tendrá, pues, que plantearse unas líneas de actuación.

Entre ellas deberá profundizar en el conocimiento de los hechos y datos específicos que le sean suficientes para poder

LINEAS DE ACTUACION

1 DEBE CONOCER LOS HECHOS Y DATOS ESPECIFICOS SUFICIENTES COMO PARA PODER ABSTRAER LAS CONSECUENCIAS DIRECTAS Y VALIDAS ACERCA DEL ENTORNO EN QUE SE DESENVUELVE.

2 SERA NECESARIO CONOCER, ANALIZAR Y COMPRENDER LOS SISTEMAS ORGANIZATIVOS QUE SON DE APLICACION Y USO FRECUENTE EN EL CAMPO SANITARIO Y DE LA SALUD.

3 DEBE ADQUIRIRSE EL CONOCIMIENTO DE LOS MODOS, MEDIOS Y MÉTODOS DE GESTION UTILES PARA PLANTEAR Y RESOLVER LOS TEMAS QUE PUEDA PLANTEAR LA PRACTICA PROFESIONAL.

4 SE HAN DE ASIMILAR LOS ELEMENTOS CONSTITUYENTES DE LAS TEORIAS DE ENFERMERIA QUE ESTRUCTURAN PROFESIONALMENTE NUESTRAS FUNCIONES.

5 SE HA DE LOGRAR LA INTERPRETACION BASICA DE LOS PROCESOS HUMANOS EN REFERENCIA AL TRABAJO, LA SALUD Y LA COLABORACION EN EQUIPO.

6 HAN DE CONOCERSE LOS RECURSOS Y FORMAS QUE POSIBILITEN EL PODER TRATAR Y APORTAR LOS DATOS Y SOLUCIONES NECESARIOS AL PROBLEMA DEL HABITAT LABORAL.

extraer las consecuencias directas y válidas acerca del entorno en el que se desenvuelve. Para él, será necesario efectuar un análisis que le posibilite la comprensión de los sistemas organizativos que son de aplicación y uso frecuente en el campo sanitario y de la salud, análisis riguroso efectuado desde el conocimiento de esos sistemas. Como ejemplo, piénsese en un Supervisor que deba trabajar con Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD). ¿No debe conocer bien ese sistema?. (70).

Asimismo deberá adquirir un nivel adecuado de conocimientos de los modos, medios y métodos de gestión que le sean útiles para plantear, definir y, sobre todo, resolver los temas que se le puedan presentar en su práctica profesional o en la de su equipo. Compruebase si se desea, en el artículo de Rodríguez y Davis, el extraordinario cambio que ha experimentado la Administración de Enfermería en la década de los 80. (71). Y, en un ámbito mas concreto y cercano, es recomendable leer el artículo de Buj, Córdoba y Rodríguez titulado "Dirección por objetivos en unidades de hospitalización", como referencia a esta necesidad de conocimientos sobre gestión mencionada. (72).

También será absolutamente imprescindible que asimile los elementos constituyentes de las teorías de Enfermería que estructuran profesionalmente nuestras funciones, lo que le permitirá establecer una metodología de la atención al paciente basada en criterios racionales y científicos, pero a la vez humanos. Es decir, que este al día en los aportes a la profesión que se realizan casi cotidianamente. Es útil seguir algún

sistema, a juicio de muchos autores, entre los que destacaríamos a Rosalia Rodriguez. (73).

Un Supervisor que desee cumplir correctamente con su misión precisa hacer una reflexión en profundidad acerca de los elementos de desarrollo profesional, por ejemplo con respecto al uso de un determinado modelo de Enfermería, o de la utilización de ciertas clasificaciones diagnósticas. (74).

No puede descuidar la línea de actuación referida a conseguir la interpretación básica de los procesos humanos que se refieren al trabajo, la salud y la colaboración en equipo, tales como motivación, liderazgo u otros similares. La recuperación de la ilusión por el trabajo de los profesionales que intervienen en el cuidado de la salud, y en concreto de la Enfermería, pasa por identificar e implantar las innovaciones motivadoras que desarrollen su responsabilidad, autoridad, capacidad de decisión, autonomía y consecución de resultados. (75).

Y es interesante que conozca los elementos que le faciliten el aportar datos y soluciones necesarias e ineludibles para la correcta utilización del habitat laboral, es decir, para trabajar con seguridad y confortablemente, condiciones que son importantes para poder dar una óptima atención al paciente.

Sirva de ejemplo el artículo "En busca de la imagen perdida", de Carolina Melendez, referente a uniformes y medidas dinámicas antropométricas. (76).

Las condiciones en que se desarrolla el trabajo de la enfermera hospitalaria son importantes, porque afectan a su

continuo salud-enfermedad desde una doble vertiente: en el aspecto físico, con enfermedades (traumatismos, infecciones,...), y en el aspecto psicológico (satisfacción de sus necesidades de autorrealización, autoestima, amor y protección,...). El estado de salud óptimo en la enfermera tiene una importancia particular por el hecho de trabajar con personas que están enfermas o incapacitadas y que la hacen participe de su situación particular y personal, muchas veces dramática. Ello puede llegar a crear situaciones emocionalmente conflictivas, en las que la enfermera necesita de todo su equilibrio para afrontarlas y cumplir su rol profesional de una manera completa.

Debemos conseguir que la enfermera pueda satisfacer su necesidad de trabajar y autorrealizarse, y para ello es imprescindible que disponga de un <medio ambiente> de trabajo seguro, tal como lo define el psicólogo Maslow, según recoge Gusiñe: "Aquel que permite al individuo vivir sin riesgo y le transmite la sensación de seguridad, lo que engloba tanto factores físicos como psíquicos y de interrelación con el entorno, que tanta importancia tienen para la salud y el bienestar del individuo". (77).

En realidad podrían revisarse las tareas o líneas de actuación de un supervisor/a con otros muchos enfoques. Así, a modo de ejemplo, encontramos que Creus (78) propone para un Supervisor General la siguiente distribución porcentual:

- Dirección del equipo 50 %
- Dirección del Departamento 25 %

- Docencia 10 %
- Técnicas 10 %
- Autoformación 5 %

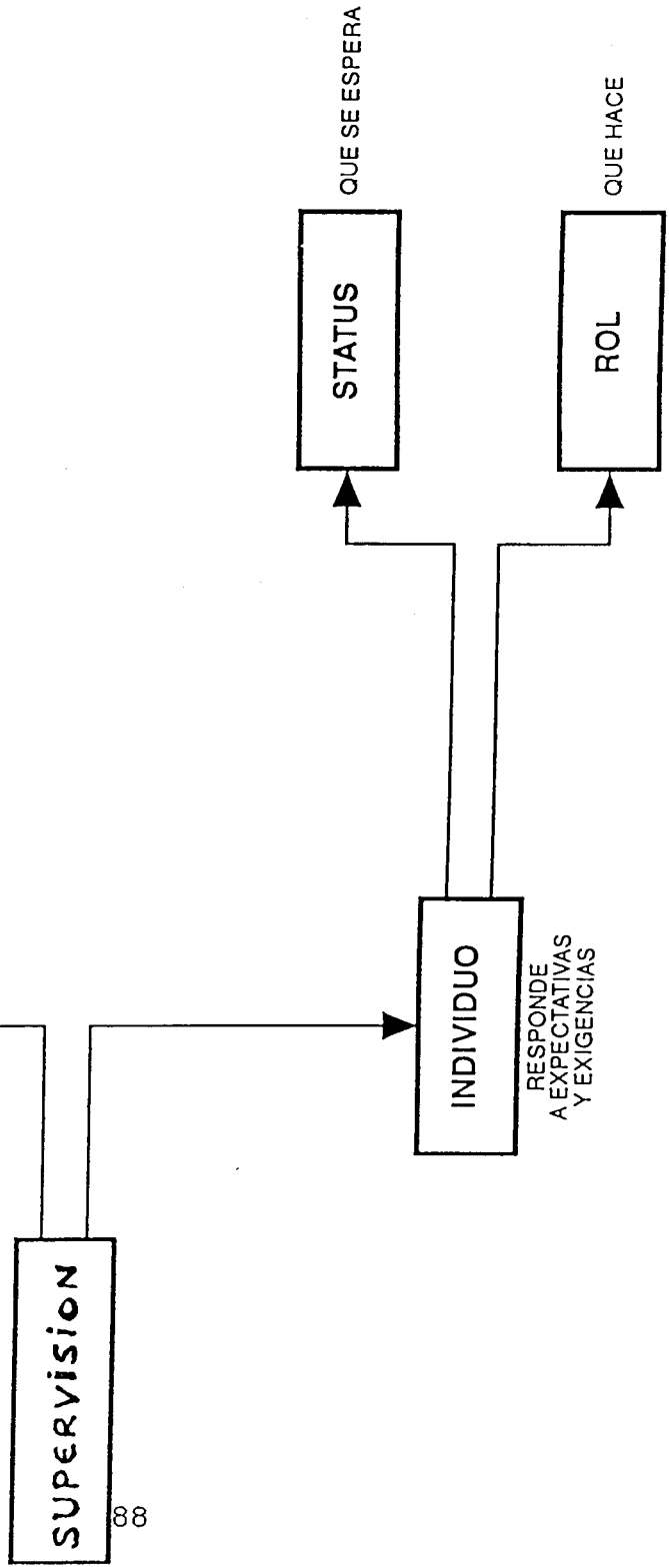
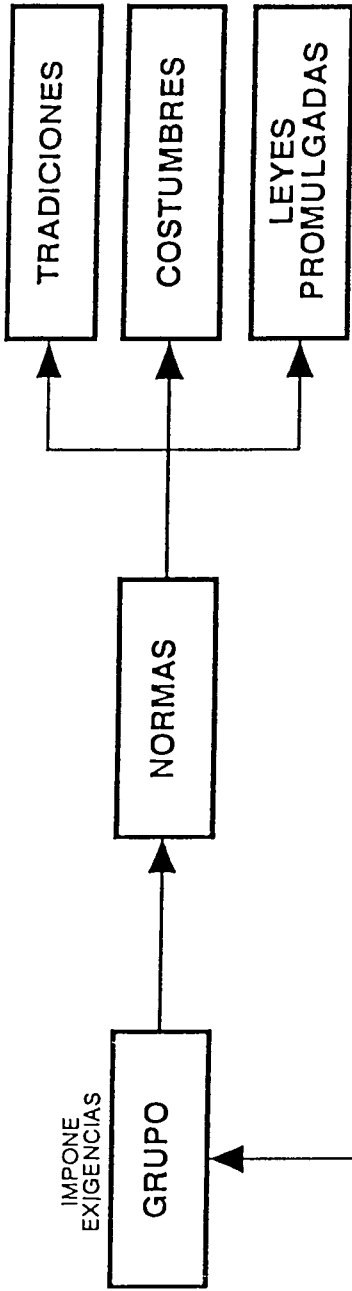
El supervisor/a ejerce un papel de catalizador o moderador de la interacción entre el grupo y cada uno de los individuos del mismo. Debe ser consciente de esta doble situación que tiene como miembro del grupo y como individuo.

Como miembro del equipo, es el encargado de imponer exigencias en el mismo. Representa la autoridad, ostenta el poder y es el que interpreta las normas basadas en tradiciones, costumbres y leyes. En una palabra: manda.

Pero, por otra parte, como individuo, responde a expectativas y exigencias. Da una imagen que se obtiene a través de su status, basado esencialmente en lo que se espera que haga ante una situación determinada, y a partir del rol que desempeña, que se forma según lo que se hace, según actúa.

Cuando este mecanismo de interacción está compensado el grupo se consolida en equipo con objetivos y líneas bien determinadas. Si no es así, la confusión y las relaciones difíciles hacen que la atención a los pacientes se resienta y conlleva a una mala supervisión.

Veamos un caso ilustrativo. Un miembro del equipo llega tarde. ¿Qué elementos intervienen?. Como miembro del grupo, el supervisor/a impone la exigencia de la puntualidad. Para ello puede basarse en las leyes existentes (por ejemplo, es falta leve con sanción de pérdida de incentivos) o en costumbres (por



ejemplo, el que llega tarde paga el café de los compañeros). Podía establecer la regla de que la primera vez no se tome en cuenta. En cualquier caso interpreta las normas que rigen la convivencia. Pero como individuo tiene un status, el de supervisor/a, que hace que los demás tengan unas expectativas de su actuación (por ejemplo, esperan que llame la atención, que sancione,...), y tiene un rol que asumir (por ejemplo: amonesta publicamente, se enfada, no hace nada...) ante los demás: lo que en realidad hace.

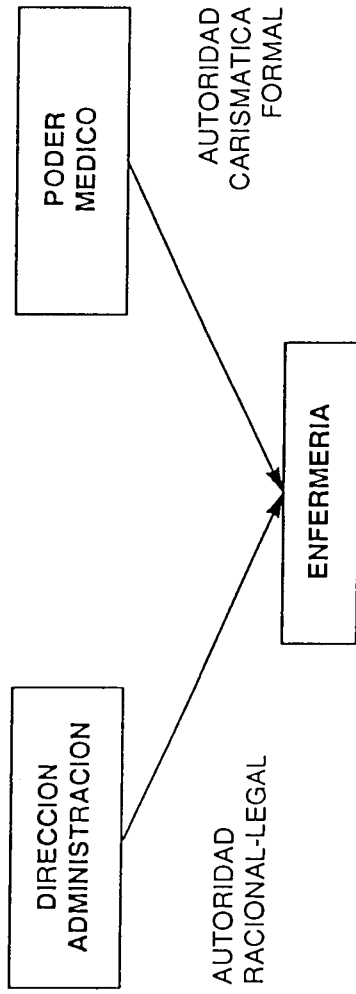
El trabajo del supervisor/a queda condicionado claramente por ciertos aspectos propios del sistema sanitario, y en concreto, del sistema hospitalario.

Podríamos destacar dos de los aspectos en cuestión sobre los demás:

1.- Duplicidad del sistema de autoridad/poder.

Existen dos sistemas de poder que actúan sobre Enfermería, y, por ende sobre el supervisor/a. De una parte, hay una autoridad que podríamos definir como racional o legal, que suele venir de la línea jerárquica (Dirección de Enfermería, Gerencia, Administración) y, de otra parte, hay una autoridad carismática o formal, que viene de la línea funcional y que se plasma en el "poder médico", originado por el, más o menos estricto, monopolio de la ciencia básica en el Hospital, entre otras razones de índole histórica.

DUPLICIDAD DEL SISTEMA DE AUTORIDAD



PRODUCE:

CONFLICTO EN CIERTOS ROLES.

CONFLICTOS ENTRE INTERESES SECUNDARIOS Y PRIMARIOS (ATENDER PACIENTE).

CONFLICTO ENTRE AUTONOMIA PERSONAL Y PROFESIONAL FRENTE AL CONTROL BUROCRATICO.

RECHAZO DE INNOVACIONES.

2.- Carencia de reglas formales.

Como se da con una cierta frecuencia que el trabajo debe realizarse con una exigencia de acciones rápidas, ello conlleva que no haya un elevado desarrollo de esas reglas formales que, si bien son más lentas, también son más consistentes. Lo que suele ocurrir es que nos encontremos con una profusión de normas, que se identifican con autoritarismo, pero acompañadas de una profusión de incumplimientos, que se denominarán, de modo suave, excepciones.

Puede suponerse, por otra parte, que el supervisor/a dispondrá de un cierto "estilo propio". Así, podrá ser de tipo democrático o tolerante, o, por el contrario, autocrático o intransigente, pero quizás sea de un aire pasota o desentendido, lo cual llevará a su vez unos condicionantes en su actividad. Entendemos que el supervisor/a es quien dirige las operaciones, y, por tanto, será el responsable de la satisfacción de los objetivos y de la satisfacción social del grupo, como indicábamos en páginas anteriores.

El estilo propio, la forma particular que cada individuo tiene de llevar a cabo su trabajo, existe siempre y se genera de modo espontáneo haya o no crisis de identidad en la profesión que ejerce; pero adquiere una importancia substancial en este último caso, puesto que actúa como un sustituto de lo que hemos llamado el perfil social de la profesión. (79).

En definitiva, el Supervisor influirá sobre las personas del grupo mediante un estilo o modo, hasta el punto de que el efecto "Lider" que ejerce puede llegar a constituir un 40% del resultado global de la atención al paciente. Esta aceptado que el otro 60% se debe a la esperanza normal de utilización de las capacidades de los miembros del grupo, como consecuencia de las presiones sociales, de los efectos de la autoridad coercitiva de los mandos y de la necesidad del trabajo.

El supervisor/a dispone, además de la autoridad inherente del puesto, de un poder que podríamos considerar como potencial de influenciar a los miembros del equipo en sus comportamientos y tareas. Este poder, según las teorías del liderazgo situacional puede desglosarse en siete componentes diferentes.

Estos serían:

1.- Poder coercitivo.

Se basa en el temor. El líder puede sancionar o despedir al colaborador que no cumple con su tarea.

2.- Poder de conexión.

Se basa en las relaciones o conexiones del líder con personas influyentes dentro o fuera de la organización.

3.- Poder de recompensa.

Se basa en la posibilidad que tiene el líder de premiar a sus colaboradores, con ascensos, aumentos salariales y otros incentivos.

4.- Poder de legitimidad.

Se basa en el nombramiento o mandato oficial en el nivel jerárquico de líder.

5.- Poder de relación.

Se basa en la capacidad que tiene el líder para las relaciones humanas, en sus características personales. Cuanto mayor sea la simpatía que suscita, mayor será su influencia sobre sus colaboradores.

6.- Poder de información.

Se basa en el acceso que tiene el líder a la información que sus colaboradores necesitan para tener éxito en su trabajo.

7.- Poder de experto.

Se basa en la competencia profesional del líder, en su experiencia laboral, el cual, mediante la autoridad científica que posee influye en sus colaboradores.

Ciertos aspectos de este tema los trata Dulce de Fuenmayor en su artículo "El ambiente laboral y la productividad de Enfermería" de un modo mas amplio. (80).

No siempre existen las capacidades adecuadas en la supervisión para desarrollar estos siete aspectos. Es de sobras conocido lo difícil que, en ocasiones, resulta conseguir una posición de poder situacional, pues no siempre se disponen de las características, habilidades o capacidades adecuadas.

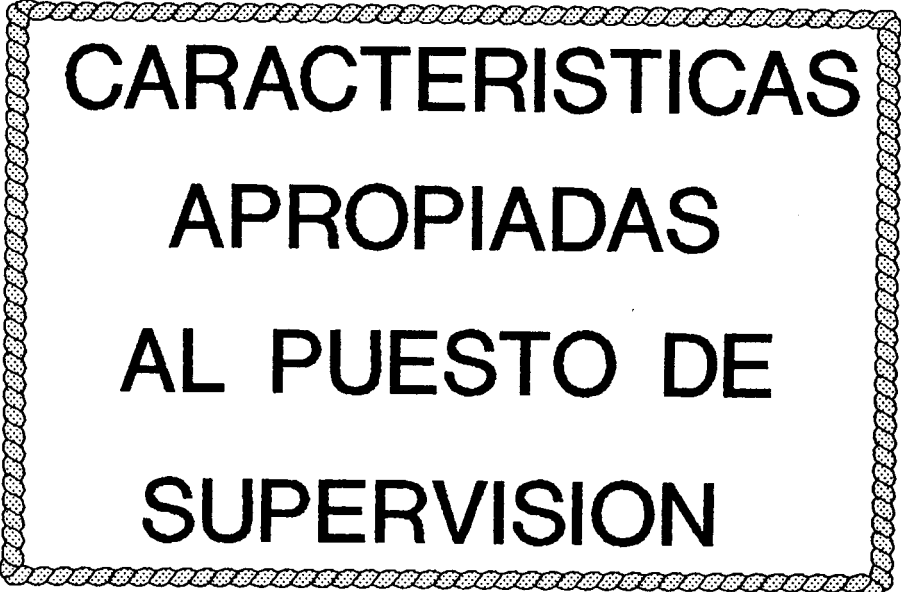
Si bien todos los supervisores tienen una posición de liderazgo, no todos los supervisores son buenos líderes. Algunos son indecisos o desorganizados, otros pueden tener un alto grado de ansiedad... es decir, no cumplirán con las expectativas del grupo. (81).

En cualquier caso, la aplicación del poder conseguido se deberá realizar a partir de unos criterios si se desea que sea efectivo.

Un primer criterio será el de la claridad en las metas y objetivos que se piden, pues es básico e imprescindible que los componentes del equipo los comprendan.

Un segundo criterio irá en función de que el supervisor/a establezca mecanismos adecuados de comprobación o control, de modo que se sepa quien tiene responsabilidades y en que cosas concretas se tienen, pues si no es así, no es posible determinar quién o en qué grado se atribuye las decisiones seleccionadas, con lo cual es imposible imputar a nadie los hechos.

Por último, es necesario que las acciones que se pretendan estén bien especificadas, de modo que se discrimine entre acciones correctas e incorrectas, para que se pueda conocer de un modo fehaciente si se trabaja bien o no.



**CARACTERISTICAS
APROPIADAS
AL PUESTO DE
SUPERVISION**

CARACTERÍSTICAS APROPIADAS AL PUESTO DE SUPERVISOR/A

Al hablar del puesto de supervisor/a no puede dejarse de lado la consideración de si existen una características más idóneas que otras en las personas que lo van a desempeñar. El resultado de la supervisión tal vez dependa mucho del tipo de organización hospitalaria en que se esta inmerso, tal vez dependa de la composición o integrantes del grupo que se va a conducir, tal vez de circunstancias ajenas al propio puesto... pero una cosa es evidente: en un cierto grado dependerá de las propias e intransferibles características del supervisor/a que se designa para ese puesto.

Tengamos en cuenta además que los grupos profesionales no están, en general, muy predispuestos a aceptar que la Supervisión es un elemento importante para Enfermería. Muy diversos autores han reflexionado sobre este aspecto, como por ejemplo Netzel, quien opina que los profesionales de Enfermería muestran un cierto recelo a la hora de reconocer la necesidad que tienen de administradores, como se evidencia por una actitud negativa en aceptar que los administradores pueden contribuir, como de hecho ocurre, en el desarrollo de la profesión. Así, desde esta óptica, el administrador de Enfermería se convierte en un catalizador del cambio, con el rol de un pionero cargado de responsabilidades hacia los demás, yendo en vanguardia de la profesión, protegiendola de intrusiones ajenas y desarrollando su práctica. (82).

Seria muy prolijo entrar a describir de modo exhaustivo cuales son las que se consideran más adecuadas, y, sin duda, ciertas características que para unos son favorables, para otros serían motivos de discusión, cuando no de influencia negativa para el desempeño del puesto. Hemos optado por establecer unas determinadas líneas maestras en este tema que, a nuestro juicio, una gran mayoría de autores aceptaría como válidas, descartando aquellas que pudieran ser controvertidas.

Puede ser fácil comprender que otros autores hayan primado determinadas líneas o características en beneficio o detrimento de otras, siguiendo criterios o estilos diferentes. A título de ejemplo podríamos citar a Bernal, Boguña y Prieto, que propugnan como habilidad interesante del líder la estimación positiva de los demás, la habilidad para la negociación y la capacidad de formar y establecer alianzas, así como la capacidad de pronosticar conductas futuras. (83).

Consideramos que podemos agrupar estas características en tres grandes grupos, que serían:

- 1.- Factores de mando organizativo.
- 2.- Madurez de la persona.
- 3.- Actitudes ante trabajo y Organización.

En lo referente a los factores de mando organizativo que sería apropiado encontrar en una persona que desempeña una supervisión en Enfermería, debemos diferenciar, de entrada, aquellos factores que es positivo encontrar en alta proporción, de aquellos cuya escasa presencia se traduce en unas mejores

Entre los factores que hallaremos en muy baja proporción en los supervisores/as con características apropiadas para el puesto, el más importante sería:

1.- Ansiedad.

Es la capacidad de mantener un nivel bajo para canalizar conflictos y solucionar situaciones. Quienes tienen un nivel bajo de ansiedad son los que "no se disparan ante los problemas". Son "tranquilos" y los miembros del equipo identifican su "seriedad" en el desempeño de su trabajo.

Al hablar de la madurez de la persona, nos referiremos a un conjunto de cualidades que, en esencia, consisten en tener una personalidad definida y equilibrada, orientada hacia el aspecto positivo del trabajo y con aceptación de las críticas o exigencias que surjan.

Podríamos, según esto, definir una persona madura como aquella que:

a) Esta conforme consigo misma:

- No se derrumban por sus propias emociones, miedos o preocupaciones.
- Saben sobreponerse a los desengaños de la vida.
- Aceptan sus defectos sin limitaciones.
- No se sobrevaloran o infravaloran.
- Se sienten capaces de afrontar su trabajo.
- Son tolerantes consigo mismo: son capaces de reírse de si mismos.

b) Piensan bien de los demás:

- Pueden respetar intereses ajenos.
- Suponen que se puede uno fiar de otros.
- Valoran las diferencias con otros.
- Tienen un sentido de responsabilidad con respecto al equipo.
- No atropellan ni se dejan atropellar. Como opina Bice-Stephens, no se sabe el motivo, pero las enfermeras a menudo parecen dudar de las capacidades de los demás. Ciertamente eso no es nada útil, máxime si también, como suele ocurrir, dudamos de nuestras propias capacidades. Y es que, cuanto mas dudemos, mas motivos tambien encontraremos para dudar. Por suerte, este proceso puede invertirse, y cuanto mas creemos en nosotros y en los demás, mas podemos esperar de ellos y de nuestras capacidades, conocimientos, habilidades y destrezas. (84).

c) Afrontan lo que el trabajo les plantea:

- No se quedan inactivos ante los problemas.
- Intentan influir en el entorno, en el cual saben adaptarse.
- Se proponen objetivos realistas.
- Trabajan con empeño y agrado.
- Se ponen a prueba en sus capacidades.
- Son capaces de pensar por si mismos y decidir.

- No rehuyen sus responsabilidades.

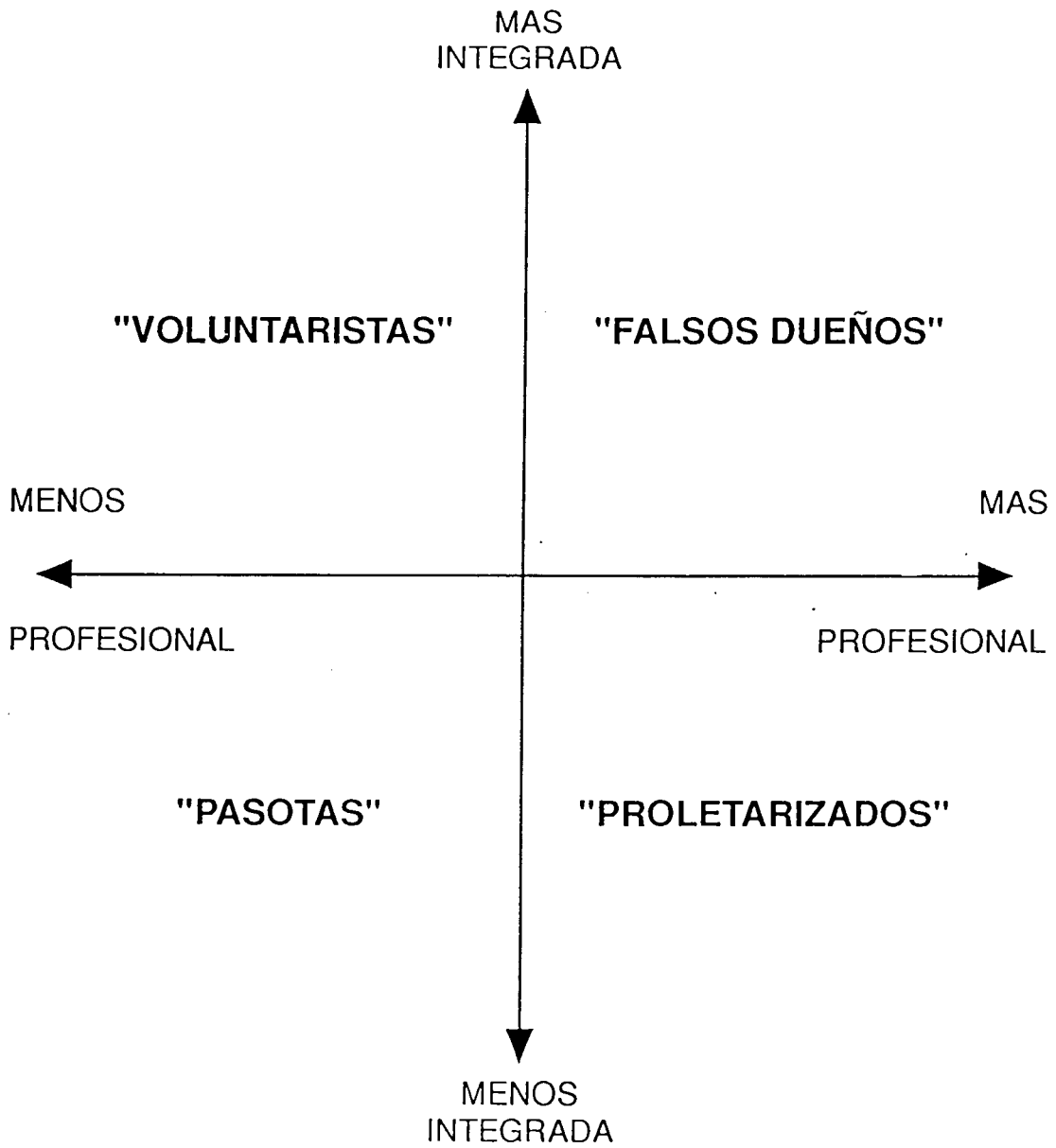
Hay que pensar y ser conscientes de que el poder es un activo valioso, pues sin él no hay posibilidad de conseguir las finalidades propuestas. Y se da el caso de que los recursos humanos, materiales y personales son básicos en el ejercicio del poder, ya que su uso tendrá diferentes resultados según se use. Algunas voces son críticas con el hecho de que los profesionales de Enfermería tienen un cierto miedo a afrontar con decisión la cuota de poder que les corresponde, ya que eso conlleva la posibilidad de equivocarse y ser criticado por ello, y ese riesgo o comodidad les sirve de excusa para rechazar el poder y no aceptarlo. (85).

Como tercer gran grupo de características, nos queda referirnos a las actitudes básicas que se adoptan ante el trabajo y la organización. A este respecto, podríamos simplificar su descripción mediante un resumen en forma de cuadro, donde puede observarse la polarización de esas actitudes.

Dentro de ese esquema, cualquier desviación de lo que sería un equilibrio, significará una inadecuación de las características apropiadas.

Así, una persona con un elevado grado de integración a la organización y una gran capacidad profesional corre el riesgo de ser identificado como un "falso dueño" por el equipo. Puede ser exigente o intolerante, lo que será fuente de conflictos. Como por ejemplo, sería el supervisor/a que exige hacer siempre algo "por que no vais a estar sentadas sin hacer nada".

ACTITUDES BASICAS ANTE EL TRABAJO Y LA ORGANIZACION



El grupo de los "voluntaristas" esta formado por los que tienen un alto nivel de integración a la organización, pero poco criterio profesional. Suelen producir soluciones que se traducen en problemas más graves que los previos. Sería un ejemplo de "voluntarista" el que dice "yo lo arreglo"... sin saber como hacerlo.

En el grupo de los "proletarios" encontramos a buenos profesionales, pero poco integrado. Suelen estar resentidos por algún motivo y hablan mal de la organización, aunque cumplen con su tarea, muchas veces porque "el paciente lo necesita". Un ejemplo es el de aquel que critica como se contratan suplentes que no saben hacer cosas, pero luego les enseña cuando requieren ayuda.

Por último, "los pasotas" son aquellos que además de ser profesionales poco competentes, no tienen un adecuado nivel de integración. Al faltarles criterio profesional no saben como actuar y al no estar integrados no se lo toman con interés.

Suelen ser supervisores/as que tienen un estilo de "no me molesteís" o laissez-faire.

Por tanto, un conjunto de las características descritas, configuran una idoneidad para la práctica de la Supervisión o Gestión de Enfermería.

Además de lo anterior deberá tenerse en cuenta que existe un proceso de maduración como mando, que le irá proporcionando autoconfianza y autoestima, y que todos deben ir atravesando. Desde una etapa inicial (inexperto) en la que

MISIONES

1. CREAR ESTRUCTURA FUERTE Y COMPENSADA.
2. DAR CONTENIDO PROFESIONAL A LOS PUESTOS DE GESTION.
3. POTENCIAR EL CUIDADO ASISTENCIAL SOBRE OTROS ASPECTOS.
4. IMPLICAR LA ASISTENCIA EN LA DOCENCIA E INVESTIGACION.
5. PROMOVER ESTUDIOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS DEL TRABAJO.
6. GARANTIZAR LA CORRECTA RELACION CON EL CUERPO FACULTATIVO MÉDICO.
7. CUIDAR LOS ASPECTOS HUMANISTICOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERIA.
8. CUMPLIR EL PRESUPUESTO.
9. TRANSMITIR Y EJECUTAR LA POLITICA INSTITUCIONAL.
10. ESTABLECER UN PROGRAMA DE TRABAJO BIEN DEFINIDO, CONTROLARLO Y EVALUARLO.

intenta responderse a ¿cómo lo haré?, se pasa a una fase en la cual (ya con un cierto grado de rodaje), lo esencial es definir ¿quién y qué soy?. Aquí es donde suele establecerse una identidad directiva, a través de un crecimiento intelectual, psicológico y emocional. En un tercer estadio ya se ha desarrollado e implantado un estilo directivo propio, que le resulta eficaz y útil: se identifica como responsable y adaptado a las realidades. Por último, una fase final se establece cuando la madurez como mando ya es completa, y en esta fase lo difícil es saber integrar los propios conocimientos con la realidad cambiante, es decir, saber compaginar la evocación con la situación. (86).

En un orden de cosas más sencillo, y como compendio de lo que hemos recopilado, podríamos indicar las cualidades del supervisor/a ideal. Estas podrían ser:

- 1.- Asumir riesgos.
- 2.- Imaginación realista.
- 3.- Confianza en si mismos.
- 4.- Iniciativa.
- 5.- Autoridad.
- 6.- Buena relación humana.
- 7.- Desdramatizar las situaciones.
- 8.- Capacidad negociadora.
- 9.- Sinceridad.
- 10.- Capacidad de trabajo.

Con todo lo anterior, no cabe duda que uno será un "buen supervisor/a" , que tendrá caracter, personalidad,

responsabilidad y competencia, con lo que obtendrá respeto, obediencia, confianza y reconocimiento de su equipo y de otros profesionales.

Y para finalizar con las características del supervisor/a se podría recordar, del Catecismo, cuales son los dones del Espíritu Santo:

- Sabiduría.
- Entendimiento.
- Consejo.
- Fortaleza.
- Ciencia.
- Piedad.
- Temor de Dios.

Pues bien, los dones del Supervisor/a podrían ser:

- SABIDURIA
o experiencia en lo que se hace.
- ENTENDIMIENTO
o sentido común y saber escuchar.
- CONSEJO
o capacidad de raciocinio lógico.
- FORTALEZA
o serenidad y confianza en las dificultades.
- CIENCIA
o conocimientos de Enfermería y de Gestión.
- PIEDAD
o sentido de justicia y paciencia.

- Y ...

TEMOR DEL GERENTE

entendido en sentido jocoso como saber quien manda y a quien se ha de obedecer.



**COMPONENTES
DE LA FUNCION
DE SUPERVISION**

COMPONENTES DE LA FUNCION DE SUPERVISION

Seria conveniente descomponer el trabajo de Supervisión de Enfermería en una serie de elementos que, de un modo u otro, se requiere que coexistan para tener resultados óptimos. Es interesante recordar el trabajo de Montesinos en torno a las actividades de supervisoras y enfermeras en unidades de cuidados, refiriendose a tareas concretas. (87). En nuestro caso preferiremos indicar los componentes de un modo mas amplio. Una posible clasificación, a nuestro juicio muy completa, seria la siguiente, formada por diez apartados:

1.- Motivación.

Todo Supervisor debe cumplir con el papel de motivar, a través de unos procesos en los que, tras un estudio de las conductas esperadas, y de un análisis de lo que se desea y se puede obtener, se introduzcan los estímulos, recompensas y sanciones. Y, por descontado, deberá actualizar y variar los estímulos adaptándolos a las situaciones según estas varien.

2.- Orientación.

De una adecuada observación y seguimiento es posible reflexionar y proponer planes de actuación a los miembros del equipo. Esto conlleva la formulación de críticas o recomendaciones, que se efectua desde la adecuada retroalimentación de las

acciones llevadas a cabo. Se espera que el Supervisor de respuestas que indiquen como actuar en cada ocasión que se precise. Este punto puede ampliarse con la lectura del artículo de Bernal, Junoy y Parellada referente a Dirección de Enfermería. (88).

3.- Información.

En virtud del lugar que ocupa en la línea jerárquica el supervisor/a, dado que es camino obligado de ascenso de información y descenso de órdenes, es misión suya comunicar las normas y objetivos, así como, los cambios en, por ejemplo, los métodos que se emplean. Otra parte de este componente de información, consiste en establecer los canales de comunicación y las relaciones que le posibiliten acceder a los datos que le sean de interés, indicando las situaciones y sus causas y consecuencias.

4.- Atención al personal.

El supervisor/a representa la política de la organización ante su equipo. Debe escuchar y transmitir lo que se considera necesario, o sea debe atender las sugerencias, peticiones o quejas que desde el equipo se promueven. También tendrá que ser receptivo a las ideas y mejoras que sus colaboradores le planteen, buscando la satisfacción

de los mismos. Por otra parte, es importante que adopte el papel de ofrecer consejo a los que lo precisen como forma de optimizar los resultados.

5.- Formación.

A partir de que el supervisor/a de Enfermería comunica experiencias y novedades, este proceso se traduce en una situación de adiestramiento o enseñanza, pues corrige errores, indica usos apropiados de los recursos y ayuda a descubrir mejores formas de resolver situaciones. Es así mismo facilitador de los recursos formativos que precisa el equipo para cumplir sus objetivos, mediante la detección de sus necesidades y la implementación de las actividades que produzcan las consecuencias deseadas. Vease, si se desea profundizar, el artículo sobre realidades y experiencias de la Gestión de Enfermería de Forner, Guilera y Obeso. (89).

6.- Organización.

Al efectuar la tarea de supervisión, se precisa distribuir, regular y coordinar las actuaciones. Es necesario que se fije o ayude a fijar los objetivos con el equipo, pues a él le corresponde otorgar y disponer ayudas. A través de sus actos de indole organizativa y disposiciones dirige, procede a tomar decisiones y, por ello, se espera que

solucione problemas, es decir, que "haga hacer". Si hay un buen componente organizativo, conseguirá más y será más eficiente. Como dicen Sebastián y Fernández, en el nivel táctico y operativo, un punto importante es el diseño, mantenimiento y modificación de la estructura organizativa de la División de Enfermería para lograr sus objetivos y metas (90).

7.- Control.

Es preciso que al supervisar se observen las acciones, las actitudes y las aptitudes, recogiendo información de los procesos y comprobando métodos o procedimientos, corrigiendo las desviaciones que se produzcan.

8.- Evaluación.

Que consistirá en comparar los objetivos fijados con los resultados obtenidos, de un modo individual y colectivo. Se debe valorar eficacia y eficiencia para proponer mejoras y garantizar la adecuada atención de los pacientes a cargo del equipo. Un buen ejemplo de este punto lo encontramos en el artículo sobre gestión de enfermería y calidad asistencial del hospital, obra de Forner, Junoy, Parellada y Prieto. (91).

9.- Individualización.

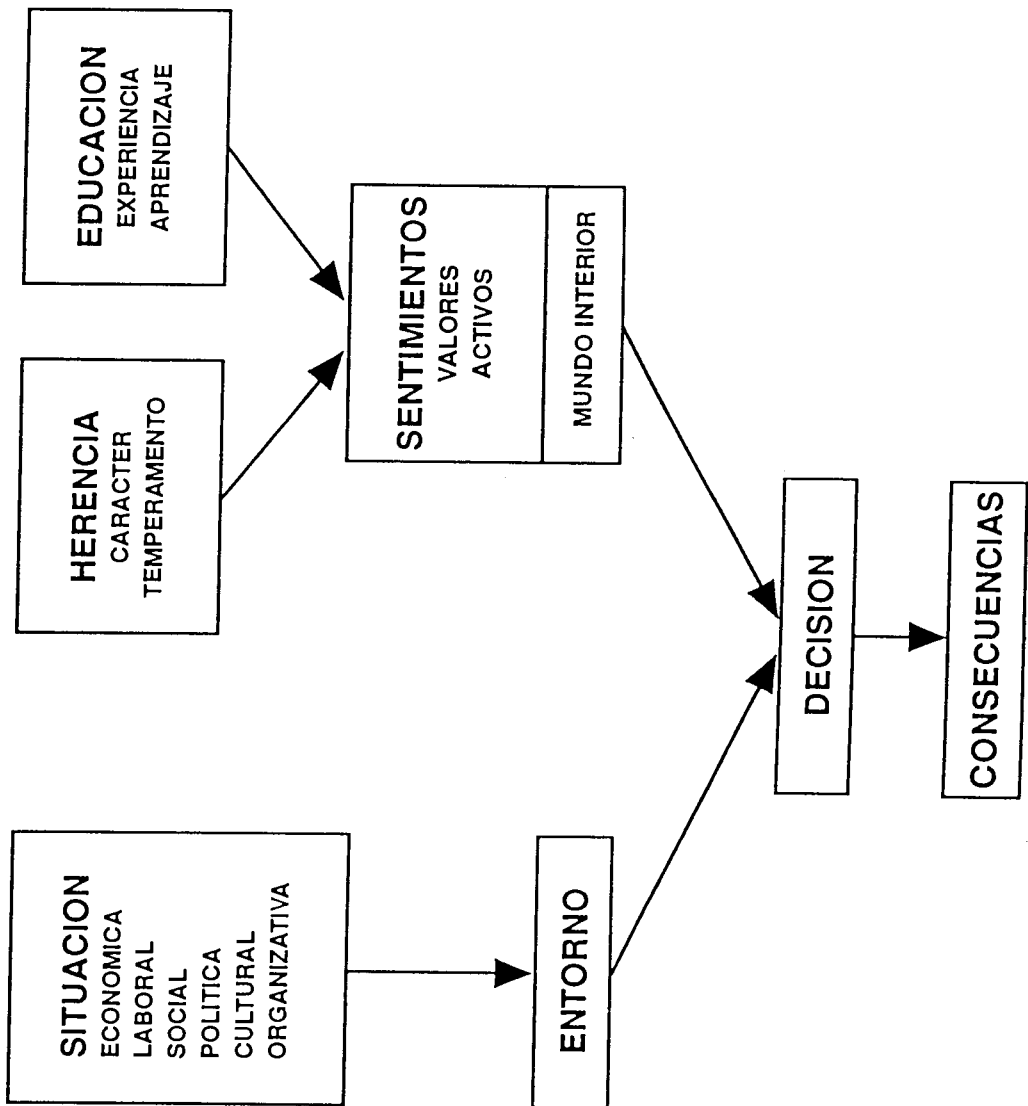
El supervisor/a debe responsabilizar de modo

individual, estimulando la superación personal y marcando objetivos a cada uno, a la vez que respeta las opiniones propias de cada profesional. Ha de establecer mecanismos de ayuda para cada uno, pues debe dirigirlos individualmente, uno a uno. En este punto, Porter proporciona un buen elemento de consulta en su artículo "7 Consejos para ser un buen líder", en especial al comentar el tema de la delegación y sus implicaciones. (92).

10.- Socialización.


Además de lo anterior, debe organizar tareas en común con el grupo, llevando a la constitución de un equipo. Al coordinarlo debe potenciar las relaciones de los miembros, proporcionando elementos de cohesión e invitando a participar. En resumen, actúa de líder integrador de los miembros del equipo.

Si se atienden esos diez componentes de la función de la Supervisión, es lógico esperar que los resultados acompañen en el desempeño de la misma. (93).





**DISEÑO
DEL
ESTUDIO**



**METODOLOGIA
DEL
TRABAJO**

METODOLOGIA DEL TRABAJO

Para la realización del trabajo, en la primera fase procedimos a la selección del tema que deseábamos estudiar. Y una vez decidido que trataríamos de la Supervisión de Enfermería, el siguiente paso fue proceder a una exhaustiva revisión bibliográfica de los libros, artículos y documentos que nos iban a proporcionar el bagaje cultural preciso para acometer la elaboración de un marco teórico adecuado a nuestras intenciones y propósitos.

Después de esta fase, y una vez hecho el acopio de los conocimientos sobre Supervisión que encontramos, pudimos empezar a plantearnos unos objetivos y a confeccionar la hipótesis que se pretende demostrar.

Al perfilarse que se requeriría un cuestionario en la investigación que se llevaría a cabo, surgió la necesidad ineludible de documentarse igualmente acerca de la metodología y características fundamentales del trabajo con encuestas. (94).

También se revisó lo concerniente a teoría de la investigación en Enfermería. (95), (96).

Por tanto hubo que informarse y realizar diversos modelos de cuestionario, que fueron validados mediante dos mecanismos en un primer momento:

- Un grupo de expertos, en el cual participaron Directores de Enfermería, Gerentes de Hospital, Directores de Escuelas de Enfermería, Miembros del

Colegio de Enfermería y Profesores de Gestión de Enfermería.

- Un grupo de control, constituido por veinticinco enfermeras de diversos hospitales (10 del Hospital de Bellvitge "Prnceps d'Espanya"; 5 del Hospital Comarcal de Sant Boi, 5 del Hospital Clínico y 5 de diversos Hospitales), que no eran supervisores.

El grupo de expertos tenía la finalidad de plantear las críticas, observaciones y comentarios que considerasen oportunos acerca del cuestionario.

El grupo de control tenía la finalidad de ver si las preguntas y cuestiones eran comprensibles o si, por el contrario, eran de difícil interpretación los términos en que se formulaban esas interrogaciones.

El cuestionario se realizó siguiendo un proceso por el cual lo primero que se hizo fue determinar o establecer una serie de variables que se deseaban estudiar o que, por parte del grupo de trabajo, parecían a priori de interés, siguiendo diversos modelos de encuestas y cuestionarios, referentes la mayoría a Enfermería, tales como los de Kramer, Schmalenberg, Gonzalo o la Asociación de Enfermeras de Florida, que sirvieron para inspirar las preguntas. (97), (98), (99), (100). Estas variables se fueron perfilando y delimitando con ayuda del grupo de expertos que aportó sus diversas recomendaciones al modelo original, y así se llegó a confeccionar un modelo de cuestionario definitivo, en base a la incorporación al proyecto de tres

corrientes de influencia:

- El contenido, que fue validado a partir de la opinión del grupo de expertos y de sus aportaciones en este tema.
- El lenguaje, que fue matizado a través del pase de los modelos previos de cuestionarios al grupo piloto o control.
- El diseño de las preguntas, los mecanismos de tabulación, que fueron validados a partir de las tutorías con los profesores de la Escuela.

Todo ello nos llevó a obtener el instrumento de recogida de datos definitivo, que fue enviado a seiscientos Supervisores de Enfermería de los Hospitales que tienen más de sesenta camas en la provincia de Barcelona.

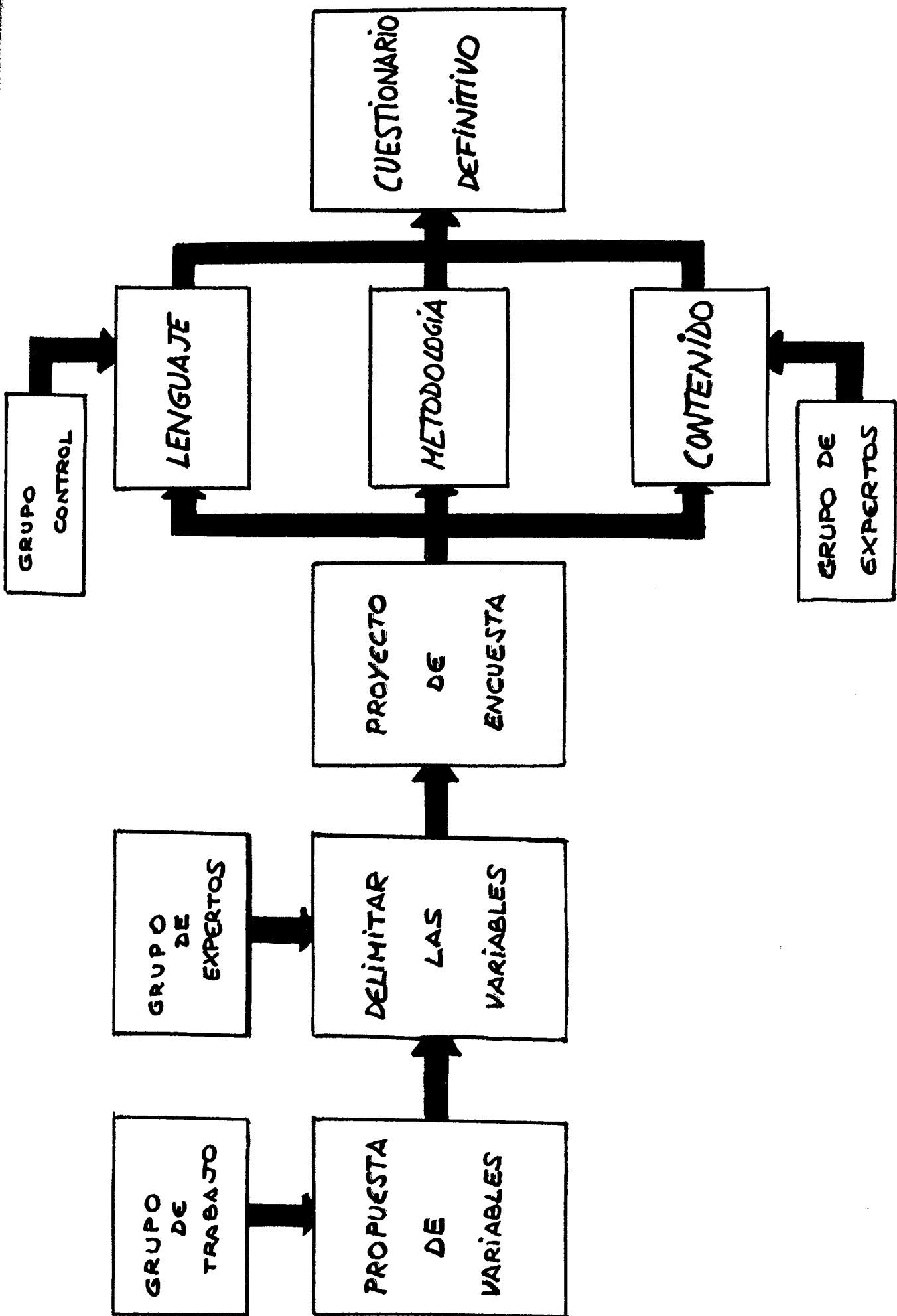
Se decidió poner el límite de sesenta camas debido a que el número de hospitales de esa dimensión era adecuado a la distribución de las encuestas, y por considerar que en hospitales menores la Supervisión suele ejercer mas bien de adjunta.

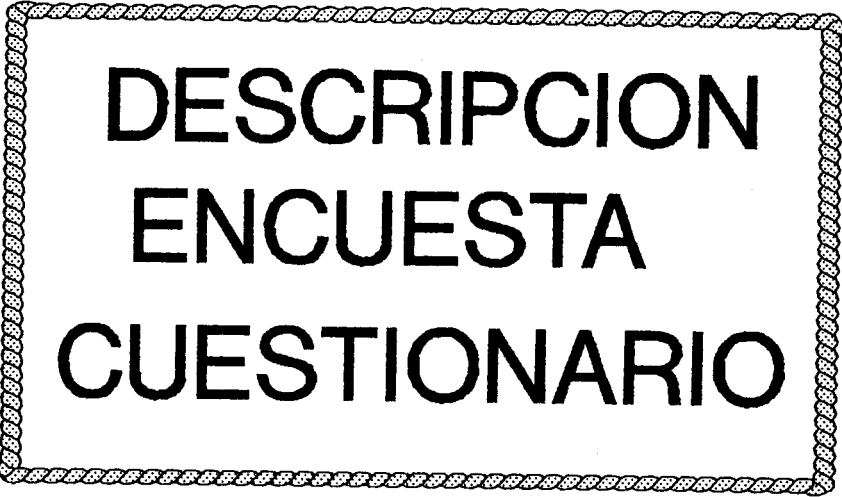
En las siguientes páginas recogemos en dos cuadros las fases de trabajo que realizamos.

En el primer cuadro puede verse la descripción de todo el trabajo, desde la construcción de un marco teórico que posibilite plantear hipótesis hasta llegar al documento definitivo, con sus correspondientes anexos y bibliografía.

El segundo cuadro recoge el proceso de elaboración del cuestionario, desde la propuesta de variables, pasando por su

elaboración y delimitación, hasta llegar a plasmarse en un modelo de cuestionario, que, previa su validación, se convirtió en el instrumento definitivo de recogida de datos. (Anexos IV y V)





**DESCRIPCION
ENCUESTA
CUESTIONARIO**

DESCRIPCION ENCUESTA - CUESTIONARIO

Para intentar demostrar que hay de cierto en lo anteriormente expuesto, preparamos una encuesta-cuestionario que titulamos "¿QUIEN SUPERVISA A ENFERMERIA?", y que puede verse íntegramente en el anexo que corresponde. Esta encuesta fue enviada a 600 supervisores en activo de Centros Hospitalarios de más de 60 camas de la provincia de Barcelona, que se hallan distribuidos en 24 ciudades. Fueron enviados 300 cuestionarios a hospitales de Barcelona capital y 300 a hospitales del resto de la provincia, según una distribución aleatoria, en la que se pretendía no dejar ninguna comarca al margen del estudio.

El cuestionario consiste en 51 preguntas de diversas respuestas, la mayor parte de ellas cerradas, pero incluyendo algunas abiertas para poder encontrar una mayor riqueza en las respuestas.

El primer bloque de preguntas se refiere a los DATOS PERSONALES de los encuestados. En él se intentará elaborar un perfil del supervisor/a. Así solicitábamos se respondieran a cuestiones de edad, sexo, estado civil y número de hijos. Asimismo, nos interesábamos por el lugar de nacimiento, estableciendo cuatro orígenes: Barcelona ciudad, provincia de Barcelona, Catalunya y resto de España.

Un segundo bloque de preguntas va orientado a recoger DATOS ACADEMICOS de los supervisores/as con la intención de establecer, en caso de encontrarla, alguna característica común

en los mismos.

Recogemos los datos de titulación académica en los que buscamos la diferenciación entre A.T.S., Diplomado en Enfermería y A.T.S. con convalidación académica a Diplomado de Enfermería. Igualmente, otra pregunta se interesa por las especialidades de Enfermería que habían sido cursadas por los profesionales que responden al cuestionario.

Pensamos que podía ser un dato de interés el agrupar a los profesionales según la Escuela Universitaria en la que cursaron sus estudios de Enfermería y el año en que obtuvieron su titulación, por lo que introducimos ambas preguntas.

Prosiguiendo con los datos académicos de los encuestados creimos oportuno conocer ciertos elementos de formación post-grado específica en Administración y Gestión de Enfermería, detallando curso, número de horas y la entidad en que se había realizado.

Del mismo modo era obligado preguntar si se había cursado formación de post-grado en otras áreas de Enfermería ya sea relacionadas o no con su área de trabajo actual, y nos pareció conveniente fijar el límite de cinco años como referente, ya que no es nada significativo recoger datos con mayor antigüedad en este apartado.

Igualmente se pregunta si se disponía de otra titulación universitaria y en caso afirmativo cual era esta.

Por último, y en este apartado, procedimos a recoger una miscelánea de componentes que contribuyen en esta profesión a

la formación e incremento de conocimientos habitualmente. En esta línea recogemos datos como asistencia a congresos y jornadas, presentación de comunicaciones y ponencias, pertenencia a sociedades y/o asociaciones profesionales o suscripciones a publicaciones científicas de Enfermería.

Como dato de especial interés indagamos acerca de los trabajos publicados, tanto en Gestión de Enfermería como en otras áreas.

Otro apartado que intentamos definir con una cierta amplitud era el referente a las actividades docentes que se habían desempeñado en los últimos cinco años interesándonos por la materia, institución o lugar donde se han impartido y número de horas.

Otro apartado menos extenso hace referencia a los DATOS PROFESIONALES de nuestros encuestados, de los cuales deseamos conocer el número de años de trabajo en Enfermería, cuantos años llevan en el Centro de trabajo y cuantos como supervisores/as para hacernos una idea de su experiencia profesional.

En el siguiente punto nos referimos al CENTRO DE TRABAJO en el que los supervisores/as prestan sus servicios agrupándolos según el número de camas de que disponen.

Como dato de interés inquiríamos el número de supervisores/as, enfermeras/os, auxiliares y técnicos que tiene el Centro, incluyendo la pregunta específica de si hay o no supervisión las 24 horas del día.

Nos interesa conocer, dada la enorme variedad de

nombres que puede recibir la figura del supervisor/a (Jefe de área, de unidad, coordinador, responsable,...) cual era en realidad el nivel jerárquico que ocupa en la línea de mando de Enfermería dentro de la organización, por lo que dedicamos una pregunta a esta cuestión.

Otra de las preguntas amplias se refería a si Enfermería dedicaba personas a trabajar en concreto en aspectos tales como políticas de calidad, formación, recursos humanos, compras, documentación e higiene, y cuántas en cada caso.

Cabe destacar que en este apartado hacíamos la pregunta directa de sí la Dirección de Enfermería depende jerárquicamente de la Dirección Médica o no.

En el apartado de RELACION LABORAL tuvimos dudas acerca de preguntar cual era el puesto de trabajo actual especificando cargo y servicio, ya que suponíamos que, al identificar a los encuestados, hallaríamos un nivel de reticencia importante al responderla. Por otra parte solicitábamos información acerca del tipo de relación contractual con la empresa, los salarios percibidos por año, y el número de horas de dedicación tanto semanales como anuales. También preguntábamos de quién dependían jerárquicamente o quién era su inmediato superior.

Una de las cuestiones que deseábamos definir hacía referencia a las condiciones de la jornada laboral en diversos aspectos, como horario flexible o no; jornada partida o continua; turno fijo o variable; turno de mañana-tarde-noche; o si se realizan guardias fuera de turno. En la misma línea nos parecía

interesante disponer del dato del número de personas que se encontraban adscritas a su supervisión directa diferenciando enfermeras, auxiliares, técnicos u otros componentes del equipo de salud.

Asímismo era un dato que debíamos recabar el modo en que se accedió al puesto de supervisor/a, detallando si había tenido lugar a través de libre designación o mediante convocatoria u oposición, o bien a través del algún otro mecanismo de acceso.

Intentamos averiguar si existían otras vinculaciones laborales además de la ya definida de supervisor/a por lo que preguntábamos si era su único lugar de trabajo, y en caso de no serlo cuantas horas de trabajo al mes dedicaba a su otro empleo. Obviamente una pregunta clave era cual es ese otro empleo.

El siguiente bloque de preguntas intentaba recoger las opiniones que los supervisores/as tienen acerca de ciertos elementos como el GRADO DE ACCESO A LA INFORMACION, GRADO DE RECONOCIMIENTO O GRADO DE PARTICIPACION. Así se les preguntaba cual creían que era su grado de acceso a la información respecto a diversos aspectos como políticas del centro, formación, presupuestos, nuevos métodos de trabajo o selección de personal, pidiéndoles que lo valoraran sobre unas escalas del 1 al 7 que iban desde el "No tiene acceso a la información" hasta el "Recibe de forma habitual y puntual toda la información".

Otra pregunta era "Cual cree que es el grado de reconocimiento como supervisor/a", por parte de los diferentes

grupos o personas, en concreto: médicos, personal a su cargo, familiares, Gerente, Dirección de Enfermería,... a la cual también se respondía con una escala del 1 al 5 en la que el 1 corresponde a "Nada reconocido" y el 5 a "Habitualmente muy reconocido en todas las actividades".

También preguntamos cual cree que es su grado de participación referente a presupuestos, política del centro, planificación del servicio, selección de personal, entre otros. Se valoró en siete apartados que iban desde "No puede participar" a "La Dirección promueve la participación en todas las actividades".

A continuación se intenta en el cuestionario conocer de una manera sencilla (poco, suficiente o mucho) la valoración de ciertos parámetros en cuanto a como se cumplen en el caso del encuestado. Se procedía a preguntar 23 items que eran del tipo, a título de ejemplo: "¿Le satisface su horario de trabajo?"...

Siguiendo con las opiniones de los supervisores/as encuestados nos parecía básico conocer cual era a su juicio la problemática más acuciante en relación con su cargo. Para conseguir esta información les pedíamos que ordenarán de mayor a menor problemática diversos aspectos:

- Retribuciones insuficientes.
- Trabajo burocrático.
- Escaso apoyo.
- Falta de incentivos.
- Necesidad de Formación.

- Equipo poco cohesionado.

Y finalizábamos inquiriendo si conocían alguna problemática acuciante no citada, solicitando que especificaran cual era.

También les pedíamos que definieran con un Si o un No ciertos aspectos de su situación. Por ejemplo, si se sentían integrados con sus subordinados, con el hospital o con el equipo de Dirección; si podían hacer más de lo que se les pedía o viceversa, o si tenían suficientes recursos materiales y humanos para cubrir sus necesidades.

Otra opinión que recabábamos era que ordenaran según importancia, ciertas funciones del supervisor/a, tales como conducir equipos, controlar, calidad asistencial u otras.

En este apartado se introdujo una pregunta donde proponíamos diez parámetros de la supervisión y solicitábamos que los ordenarían del 1 al 10. Estos eran:

- Estimular/incentivar
- Crear equipo
- Dar responsabilidad
- Evaluar
- Controlar
- Planificar
- Dar formación
- Organizar/coordinar
- Tomar decisiones
- Ejercer la autoridad.

Posteriormente, unas preguntas más adelante repetíamos la misma cuestión pero referida no a la situación en el momento actual sino en el horizonte del año 2.000, pues pensábamos que podía ser de interés conocer si había una correlación o variación entre ambas respuestas.

La última pregunta de este bloque se refería a cual debería ser el perfil idóneo de un supervisor/a. Se proponían 15 características polarizadas en ambos sentidos a través de una escala del 1 al 7 en la que el encuestado debía marcar la idoneidad siendo, por ejemplo, el concepto sumisión valor 1 y el concepto dominancia valor 7.

El último de los apartados introducidos en la encuesta se refería a las problemáticas y perspectivas de futuro que los supervisores/as suponían como más posibles. Así respondían a cuestiones acerca de consideración social de la Enfermería, calidad de cuidados, conocimientos para acceder al cargo, actitud del colectivo, funciones, reclamaciones legales o incidencias de la libre circulación de profesionales en la C.E.E.

Otra pregunta de este apartado se refería a la efectiva comparación de la importancia que una serie de problemas tienen en la actualidad y en un futuro para la profesión de Enfermería. Concretamente se hablaba de retribuciones salariales, deshumanización, responsabilidades, situaciones sociales o valores éticos entre otras, y se pedía que se procediera a su ordenación por orden de importancia.

Finalizábamos el cuestionario con tres preguntas

abiertas que se referían a los cinco problemas más acuciantes para el futuro de la Enfermería y para el futuro de la Supervisión de Enfermería. La última de las preguntas con la que cerrábamos la encuesta consistía en definir que era para el encuestado/a un SUPERVISOR/A.

POBLACION

POBLACION

La población con la que vamos a trabajar se halla definida del siguiente modo:

" Supervisores de Enfermería de Hospitales de Barcelona y su provincia, con más de sesenta camas, que se hallen en activo en el momento de responder al cuestionario, y que hayan desempeñado un mínimo de seis meses su puesto de trabajo como Supervisor/a de Enfermería".

Los Hospitales que formaban parte de la característica de tener mas de sesenta camas eran un total de ochenta y cuatro. Son los siguientes, con la localidad en que se hallan y el número de camas que tienen:

I.- BARCELONA CIUDAD

1.- Hospital General de la Vall d'Hebrón	951
2.- Hospital Clínico y Provincial	953
3.- Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	918
4.- Hospital Materno Infantil de la Vall d'Hebrón	611
5.- Quinta de Salud la Alianza	556
6.- Hospital del Sagrado Corazón	415
7.- Hospital del Mar	441
8.- Centro Geriátrico Municipal	376
9.- Hospital de Traumatología de la Vall d'Hebrón	355
10.- Instituto Tomás Dolsa	250
11.- Hospital de l'Esperança	280
12.- Creu Roja	256

13.- Centro Médico Delfos	366
14.- Hospital de Sant Gervasi	331
15.- Hospital Evangélic	105
16.- Clinica Figuerola Pera	103
17.- Fundació Puigvert	192
18.- Institut Dexeus	136
19.- Instituto Policlínico Platón	192
20.- Clínica Nuestra Señora del Pilar	185
21.- Clínica Quirón	182
22.- Clínica Corachán	112
23.- Instituto Psiquiátrico	92
24.- Instituto Guttmann	95
25.- Clínica Provenza	95
26.- Rcia. Psicoclínica Ntra. Sra. de la Merced	80
27.- Clínica San Lázaro	80
28.- Clínica Olivé Gumá	78
29.- Hospital Quirúrgic Adriá	74
30.- Centro Oftalmològic Barraquer	150
31.- Hospital Casa de Maternidad	130
32.- Hospital de San Rafael	200
33.- Clínica Sagrada Familia	143
34.- Clínica Ntra. Sra. del Remei	133
35.- Hospital de Barcelona	411
36.- Clínica Sant Honorat	64
37.- Clínica Asepeyo	68

38.- Clínica Nra. Sra. de Lourdes	64
39.- Clínica Tres Torres	67
<u>II.- BADALONA</u>	
1.- Hospital "Germans Trias i Pujol"	481
2.- Clínica Badalona	72
3.- Hospital Municipal de Badalona	92
<u>III.- BERGA</u>	
1.- Hospital de Sant Bernabé	120
<u>IV.- CALELLA</u>	
1.- Hospital de Sant Jaume	118
<u>V.- CASTELLDEFELS</u>	
1.- Residencia Garbí	111
<u>VI.- ESPLUGUES DE LLOBREGAT</u>	
1.- Clínica Nra. Sra. de Guadalupe	137
2.- Hospital de Sant Joan de Dèu	369
<u>VII.- GRANOLLERS</u>	
1.- Hospital General de Granollers	280
2.- Policlínica del Vallés	134

VIII.-HOSPITALET DE LLOBREGAT

1.- Hospital "Durán i Reynals"	72
2.- Hospital de Bellvitge "Prínceps d'Espanya"	979
3.- Hospital de la Creu Roja	266

IX.- IGUALADA

1.- Hospital Comarcal de Igualada	180
2.- Fundació Assistencial de l'Anoia	163
3.- Clínica Sant Josep	150

X.- MANLLEU

1.- Hospital Sant Jaume	62
-------------------------	----

XI.- MANRESA

1.- Sanatorio San José	172
2.- Hospital General de Manresa	283
3.- Unitat Coronaria - Centre Hospitalari	289

XII.- MARTORELL

1.- Centro Neuropsiquiátrico Sagrado Corazón	382
2.- Hospital de Sant Joan de Dèu	154

XIII.- MATARO

1.- Centro Geriátrico del Maresme	85
2.- Fundació Cabanelles	84
3.- Alianza Mataronina	181
4.- Hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena	152

XIV.- MOLLET DEL VALLES

1.- Sociedad de Socorros Mutuos de Mollet	162
---	-----

XV.- SABADELL

1.- Quinta de Salud La Alianza	114
2.- Consorci Hospitalari "Parc Taulí"	890

XVI.- SANT BOI

1.- Psiquiátrico Nra. Sra. de Montserrat	770
2.- Psiquiátrico Nra. Sra. de los Dolores	800
3.- Hospital de Sant Boi	158

XVII.- SANT CUGAT DEL VALLES

1.- Hospital General de Catalunya	139
-----------------------------------	-----

XVIII.- SANT PERE DE RIBES

1.- Hospital Residencia de Los Camilos	305
--	-----

XIX.- SANTA COLOMA DE GRAMANET

1.- Clínica Mental	572
2.- Hospital de l'Esperit Sant	205

XX.- TERRASSA

1.- Hospital de Terrassa	286
2.- Mutua de Terrassa	608

XXI.- VIC

1.- Hospital General de Vic	212
2.- Hospital de la Santa Creu	103
3.- Quinta de Salud La Alianza	145

XXII.- VILADECANS

1.- Hospital de Viladecans	120
----------------------------	-----

XXIII.- VILAFRANCA DEL PENEDES

1.- Clínica del Carme	185
2.- Hospital Comarcal	98

XXIV.- VILANOVA I LA GELTRU

1.- Hospital Comarcal Sant Antoni Abat	126
--	-----

Distribuimos las seiscientas encuestas entre sesenta y cinco de los Hospitales que integraban la población, quedando fuera diez de Barcelona ciudad, dos de Vic y uno de cada una de las siguientes poblaciones: Sabadell, Martorell, Igualada, Manresa, Granollers, Vilafranca del Penèdes y Mataró. El proyecto preveía que las encuestas fueran distribuidas de modo aleatorio, entre Supervisores de 29 Hospitales de Barcelona ciudad y 36 del resto de la provincia, pero al contactar con los Hospitales nos encontramos con dos circunstancias que impedían que se cumpliera lo previsto:

- Siete Hospitales (Cinco de Barcelona ciudad y dos del resto de la provincia) no tenían Supervisores, según nos indicó la Dirección de Enfermería al contactar con ellos.
- Algunas Direcciones de Enfermería se negaron a colaborar en la investigación, y en tres casos (todos ellos de Barcelona) no pudimos contactar con ningún Supervisor para solucionar el problema, dándoles directamente la encuesta.

Por lo tanto, nos quedó como muestra definitiva de los Hospitales un conjunto formado por cincuenta y cinco de los mismos.

Estos Hospitales correspondían a Barcelona ciudad 21, y al resto de la provincia 34.

Estaban distribuidos o repartidos según indica la lista siguiente:

- Barcelona ciudad	21
- Badalona	3
- Berga	1
- Calella	1
- Castelldefels	1
- Esplugues de Llobregat	2
- Granollers	1
- Hospitalet de Llobregat	3
- Igualada	2
- Manresa	2
- Martorell	1
- Mataró	2
- Mollet	1
- Sabadell	1
- Sant Boi	3
- Sant Cugat	1
- Sant Pere de Ribes	1
- Santa Coloma de Gramanet	2
- Terrassa	2
- Vic	1
- Viladecans	1
- Vilafranca del Penèdes	1
- Vilanova i La Geltrú	1

TOTAL DE HOSPITALES55

En los Hospitales cuya Dirección de Enfermería accedió a participar en el estudio, el reparto de encuestas se hizo según los canales habituales existentes en cada Hospital, dando el número de encuestas que se precisaban según el número de Supervisores.

Una importante dificultad consistía en ponerse en contacto con los Supervisores de modo individual en aquellos Centros en los cuales la Dirección, bien se oponía, bien no deseaba participar. El problema de las distancias, los turnos y la dispersión geográfica, hacia que la distribución personal se convirtiera en un verdadero conflicto, ya que significaba que, si se deseaba tener encuestas de todos los Hospitales referenciados, como era el caso, había que emplear un elevado número de horas en la tarea.

En definitiva conseguimos que llegaran, distribuidas aleatoriamente según se ha explicado, un total de QUINIENTAS NOVENTA Y CUATRO ENCUESTAS (594) a Supervisores de CINCUENTA Y CINCO HOSPITALES (55) de mas de sesenta camas.

Otro problema bastante arduo consistió en el proceso de recogida de las encuestas entregadas. Si bien la colaboración de los compañeros que debían responder al cuestionario fue, en términos generales, satisfactoria, e incluso generosa, los olvidos, las demoras, los extravíos y toda una curiosa serie de incidencias fueron sucediéndose.

Así, hubo que llamar cuatro, cinco o mas veces a varios Hospitales, y, en muchos casos, realizar tres o cuatro visitas

para obtener un número apreciable de encuestas contestadas.

El número de encuestas que obra en nuestro poder, a fecha cinco de Abril de 1.993, es de CIENTO SESENTA Y SIETE, (167). Esto equivale a un porcentaje del VEINTIOCHO POR CIENTO (28.1%) del total.

Posteriormente continuamos reclamando y recibiendo encuestas, en un goteo de envíos por parte de compañeros supervisores. No obstante, no hemos incluido en el presente estudio todos aquellos cuestionarios que han llegado con posterioridad a la fecha indicada, de 5 de Abril de 1.993.

Por tanto, procederemos a realizar un análisis de los datos conseguidos en esas 167 encuestas, para presentar unas conclusiones del trabajo.



**ESTUDIO
EMPIRICO**



**ADVERTENCIA
PREVIA**

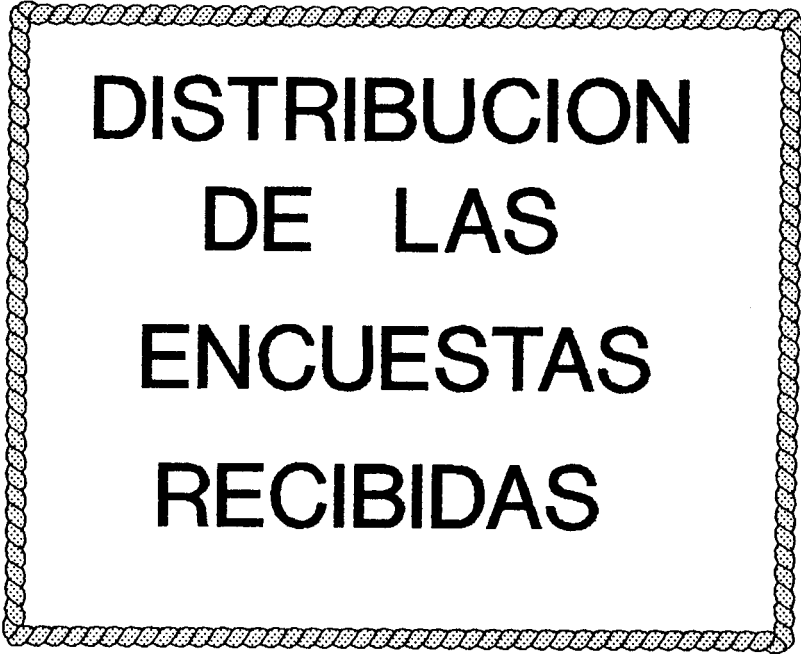
ADVERTENCIA PREVIA

Al iniciar el estudio y análisis de los datos que se han recogido en los cuestionarios es preciso realizar una advertencia previa, puesto que disponemos en el momento actual de tan sólo un 28,1 % de respuestas a las encuestas. Al explotar los datos, por tanto, únicamente podremos indicar cuales son los resultados que a este grupo le corresponden.

Pueden intuirse ciertos valores que, casi con certeza, no variarán cuando se disponga de un mayor número de cuestionarios respondidos, pero, sin embargo, es lícito suponer que, en algún caso concreto, puedan haber variaciones de importancia.

De todos modos, es interesante indicar que las ciento sesenta y siete encuestas recibidas son de distribución muy aleatoria, no correspondiendo a un número reducido o limitado de Hospitales, sino que, por el contrario, corresponden a cuarenta de los Hospitales del estudio, con una dispersión amplia.

Respondieron de trece Hospitales de Barcelona ciudad un total de sesenta y siete encuestados, y los cien restantes se distribuyen entre dieciseis ciudades de la provincia, repartidos entre veintisiete Hospitales. (Anexo III)



**DISTRIBUCION
DE LAS
ENCUESTAS
RECIBIDAS**

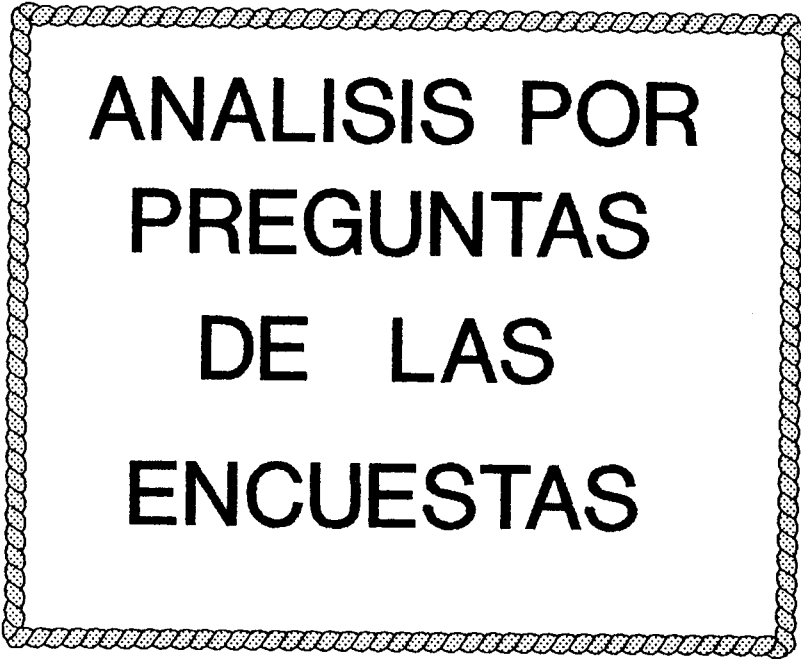
DISTRIBUCION DE LAS ENCUESTAS RECIBIDAS A 5/4/93

	HOSPITALES	ENCUESTAS
Barcelona Ciudad	13	67
Badalona	3	4
Esplugues de Llobregat	2	3
Granollers	1	2
Hospitalet de Llobregat	3	28
Igualada	2	7
Manresa	1	11
Martorell	1	1
Mataró	2	4
Sabadell	1	6
Sant Boi	3	20
Sant Cugat	1	1
Sant Pere de Ribes	1	1
Santa Coloma de Gramanet	2	2
Terrassa	2	4
Vic	1	1
Viladecans	1	5

TOTALES	40	167

Como puede suponerse, la correcta explotación de los datos que se obtengan vendrá dada a partir de la construcción de una base de datos amplia, a la cual puedan irse añadiendo nuevas respuestas.

A continuación procederemos a realizar el desglose de los resultados obtenidos al tabular las encuestas recibidas.



**ANALISIS POR
PREGUNTAS
DE LAS
ENCUESTAS**

Pregunta nº 1

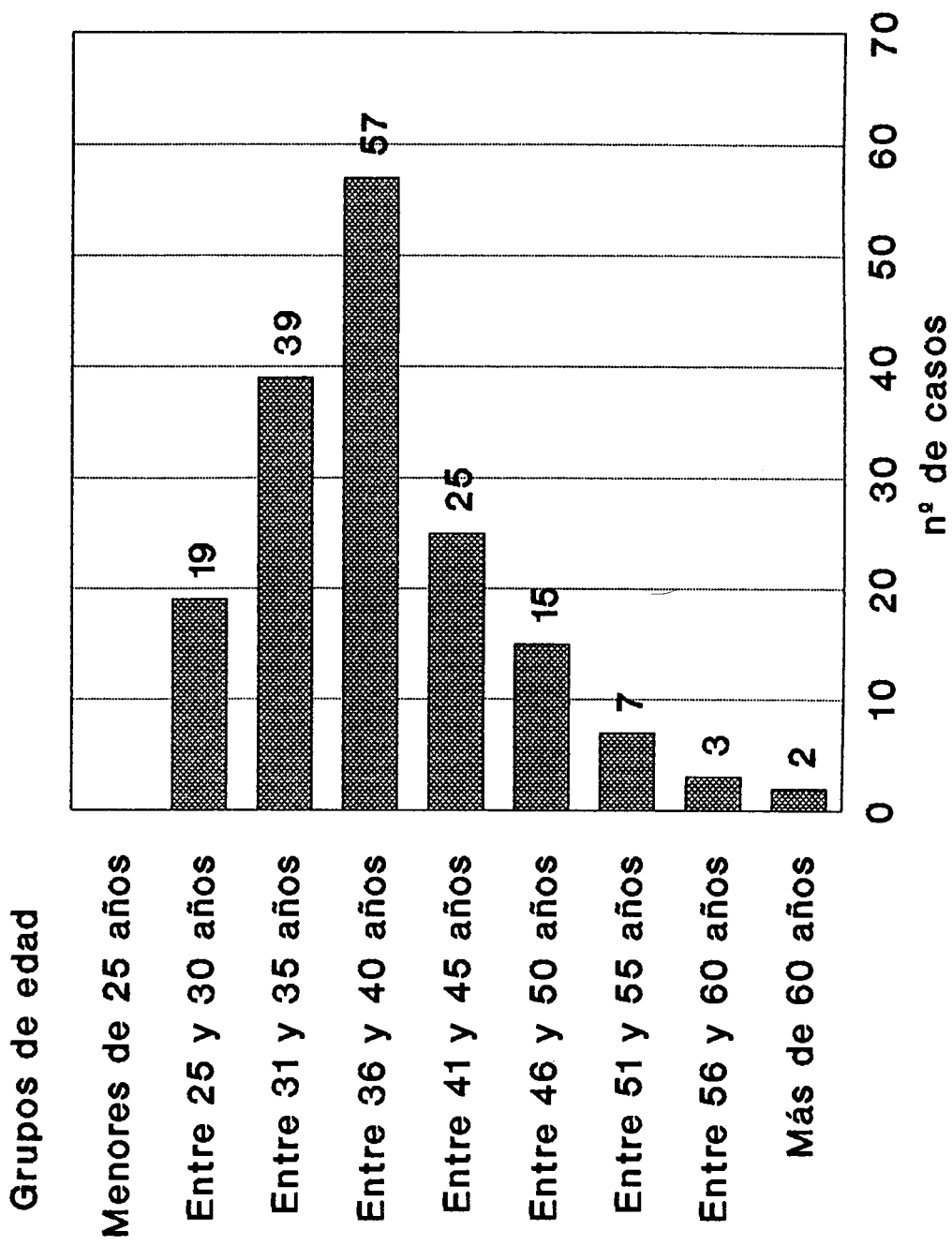
La primera pregunta se refería a la edad de los encuestados. El promedio de edad obtenido es de 38,74 AÑOS.

Procedimos a realizar una distribución según edades, obteniendo el siguiente resultado:

EDADES	NUMERO	PORCENTAJE
< 25	0	
25 - 30	19	11,37 %
31 - 35	39	23,35 %
36 - 40	57	34,13 %
41 - 45	25	14,97 %
46 - 50	15	8,98 %
51 - 55	7	4,19 %
56 - 60	3	1,79 %
> 60	2	1,19 %

A esta pregunta respondieron 167 compañeros.

EDADES

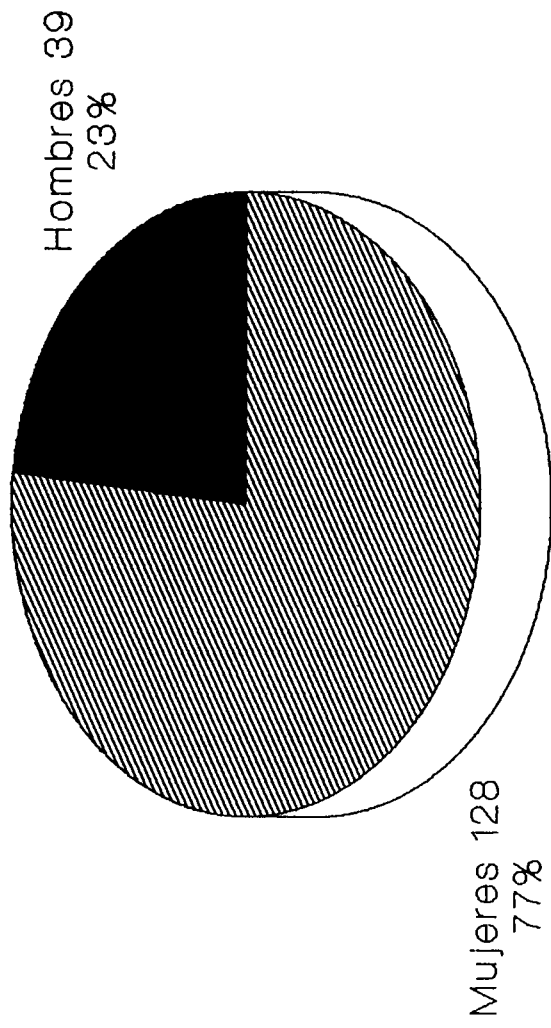


Pregunta nº1

Pregunta nº 2

En esta pregunta inquiriamos acerca del sexo de los encuestados. Eran varones 39 de los encuestados, lo que representa un 23,35 %, en tanto que 128 eran mujeres, es decir, un 76,64 % de los encuestados.

SEXO



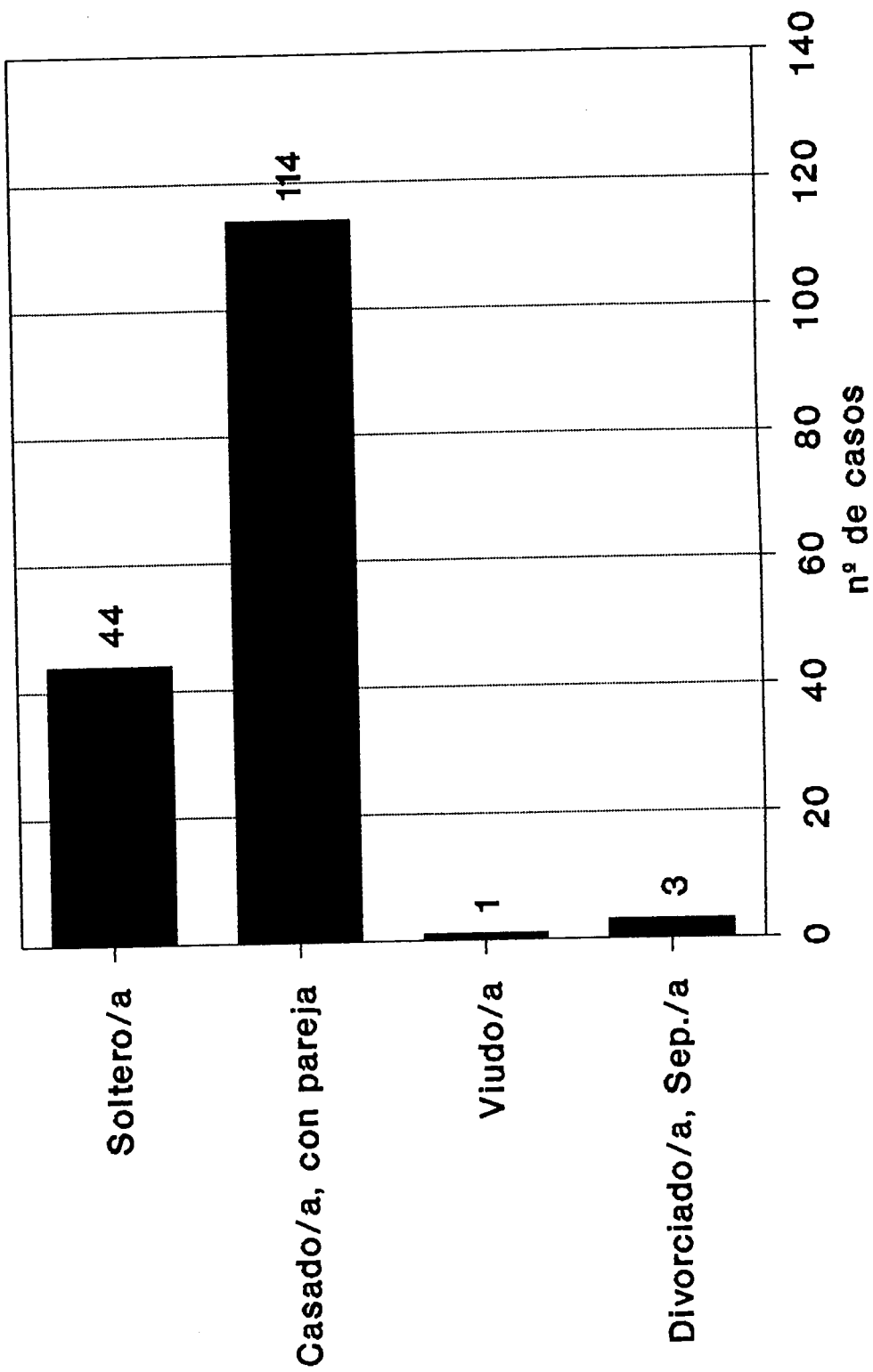
Pregunta nº 3

A la pregunta de cual era el estado civil de los Supervisores, obtuvimos el resultado siguiente:

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
Soltero/a	44	27,16 %
Casado/a, con pareja	114	70,37 %
Viudo/a	1	0,61 %
Divorciado/a, separado/a	3	1,85 %

A esta pregunta cinco personas no respondieron.

ESTADO CIVIL



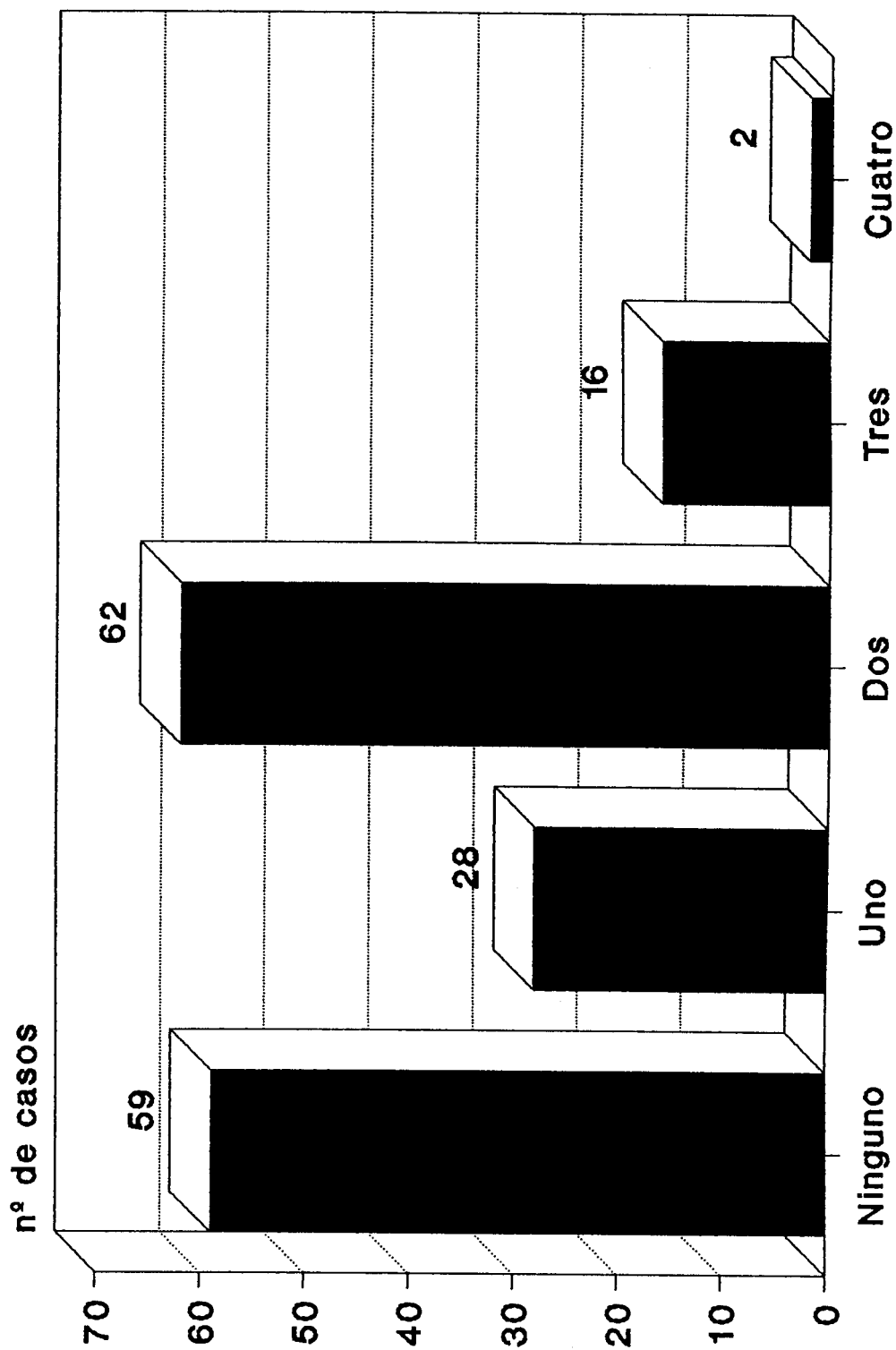
Pregunta nº 4

El número de hijos que tienen los Supervisores es, en promedio, de 1,24. Se distribuyen según la siguiente tabla:

NUMERO DE HIJOS	NUMERO	PORCENTAJE
CERO	59	35,32 %
UNO	28	16,76 %
DOS	62	37,12 %
TRES	16	9,58 %
CUATRO	2	1,19 %

Ninguna de las respuestas tenía mas de cuatro hijos.

NUMERO DE HIJOS



Pregunta nº 4

Pregunta nº 5

Distribuimos los lugares de nacimiento según cuatro orígenes, y nos dió el siguiente resultado:

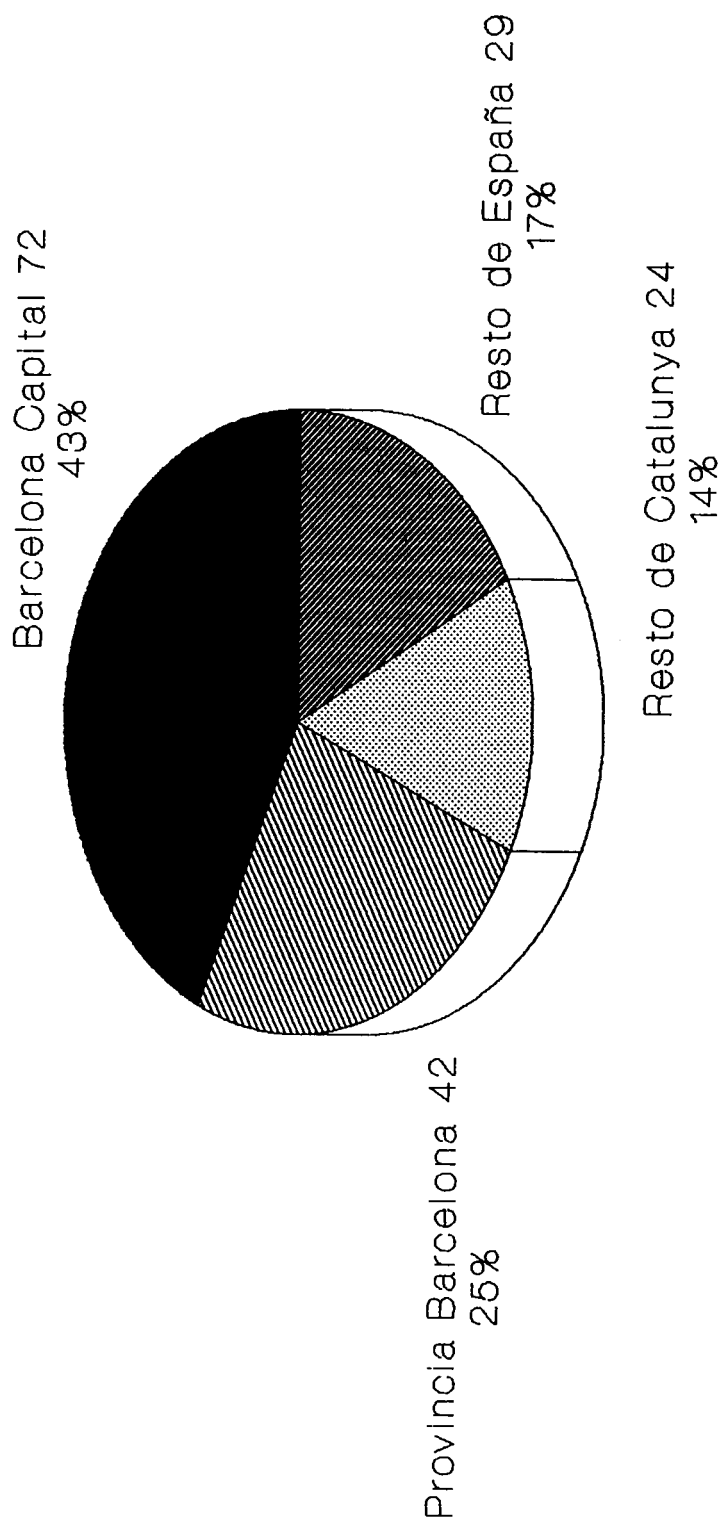
LUGAR DE NACIMIENTO	NUMERO	PORCENTAJE
Barcelona capital	72	43,11 %
Provincia de Barcelona	42	25,14 %
Resto de Catalunya	24	14,37 %
Resto de España	29	17,36 %

Ninguna de las respuestas indicó un origen de fuera de España.

Todos los encuestados respondieron a esta pregunta, indicando su lugar de origen.

LUGAR DE NACIMIENTO

160



Pregunta nº 5

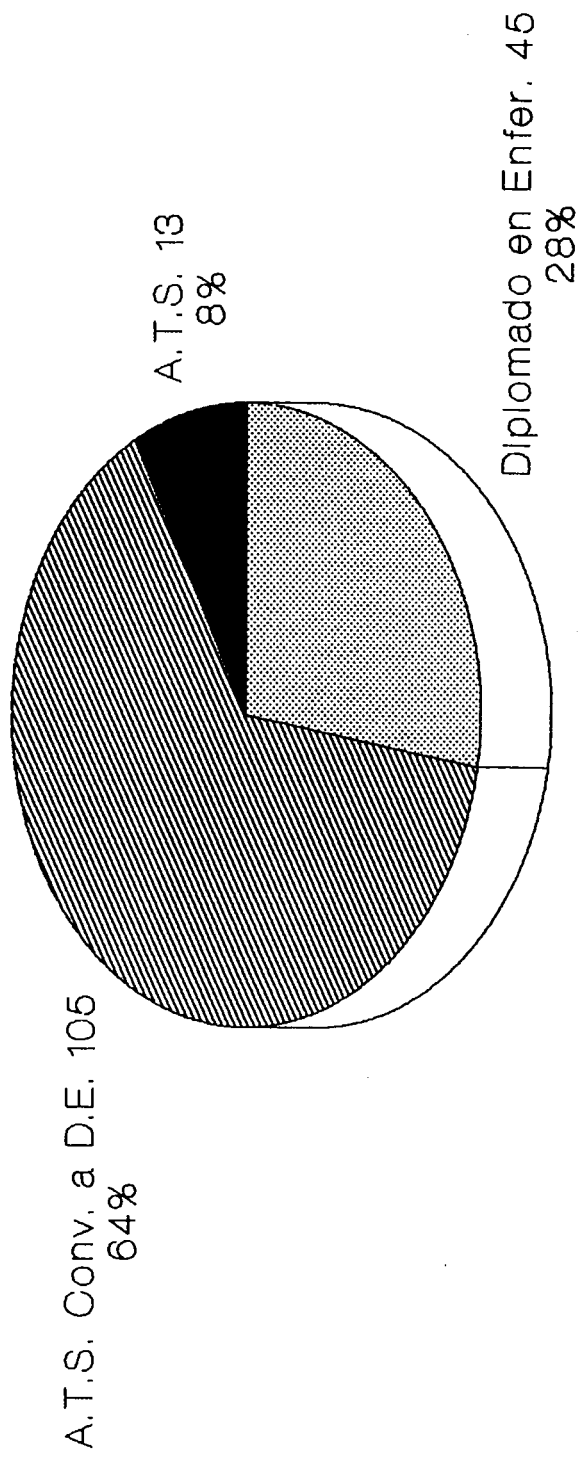
Pregunta nº 6

Con respecto a la titulación académica obtuvimos los siguientes datos:

TITULACION	NUMERO	PORCENTAJE
A.T.S.	13	7,97 %
A.T.S. convalidado a D.E.	105	64,40 %
Diplomado en Enfermería	45	27,60 %

Cuatro de los encuestados no respondieron a esta pregunta que se les formulaba.

TITULACION ACADÉMICA



Pregunta nº 7

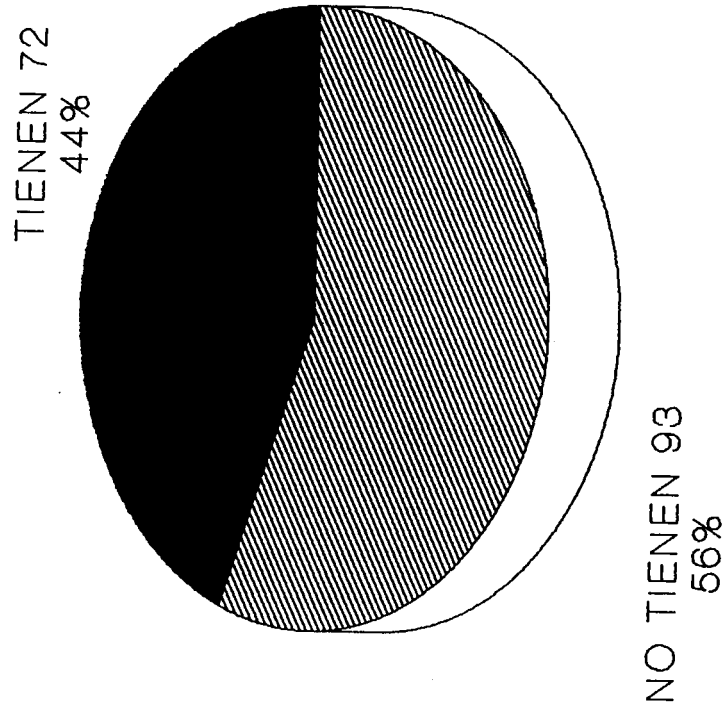
Se preguntaba si se tenían o no Especialidades de Enfermería. Respondieron 165 a la pregunta, de los cuales eran afirmativos 72, o sea un 43,63 %, y negativos 93, es decir, un 56,36 %.

Específicamente, la lista de especialidades mencionadas era la siguiente:

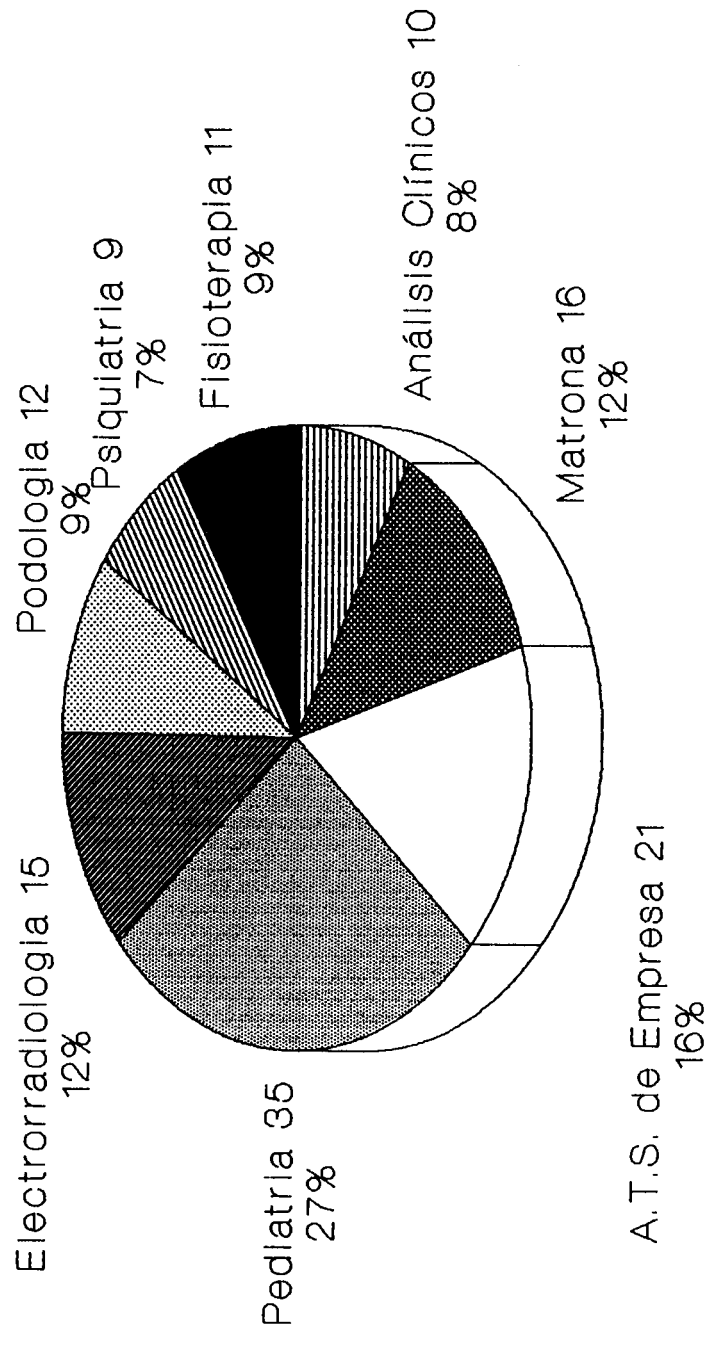
ESPECIALIDAD	NUMERO
Fisioterapia	11
Psiquiatria	9
Podologia	12
Electrorradiologia	15
Pediatria	35
A.T.S. de Empresa	21
Matrona	16
Análisis Clínicos	10

También indicaron como Especialidad las siguientes materias: Medicina Tropical (1); Enfermería Clínica (1); UCI (7); e Instrumentista (12).

ESPECIALIDAD



TIPO DE ESPECIALIDAD



Pregunta nº 8

Al preguntar si se tenía alguna otra titulación académica obtuvimos que en nueve encuestados (5,42 %) se tenía otra titulación, y que ciento cincuenta y siete (94,57 %) no tenían ninguna otra titulación académica.

La lista de las respuestas afirmativas contenía las siguientes titulaciones:

Licenciado en Medicina (2)

Licenciados en Geografía (1)

Magisterio (1)

También nos manifestaron como otra titulación:

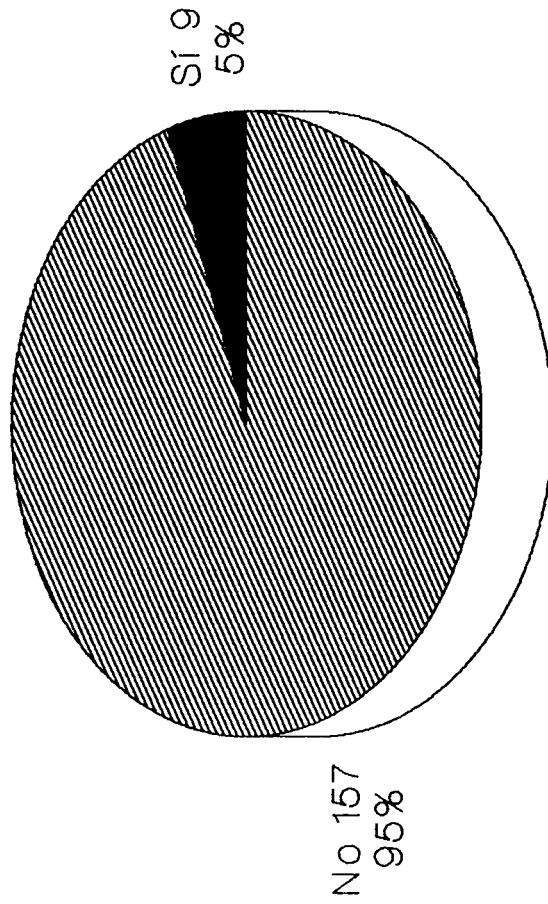
Fisioterapeutas (3)

Licenciado en Instalaciones Radiactivas (1)

Psiquiatría (1).

Hubo una encuesta no respondida.

OTRA TITULACION



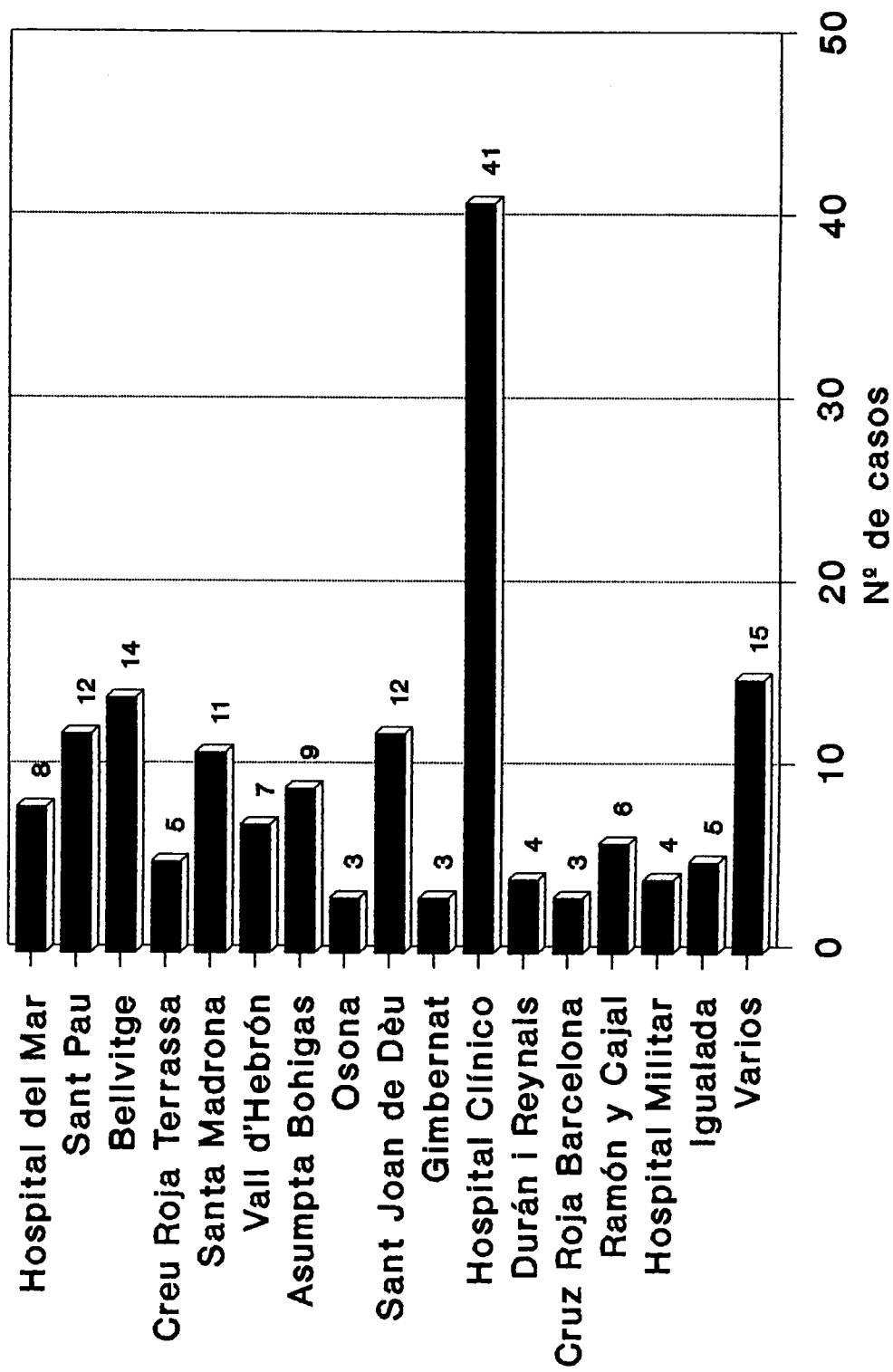
Pregunta nº 9

Se refería a la Escuela de Enfermería donde se hubieran cursado los estudios. Se obtuvo la siguiente tabla de respuestas:

ESCUELA	NUMERO	PORCENTAJE
H. del Mar	8	4,93 %
Sant Pau	12	7,40 %
Bellvitge	14	8,64 %
Creu Roja Terrassa	5	3,08 %
Santa Madrona	11	6,79 %
Vall d'Hebrón	7	4,32 %
Asumpta Bohigas	9	5,55 %
Osona	3	1,85 %
Sant Joan de Dèu	12	7,40 %
Gimbernat	3	1,85 %
Hospital Clínic	41	25,30 %
Durán i Reynals	4	2,46 %
Cruz Roja Barcelona	3	1,85 %
Ramón y Cajal	6	3,70 %
Hospital Militar	4	2,46 %
Igualada	5	3,08 %
Varios	15	9,25 %

No contestaron a esta pregunta cinco personas.

ESCUELAS DE ENFERMERIA



Pregunta nº 10

El año en que obtuvieron el título de Enfermería proporcionó una gran diversidad de respuestas. Las mas frecuentes fueron, por este orden, 1.979, con 23; 1.977, con 18; y 1.974, con 17 titulados. La distribución según años es:

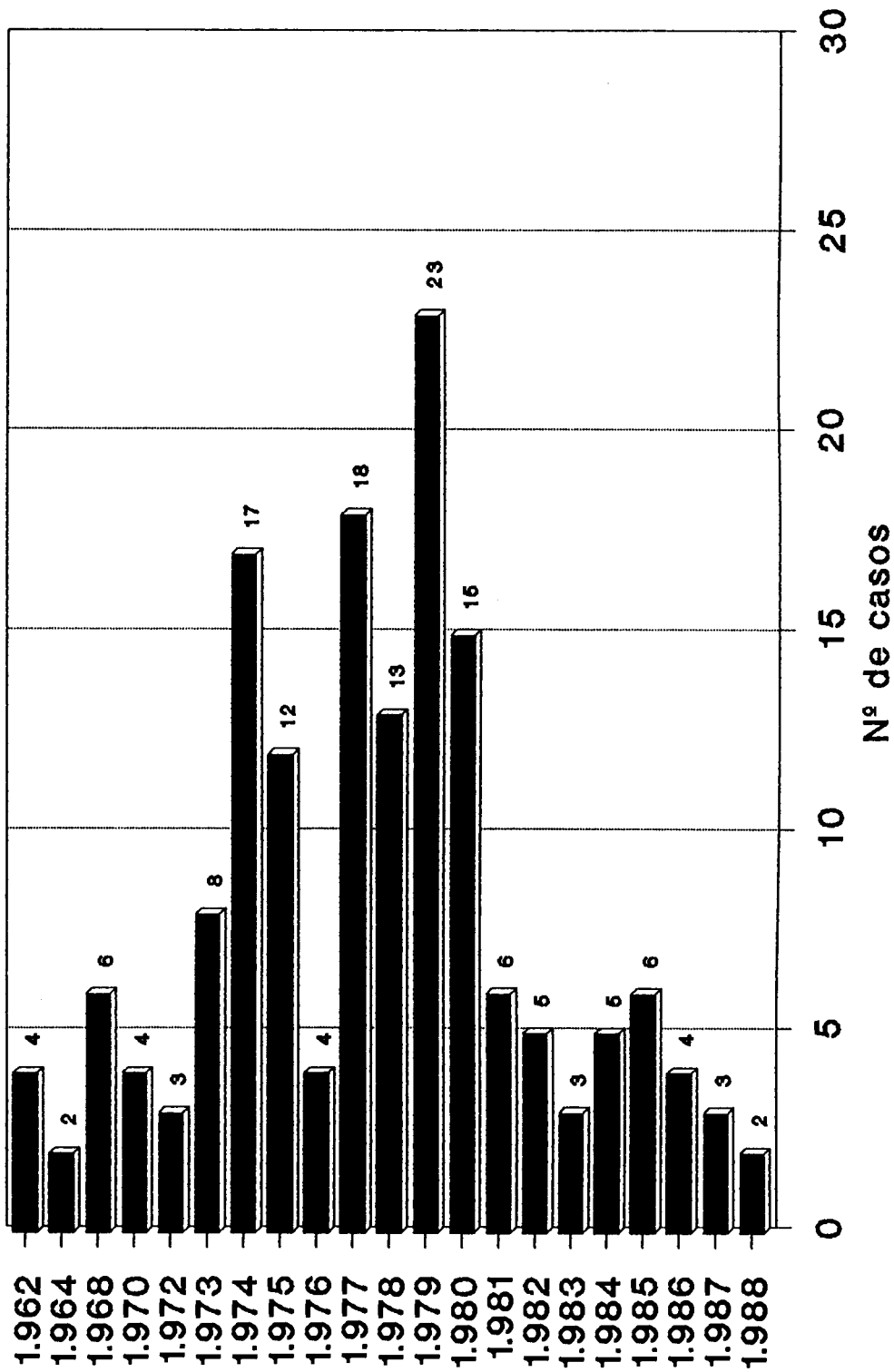
AÑO	NUMERO
1.962	4
1.963	0
1.964	2
1.965	0
1.966	0
1.967	0
1.968	6
1.969	0
1.970	4
1.971	0
1.972	3
1.973	8
1.974	17
1.975	12
1.976	4
1.977	18
1.978	13
1.979	23
1.980	15

1.981	6
1.982	5
1.983	3
1.984	5
1.985	6
1.986	4
1.987	3
1.988	2

No apareció nadie titulado con posterioridad a 1.988.

Hubo cuatro personas que no respondieron.

AÑO DE TITULACION



Pregunta nº 10

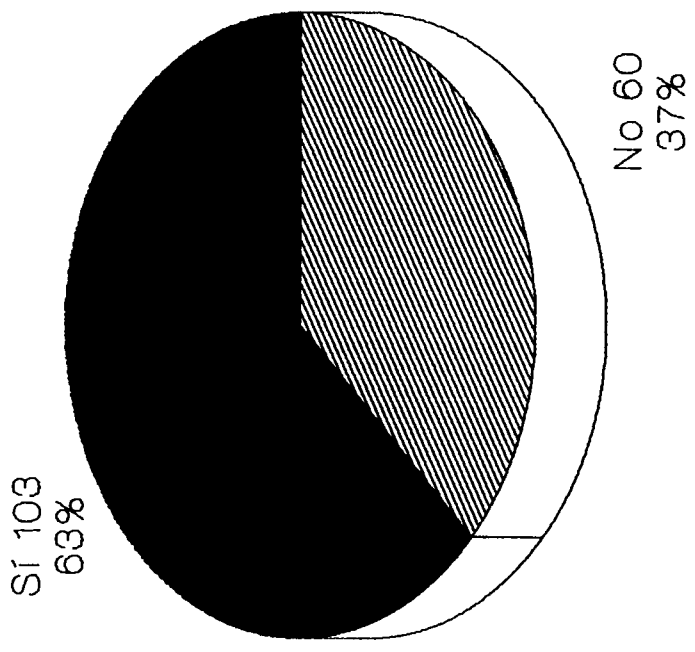
Pregunta nº 11

Aquí preguntábamos acerca de la Formación de Postgrado en Administración y Gestión en Enfermería. Nos respondieron afirmativamente 103, lo que representa un 63,19 %, y negativamente 60, lo que es un 36,80 %. Cuatro no respondieron.

La tabla de respuestas ordenadas es:

CURSO	ENTIDAD	HORAS	NUMERO
Supervisión	C.O. Enfermería	60	51
Administración	C.O. Enfermería	40	24
Gestión	EADA	100	23
Supervisión	ICT	40	16
Gestión	ICT	100	14
Gestión	CHC	140	7
Supervisión	IES	100	6
Master Gestión	Santa Madrona	450	5
Control Calidad	C.O. Enfermería	20	4
Superv. cuidados	ADERH+	100	4
Gestión hospital	ESADE	400	3
Administración	ICS	25	3
Supervisión	INEM	20	2
Gest. y Admin.	S.J. de Dios	350	2
Técnicas equipo	Parc Taulí	100	1
Supervisión	IDER	40	1
Gestión	Quirón	40	1
Economía i salut	Univ. Barcelona	300	1
Gest. hospitalaria	Univ. Barcelona	200	1

FORMACION DE POSTGRADO EN GESTION



Pregunta nº 12

Acerca de la Formación Postgrado recibida en los últimos cinco años relacionada con su área de trabajo actual, se obtuvo lo siguiente:

HORAS	NUMERO	PORCENTAJE
< 20	63	37,72 %
21 - 100	66	39,52 %
101 - 300	29	17,36 %
> 300	9	5,38 %

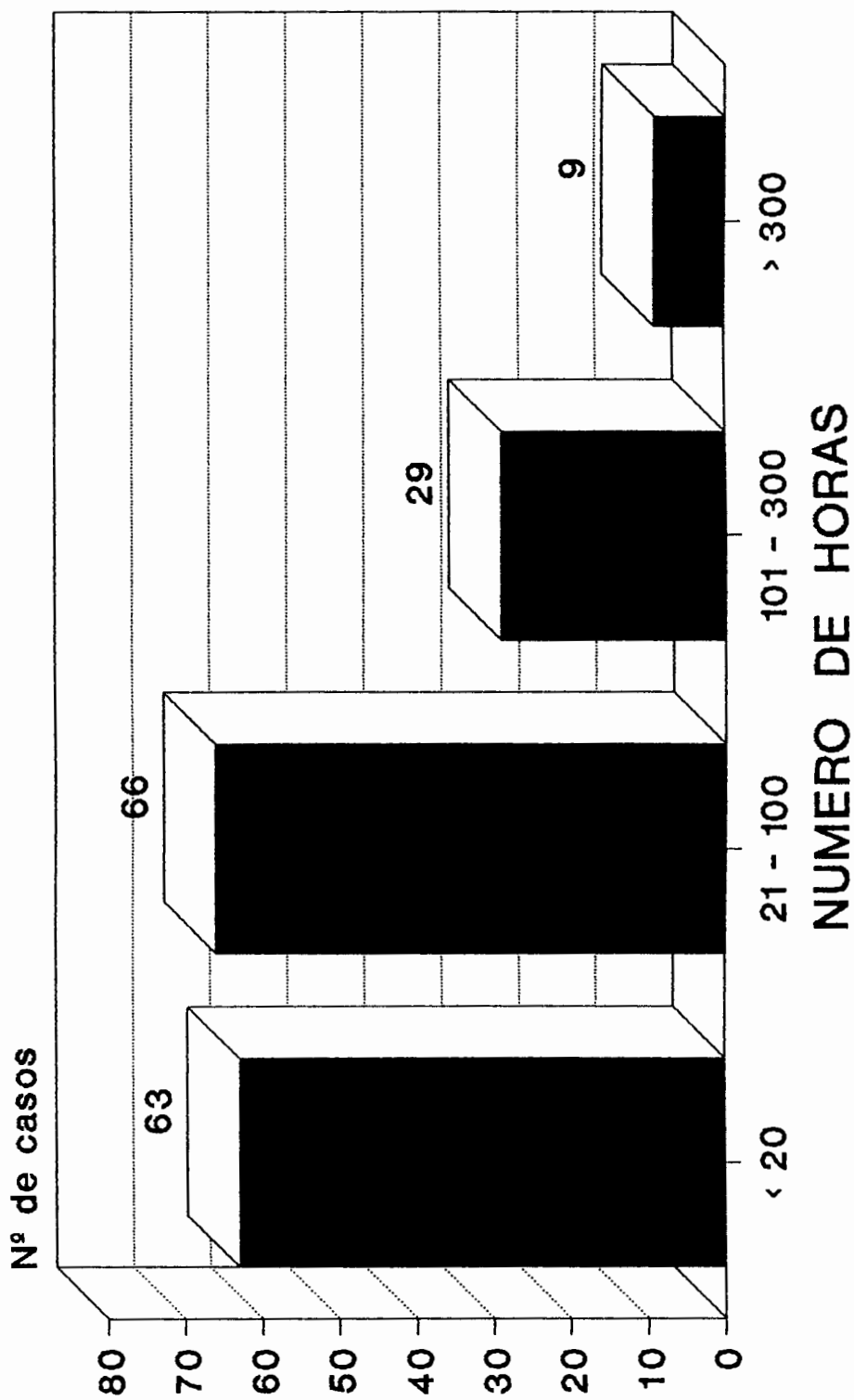
A su vez, al referirnos a la Formación Postgrado recibida en los últimos cinco años pero no relacionada con su área de trabajo actual, se logró lo siguiente:

HORAS	NUMERO	PORCENTAJE
< 20	66	42,30 %
21 - 100	55	35,25 %
101 - 300	23	14,74 %
> 300	12	7,69 %

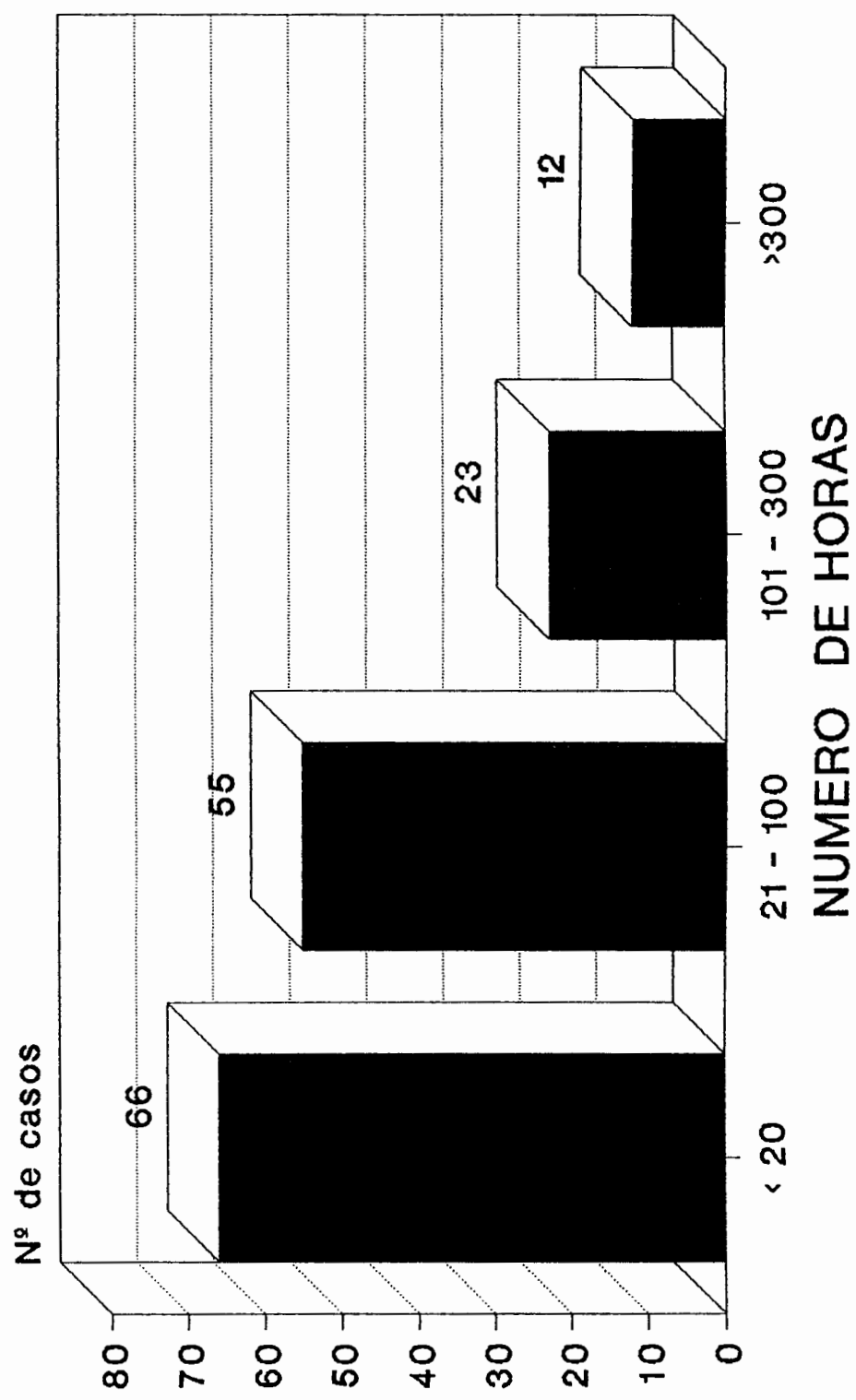
A esta pregunta no respondieron once de los encuestados.

FORMACION POSTGRADO

AREA DE TRABAJO



FORMACION POSTGRADO NO AREA DE TRABAJO



Pregunta nº 12.2

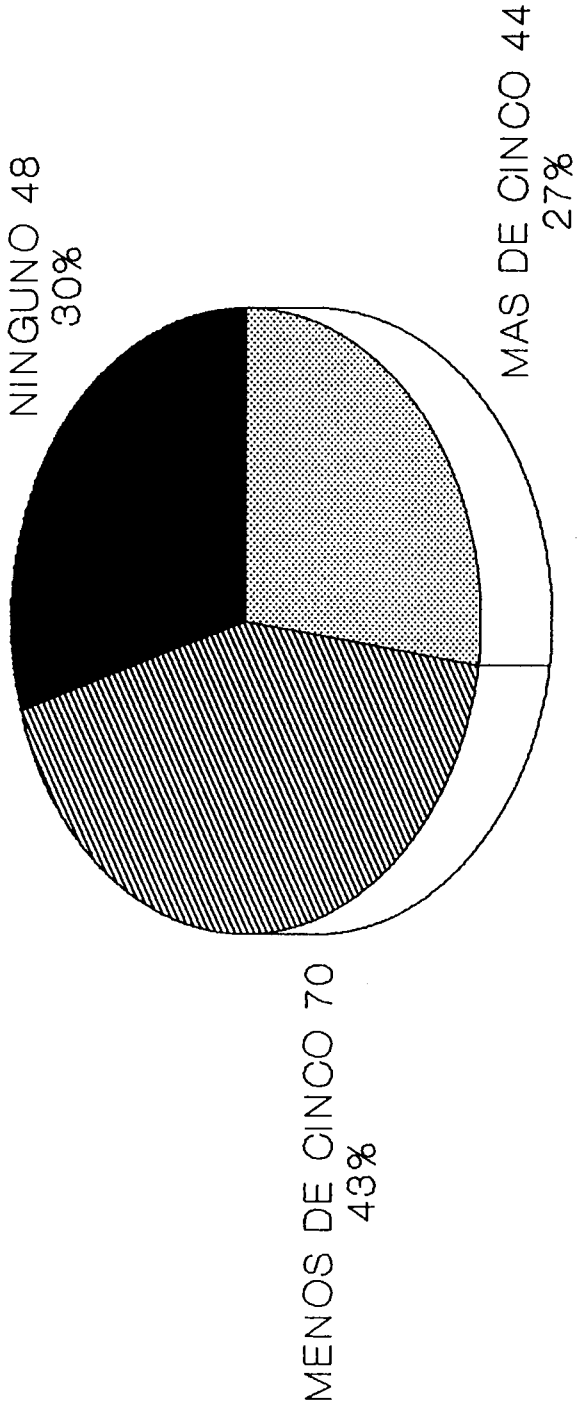
Pregunta nº 13

Buscábamos conocer el comportamiento de los encuestados en lo referente a si asistían o no a Congresos o Jornadas en los últimos cinco años. Los datos recogidos fueron:

CONGRESOS/JORNADAS	NUMERO	PORCENTAJE
Ninguno	48	29,62 %
Menos de cinco	70	43,20 %
Mas de cinco	44	27,16 %

A esta pregunta cinco de los encuestados no manifestaron su opinión.

ASISTENCIA A CONGRESOS



179

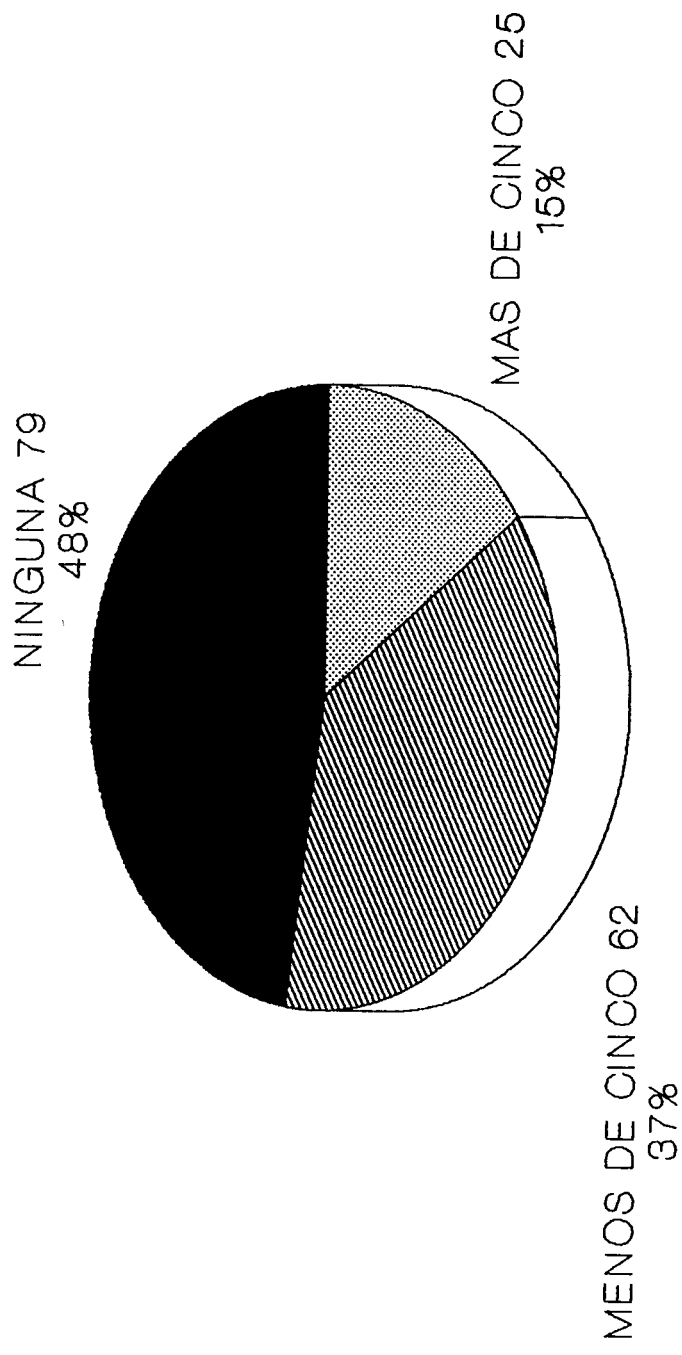
Pregunta nº 14

Se quería conocer si los encuestados habían presentado comunicaciones o ponencias en los últimos cinco años, y se logró el siguiente resultado:

COMUNICACIONES/PONENCIAS	NUMERO	PORCENTAJE
Ninguna	79	47,59 %
Menos de cinco	62	37,34 %
Mas de cinco	25	15,06 %

Uno de los encuestados no respondió.

PRESENTACION COMUNICACIONES Y PONENCIAS



Pregunta nº 15

Intentábamos conocer si los Supervisores encuestados habían publicado algún trabajo en gestión, y se vio que ciento sesenta y uno no habían publicado nada, lo que equivale a un 96,40 %, cuatro compañeros habían publicado un trabajo, lo que equivaldría a un 2,38 %, y dos supervisores han publicado dos trabajos, lo que era por tanto un 1,19 % de los encuestados.

Las revistas en que se publicaron fueron:

SALUT

SEDEN

ROL

AE

PARC TAULI

ENFERMERIA ONCOLOGICA

En cuanto a otras áreas de Enfermería nos encontramos con que ciento cincuenta y cinco compañeros han publicado menos de cinco trabajos, lo que es un 93,93 %, y diez compañeros han publicado más de cinco trabajos, lo que es un 6,06 %.

A esta pregunta dos compañeros no respondieron.

Pregunta nº 16

Iba encaminada a averiguar la pertenencia a las Asociaciones o Sociedades Científicas, diferenciando si estas eran de gestión o de otras áreas. También preguntábamos si se estaba o no colegiado.

Estan colegiados ciento sesenta y dos supervisores, o sea, 99,38 % de los que respondieron, en tanto que uno respondió que no estaba colegiado, lo que es un 0,61 %. Cuatro no respondieron.

Pertenecen a sociedades de Gestión de Enfermería diecinueve de los que responden, es decir, un 11,65 %, y ciento cuarenta y cuatro no pertenecen, lo que equivale a un 88,34 %. También cuatro encuestados no responden a esta pregunta.

En lo referente a Sociedades de otras áreas, cincuenta y siete encuestados dijeron pertenecer a alguna de ellas, lo que representa un 34,96 %, en tanto que ciento seis dijeron no pertenecer a ninguna, lo que equivale a un 65,03 %. Y, del mismo modo, tampoco respondieron cuatro encuestados a esta pregunta.

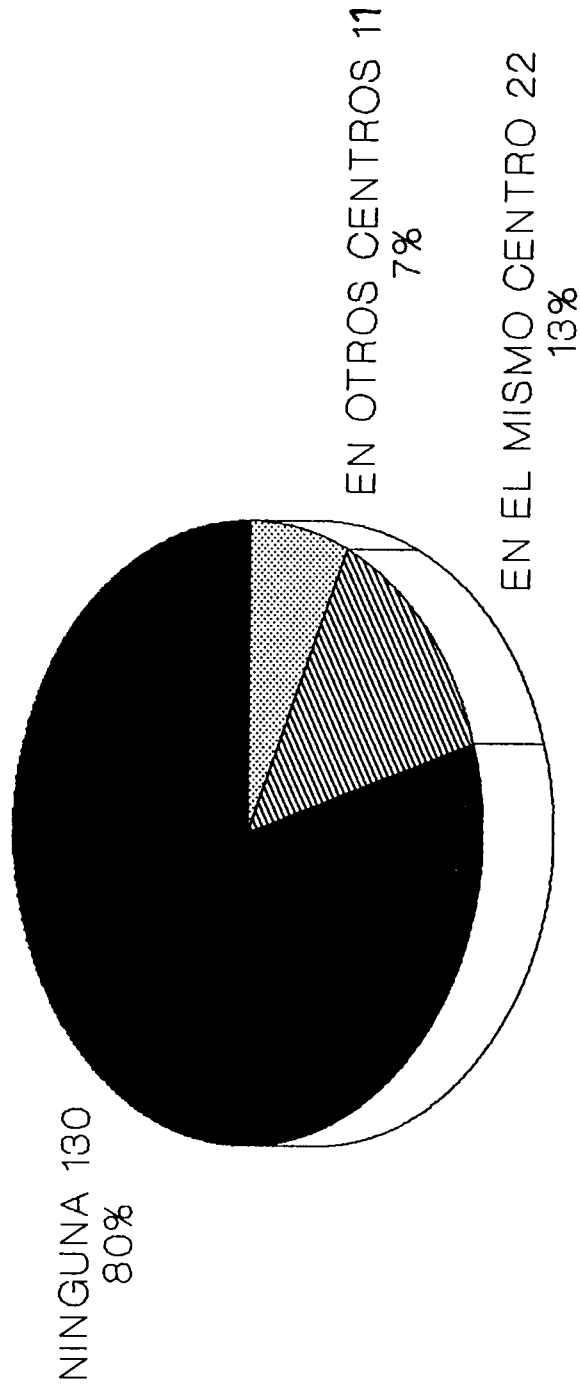
Pregunta nº 17

Se intentó conocer las actividades docentes realizadas en los cinco últimos años por parte de los Supervisores preguntados. Cuatro no contestaron; no tenían ninguna actividad docente ciento treinta, lo que era un 79,75 %; y treinta y tres habían realizado actividades docentes en los últimos cinco años, es decir, un 20,24 %.

De los treinta y tres compañeros que habían realizado docencia, encontramos que veintidós la habían realizado en el mismo centro de trabajo, lo que significaba un 66,66 % de los docentes, en tanto que once la realizaban en otros centros (Colegio, Santa Madrona, Escuelas de Formación Profesional, Gimbernat, ICT, ...), lo que representa un 33,33 %.

De los treinta y tres compañeros, uno simultaneaba las actividades docentes en su propio Centro con las actividades docentes en otros Centros.

ACTIVIDADES DOCENTES



Pregunta nº 18

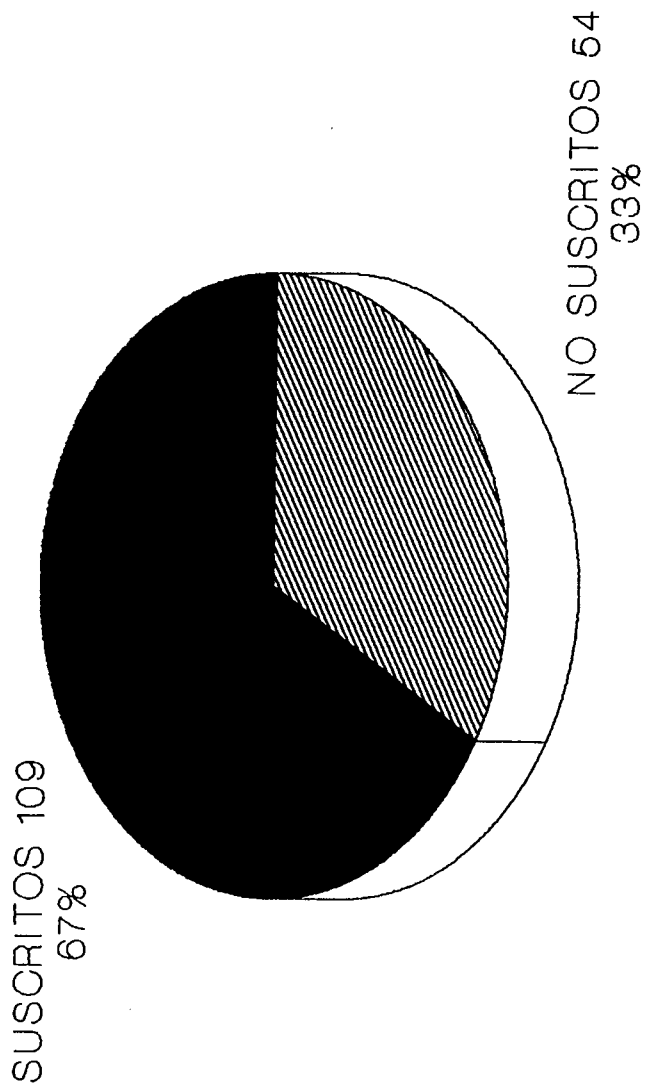
Preguntaba por las suscripciones a publicaciones científicas en Enfermería, y se obtuvo la siguiente tabla:

PUBLICACION	NUMERO
Nursing	60
Rol	41
Enfermería Clínica	16
Enfermería Científica	8
Enfermería Radiológica	4
Todo Hospital	2
Enfermería Oncológica	2
RN	1
BISEDEN	1
Gaceta Sanitaria	1

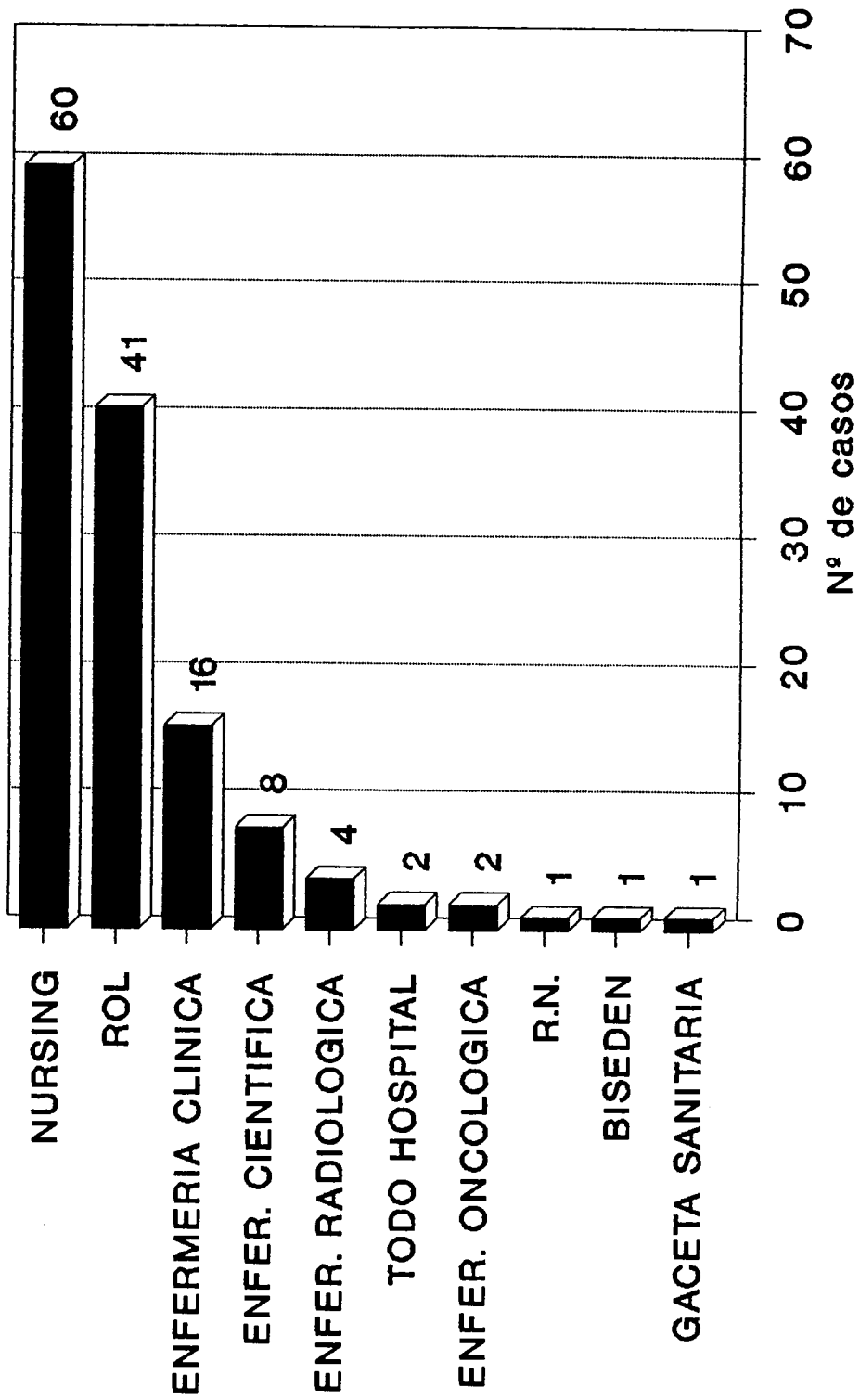
Como podemos ver son un total de 10 publicaciones distintas. Varios compañeros están suscritos a más de una publicación.

El total de compañeros que manifiestan estar suscritos a alguna publicación científica es de ciento nueve, lo que representa un 66,87 %, en tanto que cincuenta y cuatro no están suscritos a ninguna publicación científica, lo que equivale al 33,12 % de los que respondieron, no habiendo contestado cuatro de los encuestados.

SUSCRIPCIONES A PUBLICACIONES



SUSCRIPCIONES A PUBLICACIONES REVISTAS



Pregunta nº 19

Al buscar los años totales de trabajo en Enfermería se obtuvo un promedio de 14,63 años para los ciento sesenta y siete compañeros que respondieron a la pregunta.

La distribución obtenida fue:

AÑOS	NUMERO
< 5	2
5 - 10	33
11 - 15	56
16 - 20	63
21 - 25	9
26 - 30	3
> 30	1

Posteriormente se preguntó por los años de antigüedad en el Centro actual. Estas fueron las respuestas:

AÑOS	NUMERO
< 5	19
5 - 10	40
11 - 15	44
16 - 20	54
21 - 25	10
> 25	0

El promedio de años de antigüedad en el Centro actual resultó ser de 12,70 años.

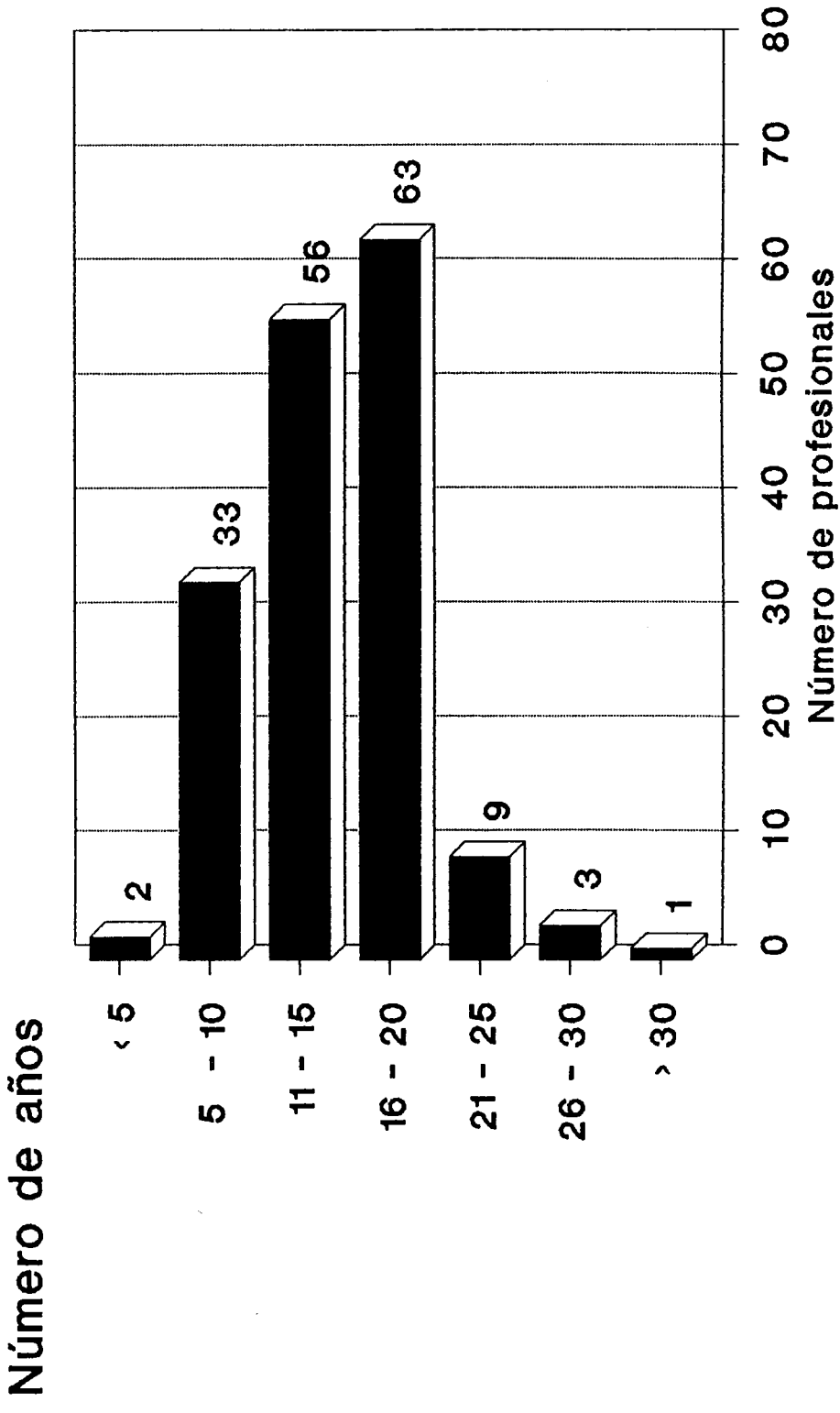
Al estudiar los años de antigüedad en el puesto de Supervisor/a, se obtuvo la siguiente tabla:

AÑOS	NUMERO
< 5	101
6 - 10	34
11 - 15	25
16 - 20	4
21 - 25	3
> 25	0

El promedio obtenido ha sido de 5,39 años.

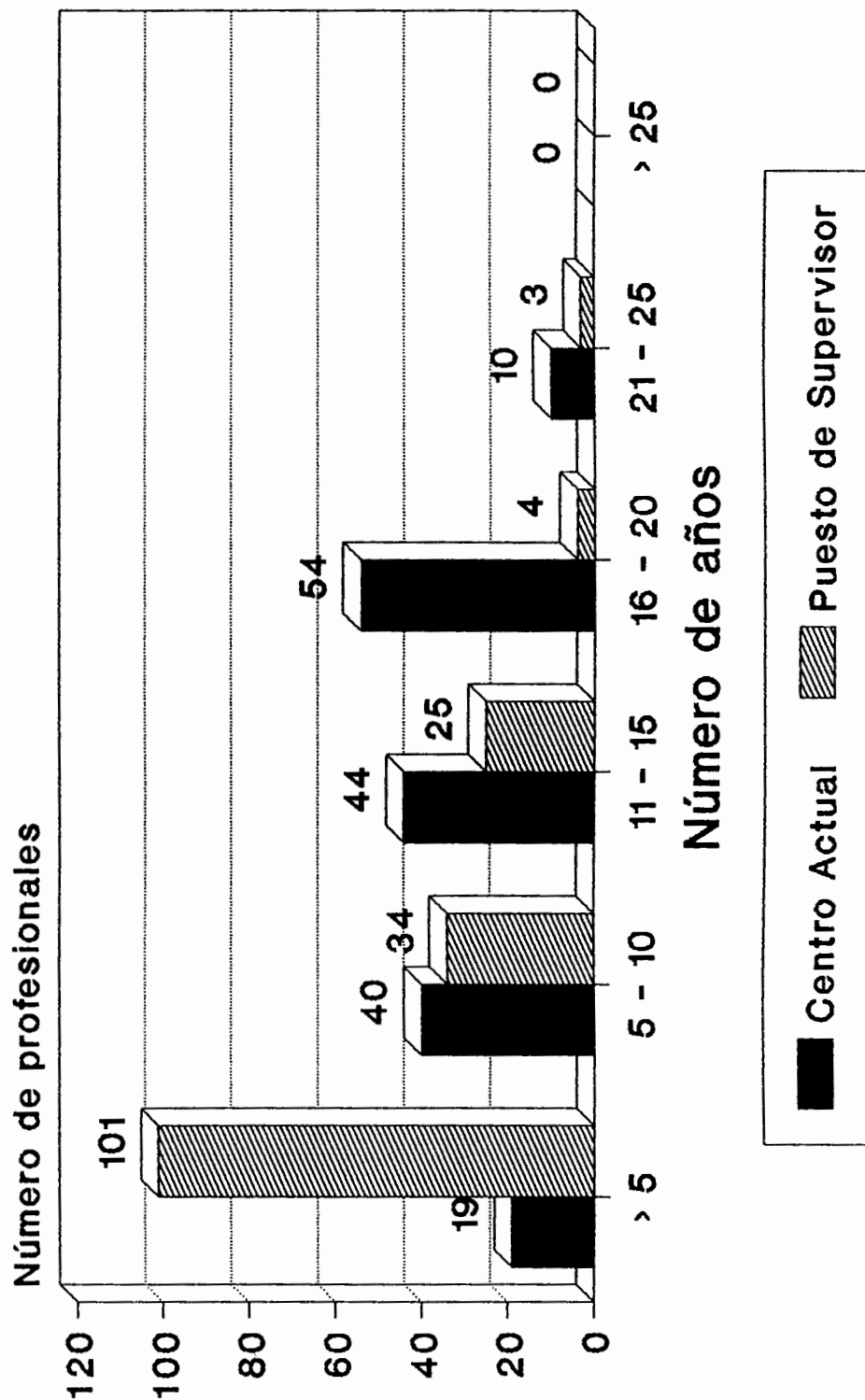
A estas dos últimas cuestiones respondieron el cien por cien de los encuestados.

EXPERIENCIA PROFESIONAL AÑOS DE TRABAJO EN ENFERMERIA



EXPERIENCIA PROFESIONAL

Centro Actual - Puesto Supervisor



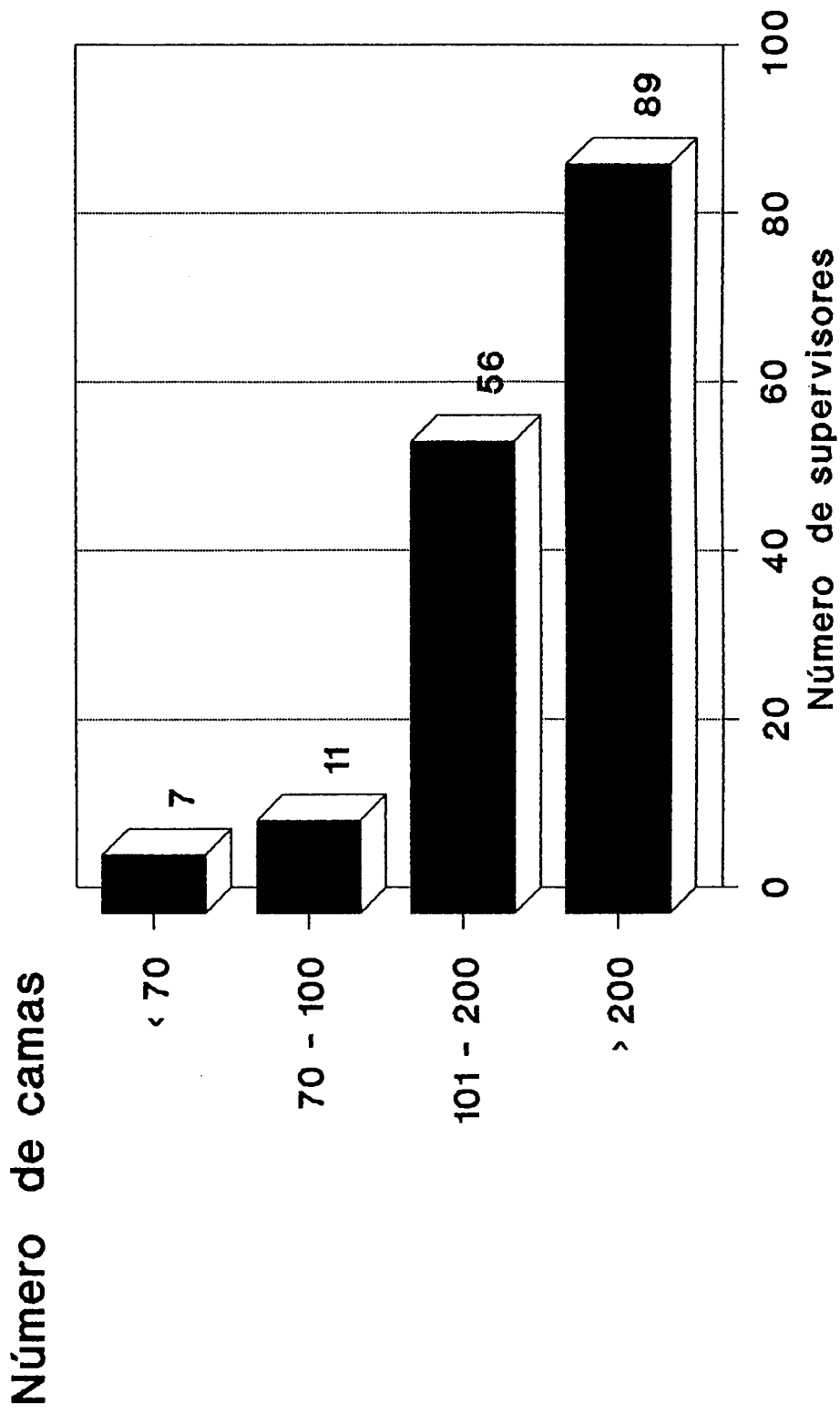
Pregunta nº 20

Era en referencia al número de camas existente en el Hospital de los encuestados. Obtuvimos la tabulación que a continuación se desglosa:

CAMAS	NUMERO	PORCENTAJE
< 70	7	4,29 %
70 - 100	11	6,74 %
101 - 200	56	34,35 %
> 200	89	54,60 %

A esta pregunta cuatro compañeros no dieron respuesta.

NUMERO DE SUPERVISORES SEGUN NUMERO DE CAMAS



Pregunta nº 21

Asimismo se preguntó en relación con el número total de Supervisores que hay en el Hospital, obteniéndose los siguientes datos:

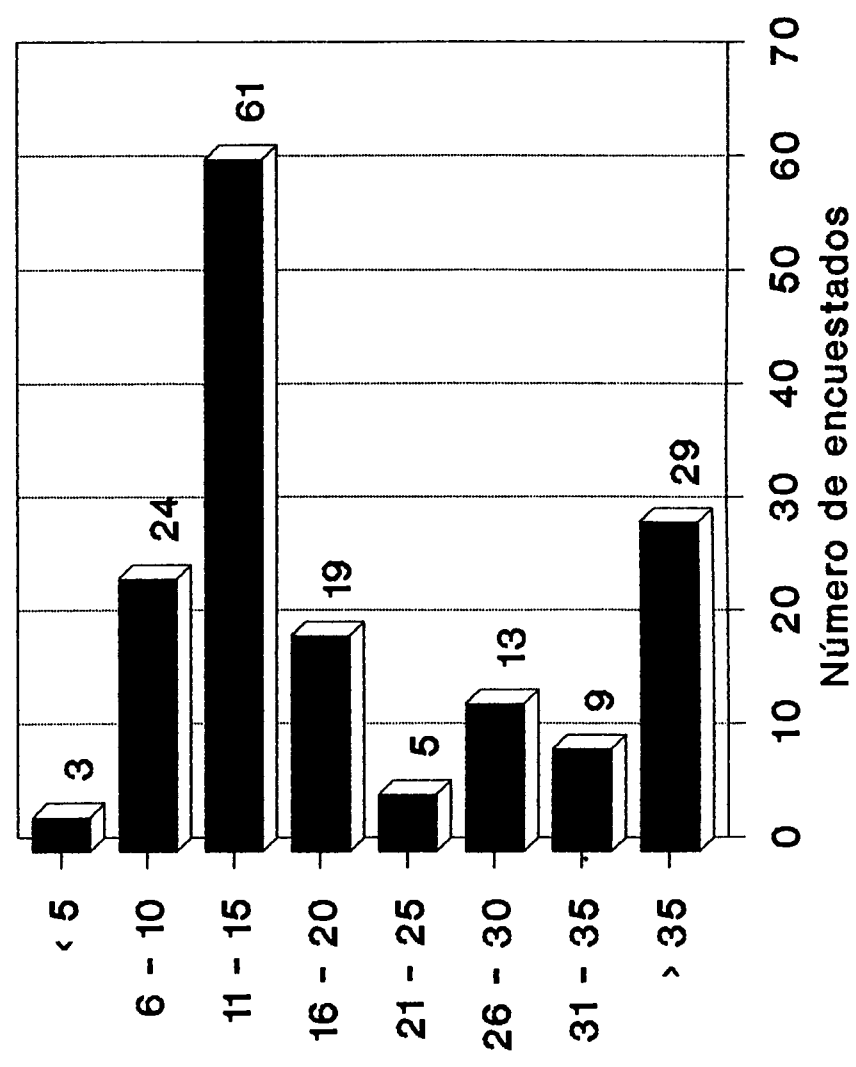
SUPERVISORES	NUMERO	PORCENTAJE
< 5	3	1,84 %
6 - 10	24	14,72 %
11 - 15	61	37,42 %
16 - 20	19	11,65 %
21 - 25	5	3,06 %
26 - 30	13	7,97 %
31 - 35	9	5,52 %
> 35	29	17,79 %

También hubo cuatro compañeros que no respondieron a esta cuestión.

El promedio de Supervisores por Hospital nos dió un valor de 23,69, con un recorrido que iba desde, como ya sabemos, Hospitales sin Supervisión, hasta un máximo de 80 Supervisores en un Hospital.

NUMERO DE SUPERVISORES SEGUN HOSPITALES

Número de supervisores



Pregunta nº 22

Se referia al número de personal que hay en el Hospital, diferenciando entre Enfermeras, Auxiliares y Técnicos.

A la pregunta de cuantas enfermeras hay en el Hospital, 48 compañeros no respondieron. El resto respondió lo siguiente:

DOTACION ENFERMERAS	NUMERO	PORCENTAJE
< 20	0	0,00 %
21 - 40	9	7,56 %
41 - 60	14	11,76 %
61 - 80	32	26,89 %
81 - 100	7	5,88 %
101 - 150	23	19,32 %
151 - 200	16	13,44 %
201 - 400	9	7,56 %
401 - 900	9	7,56 %

La misma pregunta en cuanto a auxiliares obtuvo asimismo 48 respuestas en blanco. Los resultados eran los que se recogen en la tabla que se desglosa seguidamente:

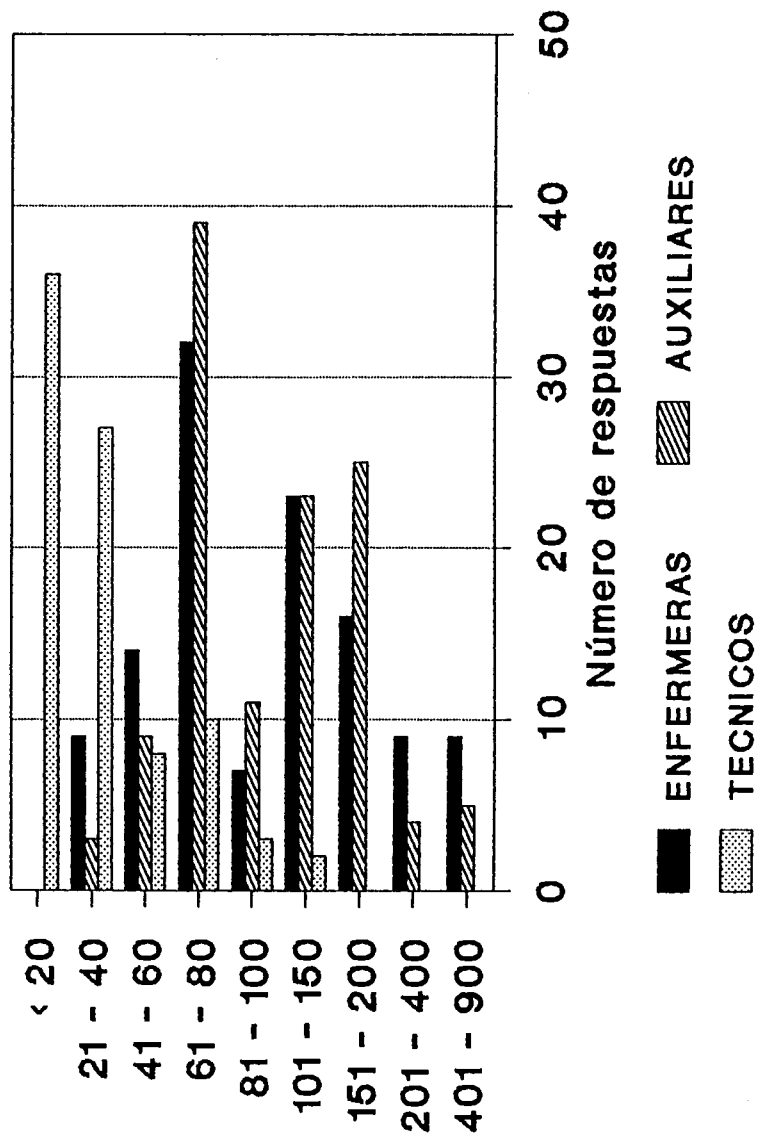
DOTACION AUXILIARES	NUMERO	PORCENTAJE
< 20	0	0,00 %
21 - 40	3	2,52 %
41 - 60	9	7,56 %
61 - 80	39	32,77 %
81 - 100	11	9,24 %
101 - 150	23	19,32 %
151 - 200	25	21,00 %
201 - 400	4	3,36 %
401 - 900	5	4,20 %

Al hacer esta pregunta pero referida a técnicos no responden 81 compañeros encuestados. Las respuestas obtenidas se reparten del siguiente modo:

DOTACION TECNICOS	NUMERO	PORCENTAJE
<20	36	41,86 %
21 - 40	27	31,39 %
41 - 60	8	9,30 %
61 - 80	10	11,62 %
81 - 100	3	3,48 %
101 - 150	2	2,32 %
151 - 200	0	0,00 %
201 - 400	0	0,00 %
401 - 900	0	0,00 %

DOTACION DE PERSONAL POR HOSPITALES

Dotación profesionales



Pregunta nº 23

Se refería a si hay Supervisión las 24 horas del día en el Hospital. Tres no contestaron, y el resto fueron ciento sesenta respuestas afirmativas, lo que es un 97,56 %, y cuatro fueron respuestas negativas, lo que equivale a un 2,43 %.

Pregunta nº 24

En esta pregunta se solicitaba que a partir del cargo de Gerente se anotaran los niveles jerárquicos que se daban en la organización dentro de la línea de mando de Enfermería, hasta llegar a la enfermera/o de base.

Las respuestas han sido enormemente variadas, y, lo que es peor, enormemente confusas. Se mencionan como integrantes de la línea de mando a:

Dirección de Enfermería

Dirección Médica

Adjuntos

Supervisores Generales

Supervisores de turno

Jefes de Area

Subdirectores

Jefes de Especialización

Dirección Asistencial

Gerentes

Jefe de Servicio

Jefe de Departamento

Dirección de Enfermería Hospitalaria,....

En muchas ocasiones los datos no concuerdan entre si, es decir, no guardan coherencia interna, por lo que tomamos la decisión de no considerar estas respuestas a la pregunta y, por tanto, proceder a anularla.

Pregunta nº 25

A la pregunta de si la Dirección de Enfermería depende de la Dirección Médica, se obtienen las siguientes respuestas por parte de los encuestados:

RESPUESTA	NUMERO	PORCENTAJE
NO	158	96,34 %
SI	6	3,65 %

Tres de los compañeros encuestados declinaron responder a la cuestión planteada.

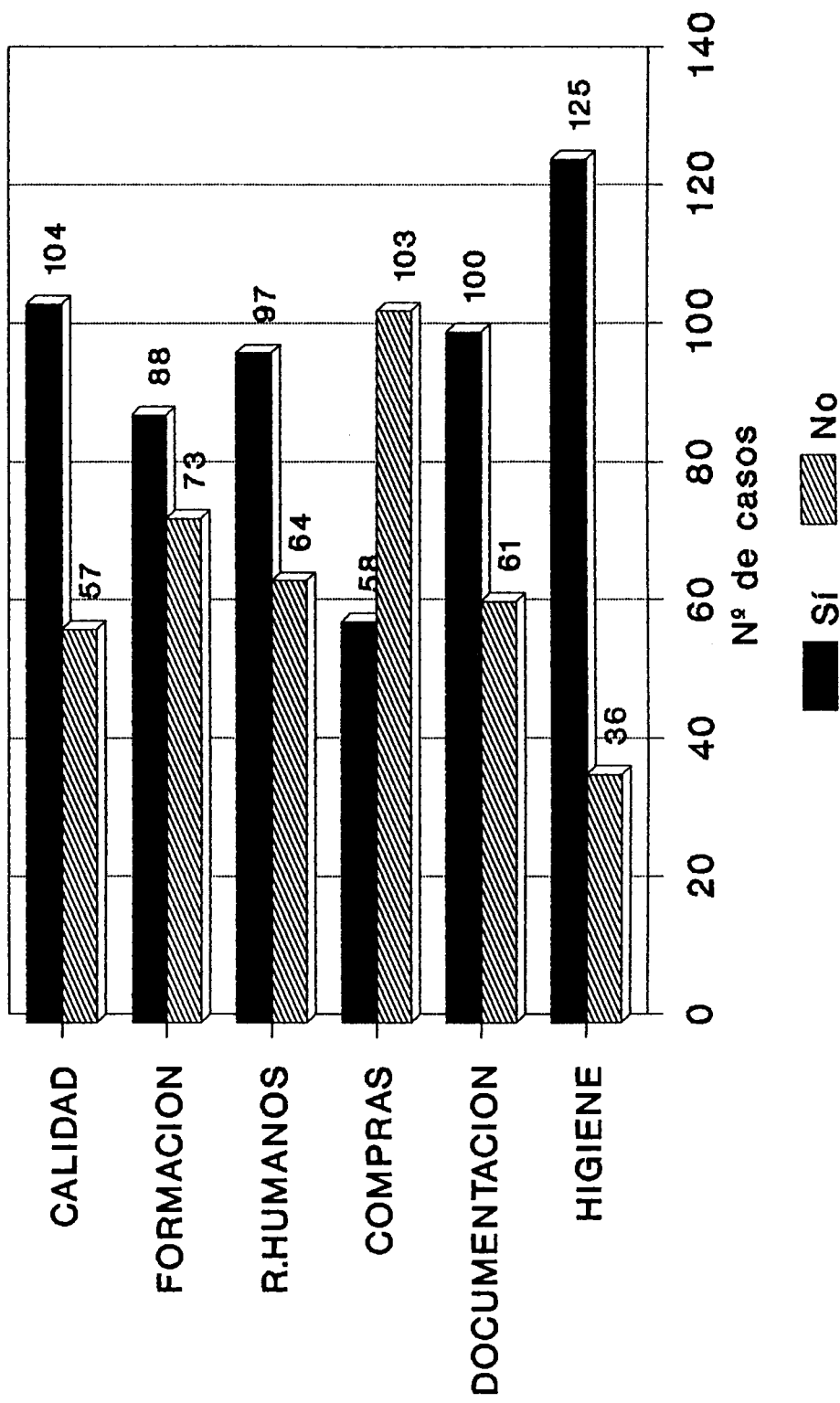
Pregunta nº 26

Se refería a si en el Departamento de Enfermería habían personas dedicadas a diversos cometidos, tales como política de calidad, compras, higiene,...

En cada uno de los apartados hemos encontrado seis compañeros que no respondían. De las respuestas de los restantes hemos establecido el promedio de personas dedicadas a cada puesto en los hospitales en que existe, las respuestas positivas y negativas y sus correspondientes porcentajes. Son estos:

TEMA	PROMEDIO	SI	%	NO	%
CALIDAD	1,44	104	64,59	57	35,40
FORMACION	1,27	88	54,65	73	45,34
R. HUMANOS	1,15	97	60,24	64	39,75
COMPRAS	1,15	58	36,02	103	63,97
DOCUMENTACION	1,09	100	62,11	61	37,88
HIGIENE	1,03	125	77,63	36	22,36

DEPARTAMENTOS EXISTENTES



Pregunta nº 27

Como podía suponerse respondieron que eran Supervisores/as los 167 encuestados. Esto quiere decir que, según lo previsto, el 100% desempeñaban ese puesto.

En lo referente a que servicio pertenecen no nos responden cincuenta y dos compañeros/as.

Del resto, nos salen los siguientes servicios o áreas, con mucha variedad.

Fisioterapia

Hemodiálisis

Ginecología/Obstetricia

Recursos Humanos

Medicina Interna

Consultas Externas

Cirugía

Cirugía Ortopédica y Traumatológica

Pediatría

Urgencias

Unidad de Cuidados Intensivos

Cirugía Plástica

Radiología

Oftalmología

Laboratorio

Cirugía Vasculat

Cirugía Cardíaca

Quirófano

Hematología

Urología

General de Noche

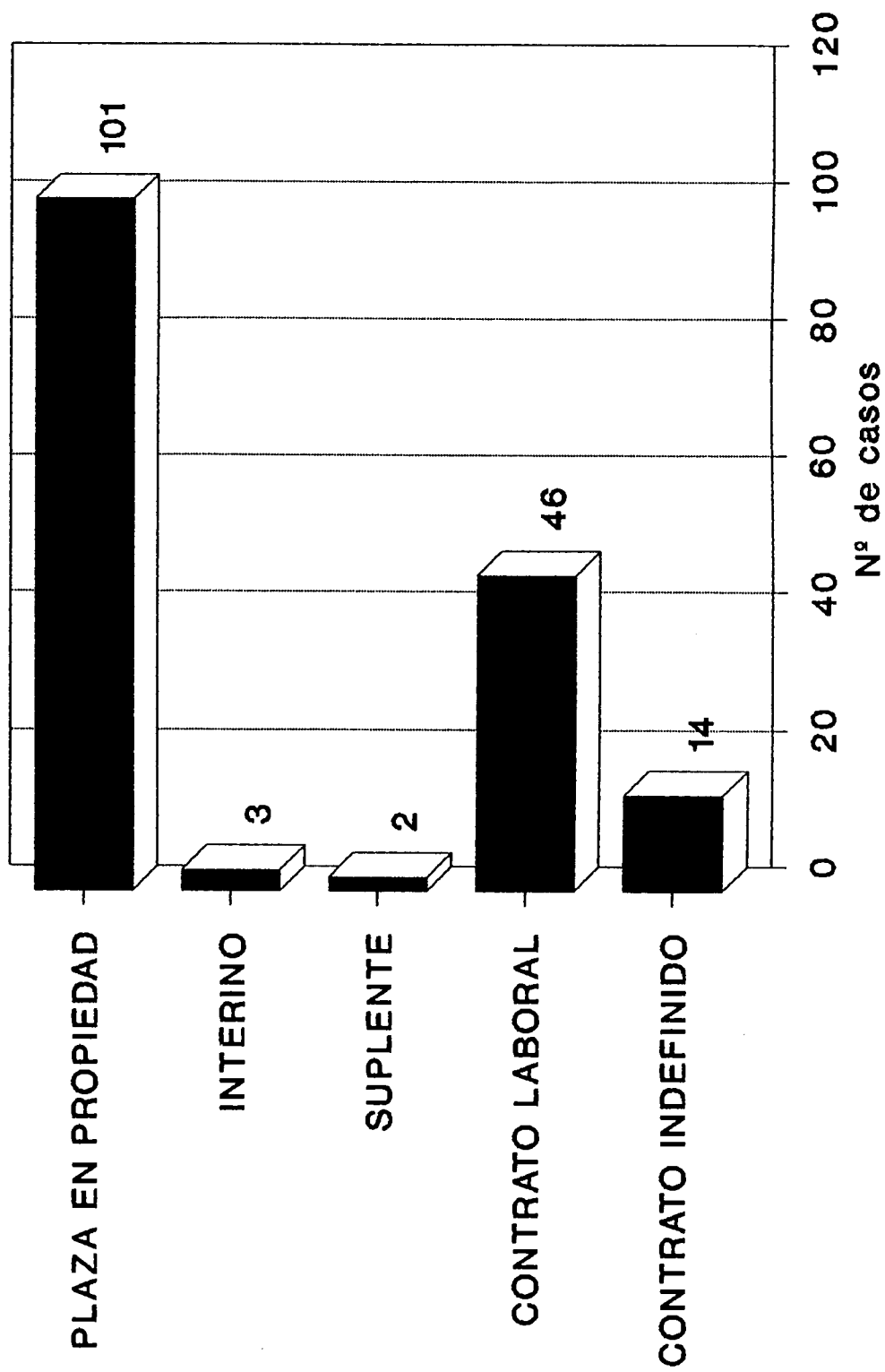
General de Tarde

Pregunta nº 28

En esta pregunta buscábamos conocer la relación contractual existente en la actualidad. Una de las personas encuestadas no respondió, y las ciento sesenta y seis restantes dieron las siguientes contestaciones:

RESPUESTA	NUMERO	PORCENTAJE
Plaza en propiedad	101	60,84 %
Interino	3	1,80 %
Suplente	2	1,20 %
Contrato laboral	46	27,71 %
Contrato fijo indefinido	14	8,43 %

RELACION CONTRACTUAL



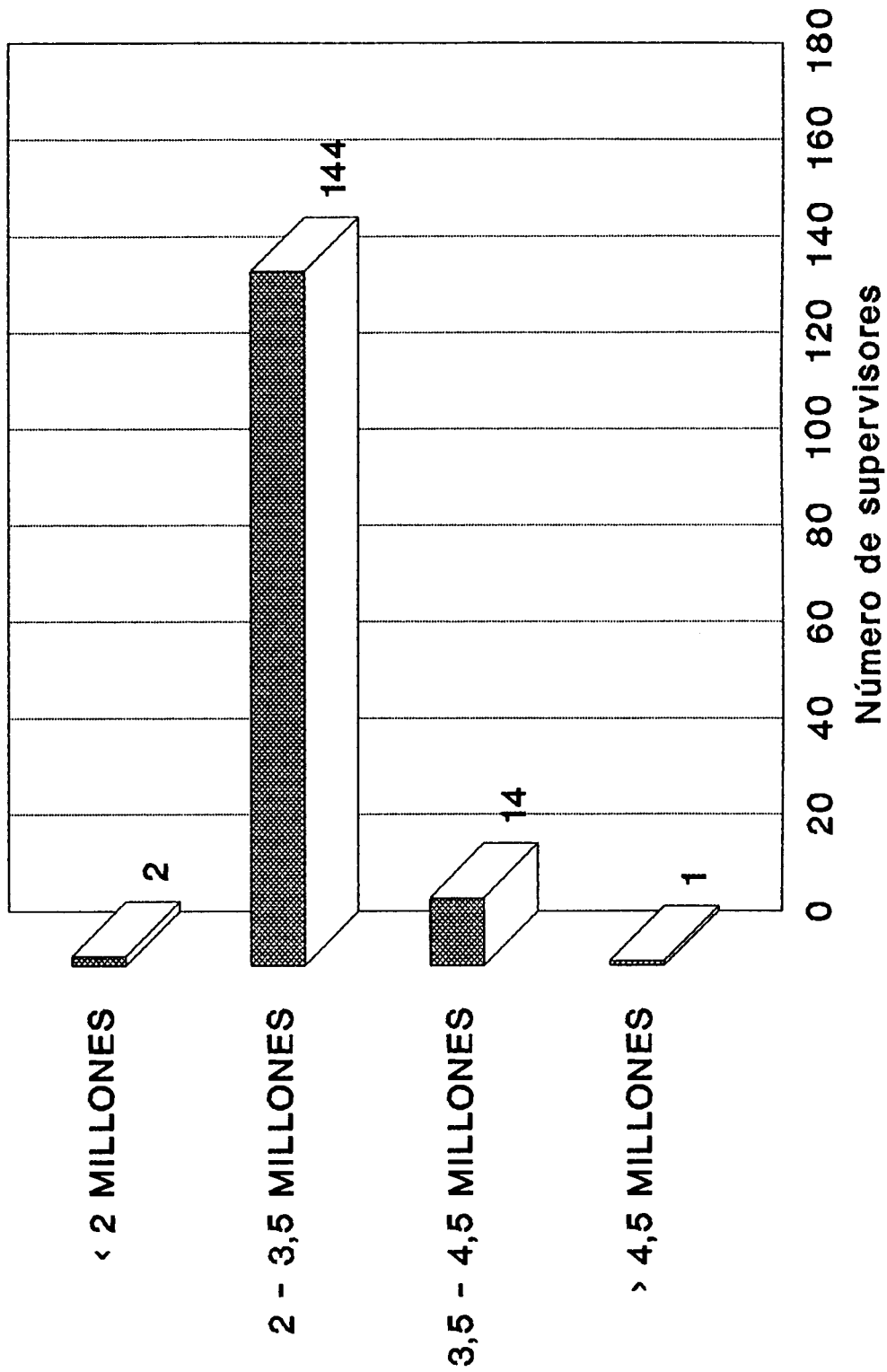
Pregunta nº 29

Esta pregunta se centraba en conocer los salarios percibidos anualmente por los Supervisores encuestados. Las cantidades se pedía que fueran especificadas en bruto, y las agrupabamos en cuatro grandes tramos, que iban desde menos de dos millones hasta mas de cuatro millones y medio. Los resultados obtenidos se recogen en la siguiente tabla:

SALARIOS EN BRUTO	NUMERO	PORCENTAJE
< 2.000.000	2	1,24 %
2.000.000 - 3.500.000	144	89,44 %
3.500.000 - 4.500.000	14	8,69 %
> 4.500.000	1	0,62 %

Como ha podido verse, a esta pregunta hubo seis compañeros que prefirieron no contestar.

SALARIOS EN BRUTO



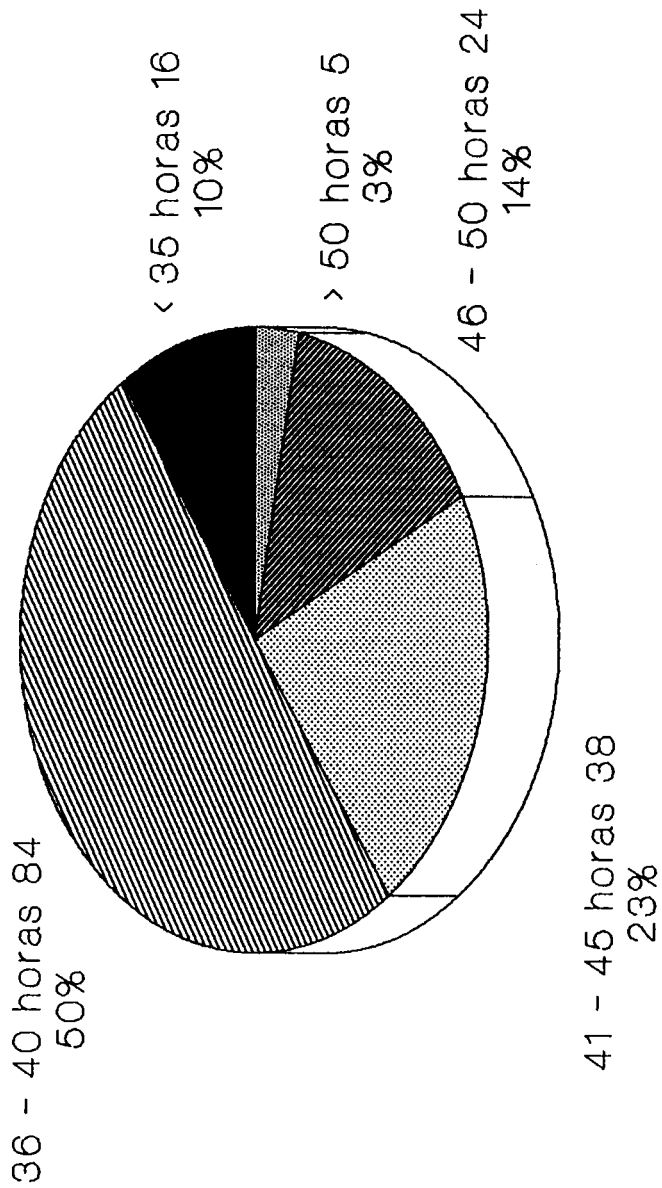
Pregunta nº 30

A la pregunta de cuántas horas de dedicación semanal se empleaban por parte de los Supervisores de Enfermería en los Hospitales, respondieron los ciento sesenta y siete encuestados y se determino que dedicaban un promedio de 41,24 horas a la semana a sus tareas de Supervisor/a.

La tabla siguiente especifica en valores absolutos y en porcentajes los resultados aportados:

HORAS DE DEDICACION	SUPERVISORES	PORCENTAJE
< 35	16	9,58 %
36 - 40	84	50,29 %
41 - 45	38	22,75 %
46 - 50	24	14,37 %
> 50	5	2,99 %

HORAS DE DEDICACION SEMANAL



Pregunta nº 31

En esta cuestión se indagaba acerca de quién era el inmediato superior que tenía el Supervisor/a, es decir, de quién dependía jerárquicamente.

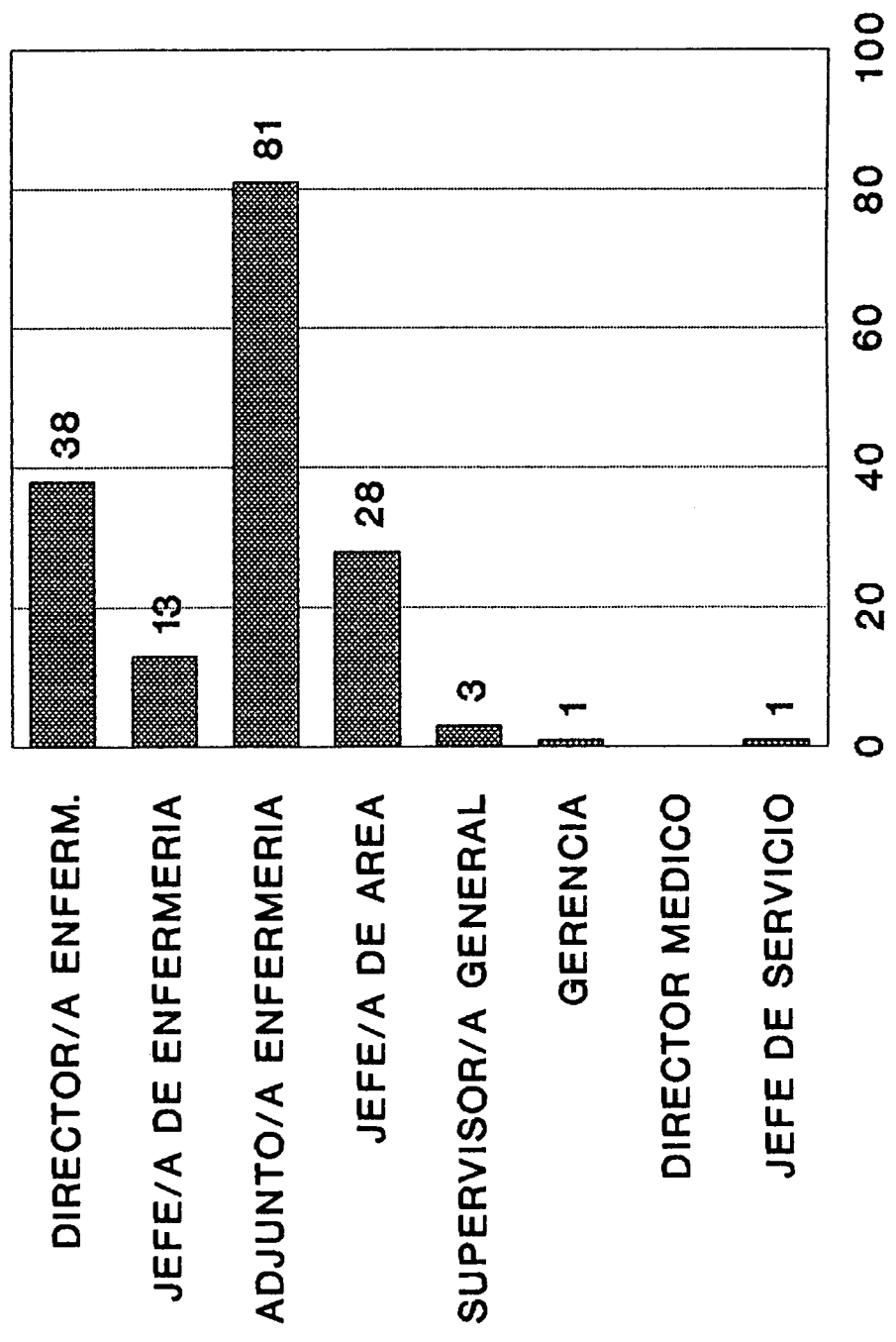
Las respuestas conseguidas fueron:

CARGO	NUMERO	PORCENTAJE
Director/a de Enfermería	38	23,03 %
Jefe/a de Enfermería	13	7,87 %
Adjunto/a de Enfermería	81	49,09 %
Jefe/a de Area	28	16,96 %
Supervisor/a General	3	1,81 %
Gerencia	1	0,60 %
Director Médico	0	0,00 %
Jefe de servicio	1	0,60 %

Dos compañeros no respondieron la pregunta.

DEPENDENCIA JERARQUICA

INMEDIATA



Pregunta nº 32

Esta pregunta se dirigía a conocer el número de personal que cada Supervisor/a tiene asignado a su cargo, o sea, bajo su Supervisión directa.

Los resultados promedio fueron:

Número de enfermeros/as: 16,89 por cada Supervisor/a.

Número de auxiliares: 13,33 por cada Supervisor/a.

Número de técnicos: 4,75 por cada Supervisor/a.

El resto de los resultados aparece en la siguiente tabla:

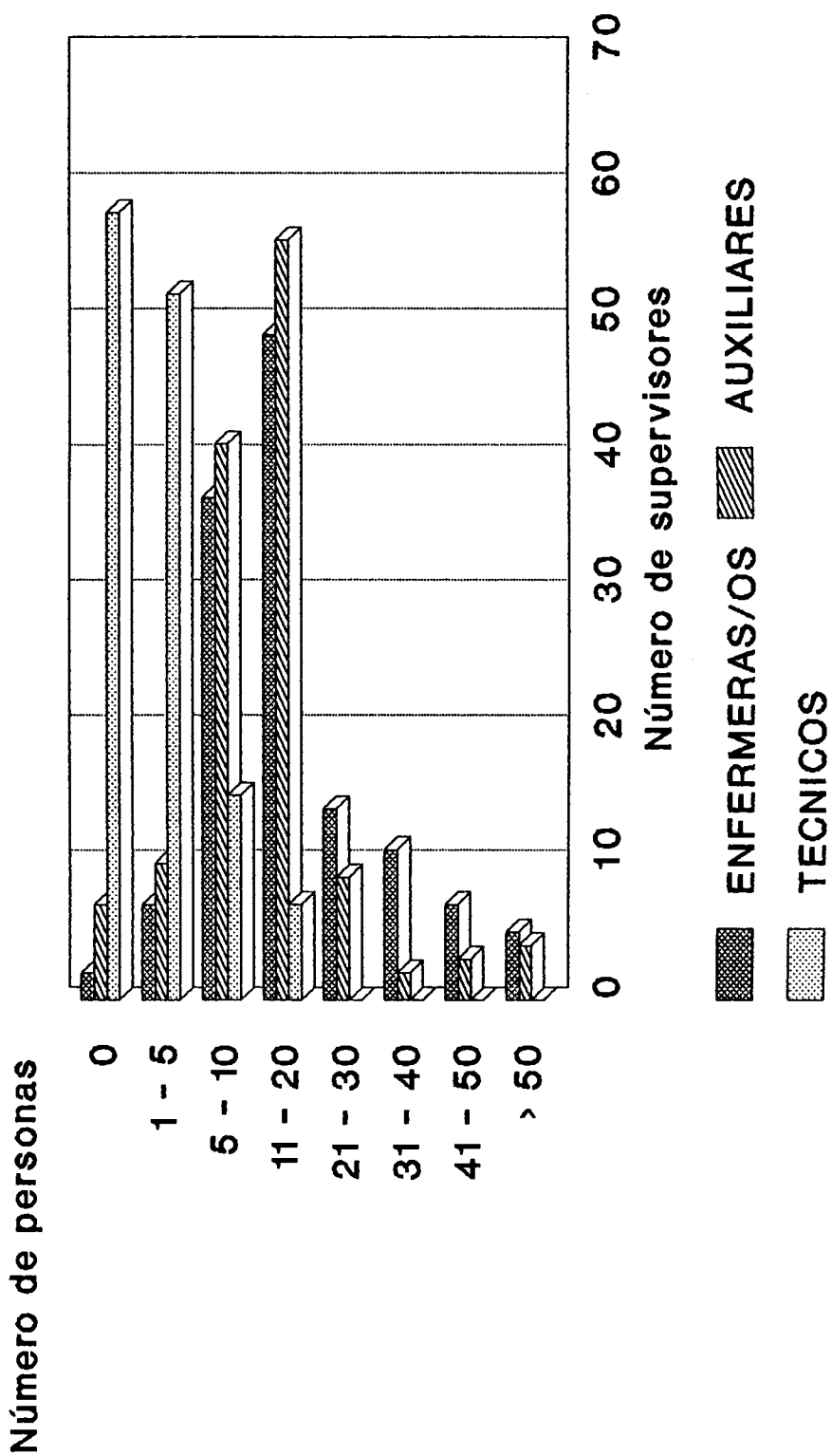
NUMERO de PERSONAL	ENFERMERAS/OS		AUXILIARES		TECNICOS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 5	7	5,30	10	7,57	52	39,39
5 - 10	37	28,03	41	31,06	15	11,36
11 - 20	49	37,12	56	42,42	7	5,30
21 - 30	14	10,60	9	6,81	0	0,00
31 - 40	11	8,33	2	1,51	0	0,00
41 - 50	7	5,30	3	2,27	0	0,00
> 50	5	3,78	4	3,03	0	0,00
No tienen	2	1,51	7	5,30	58	43,93

No contestaron a la presente pregunta 35 compañeros.

Como otros aparecen:

Celadores en siete casos, camilleros en cinco casos y matronas en dos casos.

PERSONAL ASIGNADO POR ESTAMENTOS



Pregunta nº 33

Esta pregunta iba dirigida a averiguar las condiciones de la jornada laboral de los Supervisores referentes a horarios y turnos, así como al hecho de si hacían guardias fuera de su turno de trabajo habitual. No respondieron a la misma tres de los encuestados.

Tienen horario flexible cincuenta y cinco de los que responden, es decir, un 33,53 por ciento.

A la pregunta de si se tiene jornada continua o partida se respondió lo siguiente:

JORNADA CONTINUA	113	68,90 %
JORNADA PARTIDA	48	29,26 %

Tres compañeros (1,82 %) indicaron ambas respuestas a la vez, lo que significa que tienen según las épocas jornada continua o partida.

Se preguntaba también si se tenía turno fijo o variable. Esto es lo que se respondió:

TURNO FIJO	135	82,31 %
TURNO VARIABLE	29	17,68 %

Las respuestas a si se tenía turno de mañana, tarde o noche, fueron las siguientes;

Ochenta y dos compañeros prestaban sus servicios en el turno de mañana exclusivamente, lo que equivale a un 50 por ciento de los que respondieron.

En el turno de tarde trabajaban un total de treinta y

tres Supervisores, es decir, un 20,12 por ciento de los mismos.

En turno de noche encontramos un total de diecisiete Supervisores, o sea, un 10,36 por ciento de ellos.

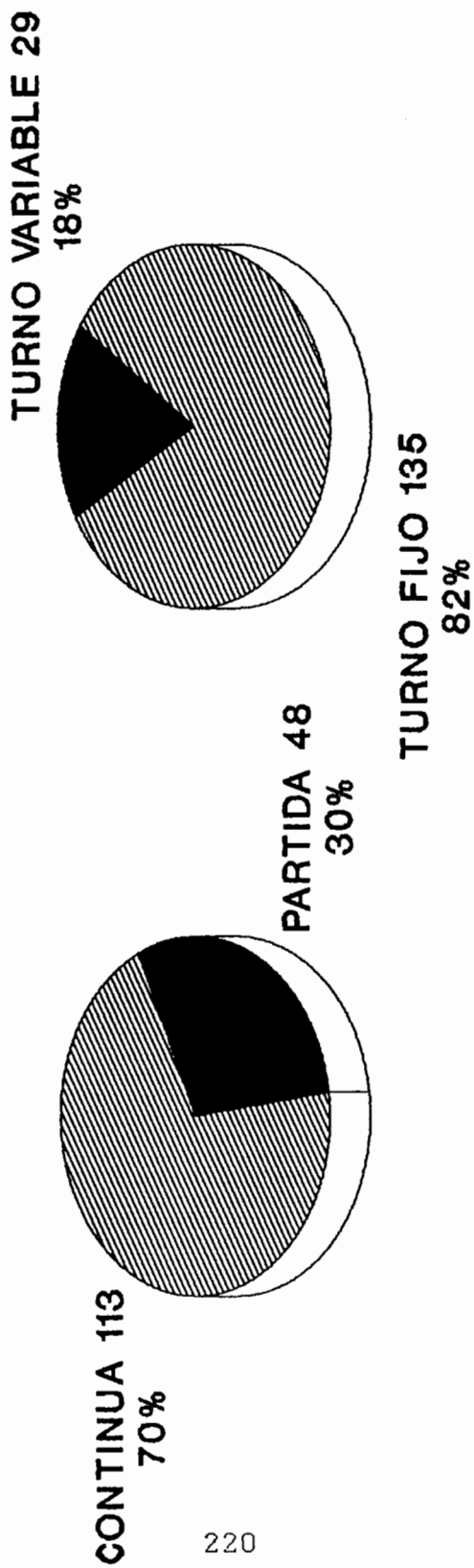
Que respondieran que trabajan de mañana y tarde se encontró un número de 23 supervisores, lo que corresponde a un porcentaje del 14,02 %.

Del mismo modo, trabajando de mañana y noche habían un total de seis Supervisores, o sea, el 3,65 %.

También hay tres Supervisores que trabajan de tarde y noche, lo que es un 1,82 % de los que emiten su respuesta.

A la pregunta de si hacen guardias fuera del turno, responden que si un total de noventa y tres Supervisores, correspondiéndoles un porcentaje sobre el total de respuestas del 56,70 %.

CONDICIONES JORNADA LABORAL



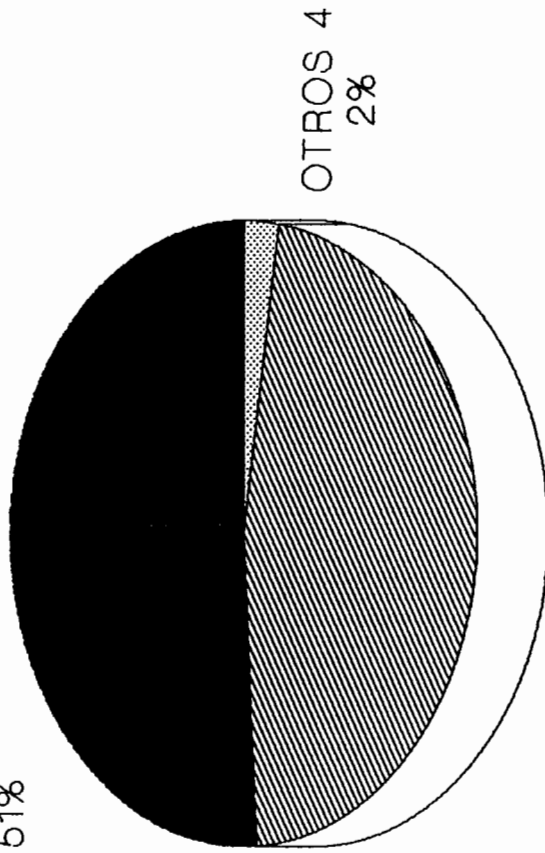
Pregunta nº 34

Iba dirigida a conocer el mecanismo de acceso a su puesto de trabajo actual. En esta ocasión respondieron todos los Supervisores encuestados, y se obtuvo la siguiente tabla de respuestas:

FORMA DE ACCESO	NUMERO	PORCENTAJE
Convocatoria/oposición	85	50,89 %
Designación	78	46,70 %
Otros	4	2,39 %

FORMA DE ACCESO PUESTO SUPERVISION

CONVOCATORIA - OPS. 85
51%



DESIGNACION 78
47%

OTROS 4
2%

Pregunta no 35

A la pregunta de si era el de Supervisor/a su único lugar de trabajo respondieron todos los encuestados. De ellos ciento cincuenta y seis respondieron afirmativamente, es decir, un 93,41 % no trabajan en ningún otro sitio. Respondieron que trabajaban en otro lugar once personas, o sea el 6,58 %.

Cuando se preguntó a esos once Supervisores/as cuántas horas de trabajo al mes dedicaban al otro empleo, se obtuvo un promedio de 43,18 horas.

En lo referente a cual era el otro empleo pudo confeccionarse la siguiente lista:

TRABAJO	SUPERVISORES	HORAS
Zona	1	40
Consulta Privada	2	20
Laboratorio	1	100
Fisioterapia	1	65
Profesor Asociado	1	20
Análisis Clínicos	1	30
Podología	3	20
Formación	1	160

11

Pregunta nº 36

Se solicita que el Supervisor indicara cual era el grado de acceso a la información respecto a ciertas materias.

Respondieron ciento sesenta y siete a cada materia, con excepción de cuatro compañeros que no respondieron a políticas del centro.

Los resultados se recogen en la tabla siguiente, con los respectivos promedios, en la que puede verse que el mayor grado de acceso a la información es respecto a formación y nuevos metodos de trabajo, y el menor se referia a presupuestos.

	PC OE LN IT R IO C A S D E L	P R E S U P U E S T O S	F O R M A C I O N	N D E U E T R A B A J O M E T O D O S	S P E E L R E S C O N I A O N D E
1/ NO TIENE ACCESO A LA INFORMACION.	24	29	0	2	14
%	14,7	17,3	0,0	1,1	8,3
2/ CON DIFICULTADES ACCEDE A LA INFORMACION SI Ud. LA SOLICITA.	11	30	13	10	15
%	6,7	17,9	7,7	5,9	8,9
3/ TIENE ACCESO SIN DIFICULTADES A LA INFORMACION SI Ud. LA SOLICITA.	27	15	33	16	24
%	16,5	8,9	19,7	9,5	14,3
4/ RECIBE ALGUNA INFORMACION SIN SOLICITARLA.	28	35	13	29	9
%	17,1	20,9	7,7	17,3	5,3
5/ RECIBE INFORMACION PARCIAL DE MODO HABITUAL PERO NO PUNTUALMENTE.	29	23	18	26	12
%	17,7	13,7	10,7	15,5	7,1
6/ RECIBE INFORMACION TOTAL DE MODO HABITUAL PERO NO PUNTUALMENTE.	20	20	22	31	25
%	12,2	11,9	13,1	18,5	14,9
7/ RECIBE DE FORMA HABITUAL Y PUNTUAL TODA LA INFORMACION.	24	15	68	53	68
%	14,7	8,9	40,7	31,7	40,7
PROMEDIOS DE PUNTUACION	4,85	3,67	5,23	5,22	5,01
NO CONTESTAN	4	0	0	0	0

Pregunta nº 37

En esta pregunta buscábamos la opinión acerca del grado de reconocimiento de la actuación del Supervisor, referido a distintos estamentos o grupos. A esta pregunta respondieron los ciento sesenta y siete encuestados excepto en lo referente al Superior inmediato, en que siete compañeros no respondieron.

Los resultados configuran la siguiente tabla, en la que el mayor reconocimiento venía de la Dirección de Enfermería y del Superior Inmediato, en tanto que los menores venían de la sociedad en conjunto y de la Dirección Médica.

	GERENCIA	DIRECCION MEDICA	JEFE DE SERVICIO	MEDICOS	DIRECCION DE ENFERMERIA	SUPERIOR INMEDIATO	PERSONAL A SU CARGO	PACIENTES	FAMILIARES	SOCIEDAD EN CONJUNTO
1/ NADA RECONOCIDO.	31	38	11	6	4	6	7	20	23	40
%	18,5	22,7	6,5	3,5	2,3	3,7	4,1	11,9	13,7	23,9
2/ POCO RECONOCIDO INCLUSO EN ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS.	37	57	49	38	10	9	18	23	27	61
%	22,1	34,1	29,3	22,7	5,9	5,6	10,7	13,7	16,1	36,5
3/ ALGO RECONOCIDO EN LAS ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS.	64	30	47	59	26	19	41	42	51	35
%	38,3	17,9	28,1	35,3	15,5	11,8	24,5	25,1	30,5	20,9
4/ ALGUNAS VECES MUY RECONOCIDO EN TODAS LAS ACTIVIDADES.	17	27	35	38	47	45	70	51	45	24
%	10,1	16,1	20,9	22,7	28,1	28,1	41,9	30,5	26,9	14,3
5/ HABITUALMENTE MUY RECONOCIDO EN TODAS LAS ACTIVIDADES.	18	15	25	26	80	81	31	31	21	7
%	10,7	8,9	14,9	15,5	47,9	50,6	18,5	18,5	12,5	4,1
PROMEDIOS	3,3	2,5	3,0	3,2	4,1	4,1	3,5	3,2	3,0	2,3
NO CONTESTAN	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0

Pregunta nº 38

En esta pregunta se solicitaba que los Supervisores expresaran cual era su grado de participación en lo referente a determinadas materias.

Respondieron los ciento sesenta y siete compañeros y se confeccionó la siguiente tabla, en la que el mayor grado de participación era en la implantación de nuevos métodos de trabajo, y el menor en política del centro en general.

	P O L I T I C A T R I C I O N G E N E R A L	D I F I C U L T A D E S P A R A C I O N E S D E L P E R S O N A L	S I C O N D I C I O N E S D E L P E R S O N A L	P A R T I C I P A C I O N E S D E L P E R S O N A L	S I C O N D I C I O N E S D E L P E R S O N A L	F O R M A C I O N E S D E L P E R S O N A L	P R O M O C I O N E S D E L P E R S O N A L	I M P L O M E N T A C I O N E S D E L P E R S O N A L
1/ NO PUEDE Ud. PARTICIPAR	82	3	29	21	4	55	0	
%	49,1	1,7	17,3	12,5	2,3	32,9	0	
2/ CON DIFICULTADES PUEDE PARTICIPAR, SI Ud. LO SOLICITA EN ALGUNA ACTIVIDAD POCO SIGNIFICATIVA.	25	19	15	19	15	18	7	
%	14,9	11,3	8,9	11,3	8,9	10,7	4,1	
3/ PUEDE PARTICIPAR DE MODO HABITUAL EN ACTIVIDADES POCO SIGNIFICATIVAS.	13	10	9	5	9	9	11	
%	7,7	5,9	5,3	2,9	5,3	5,3	6,5	
4/ LE OFRECEN ESPORADICAMENTE ALGUNA PARTICIPACION EN ACTIVIDADES POCO SIGNIFICATIVAS.	6	8	15	13	16	14	21	
%	3,5	4,7	8,9	7,7	9,5	8,3	12,5	
5/ LE OFRECEN ESPORADICAMENTE ALGUNA PARTICIPACION EN ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS.	29	25	30	37	23	14	30	
%	17,3	14,9	17,9	22,1	13,7	8,3	17,9	
6/ LA DIRECCION PERMITE QUE PARTICIPE EN CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD.	2	48	53	32	51	22	35	
%	1,1	28,7	31,7	19,1	30,5	13,1	20,9	
7/ LA DIRECCION PROMUEVE LA PARTICIPACION EN TODAS LAS ACTIVIDADES.	10	54	16	40	49	35	63	
%	5,9	32,3	9,5	23,9	29,3	20,9	37,7	
PROMEDIOS	2,5	5,3	4,3	4,6	5,3	3,7	5,5	

Pregunta nº 39

La presente pregunta pretende valorar veintitrés parámetros que se relacionan, a través de la opinión del Supervisor referida a tres valores.

Poco

Suficiente

Mucho

Respondieron los ciento sesenta y siete Supervisores encuestados, y se recogió el siguiente cuadro, en el que los promedios más altos se referían a que era correcta la relación con los Superiores, a que existía comunicación con el inmediato superior y a que se sentía capacitado para desempeñar las funciones de su cargo.

Por el contrario, los menores promedios se obtuvieron en lo referente a política de incentivación, política de promoción y a tener información acerca de los planes de la empresa.

	P O C O	S U F I C I E N T E	M U C H O	P R O M E D I O S
1/ ¿SUS SUPERIORES LE CONSIDERAN EN SU JUSTO VALOR? %	27 16,1	108 64,6	32 19,1	2,02
2/ ¿ES CORRECTA LA RELACION CON SUS SUPERIORES? %	3 1,7	51 30,5	113 67,6	2,65
3/ ¿EXISTE COMUNICACION CON SU INMEDIATO SUPERIOR? %	34 20,3	34 20,3	99 59,2	2,38
4/ ¿RECIBE INFORMACION DE SU INMEDIATO SUPERIOR? %	23 13,7	71 42,2	73 43,7	2,29
5/ ¿CREE QUE HAY UN BUEN AMBIENTE LABORAL? %	42 25,1	104 62,2	21 12,5	1,87
6/ ¿SE SIENTE BIEN RETRIBUIDO? %	117 70,0	47 28,1	3 1,7	1,25
7/ ¿LE SATISFACE SU HORARIO DE TRABAJO? %	60 35,9	88 52,6	19 11,3	1,75
8/ ¿LA DOTACION DE PERSONAL ES LA ADECUADA PARA CUBRIR LAS NECESIDADES EXISTENTES? %	44 26,3	112 67,0	11 6,5	1,80
9/ ¿HAY FACILIDADES PARA MANTENER AL DIA SUS CONOCIMIENTOS? %	45 26,9	103 61,6	19 11,3	1,84
10/ ¿LA POLITICA DE INCENTIVACION ES CORRECTA? %	130 77,8	36 21,5	1 0,5	1,22
11/ ¿LA POLITICA DE FORMACION ES CORRECTA? %	59 34,1	86 51,4	24 14,3	1,80

	P O C O	S U F I C I E N T E	M U C H O	P R O M E D I O S
12/ ¿LA ORGANIZACION TOMA EN CUENTA SUS OPINIONES? %	53 31,7	97 8,0	17 10,1	1,78
13/ ¿USTED SE SIENTE CAPACITADO PARA DESEMPEÑAR LAS FUNCIONES PROPIAS DE SU CARGO? %	2 4,1	113 67,6	52 31,1	2,29
14/ ¿USTED SE SIENTE CAPACITADO PARA DESEMPEÑAR TAREAS DE MAYOR RESPONSABILIDAD QUE LAS QUE EJERCE EN LA ACTUALIDAD? %	31 18,5	106 63,4	30 17,9	1,99
15/ ¿HAY UNA CORRECTA POLITICA DE PROMOCION? %	65 38,9	93 55,6	9 5,3	1,60
16/ ¿LA RELACION CON EL PERSONAL A SU CARGO ES LA ADECUADA? %	15 8,9	103 66	49 29,3	2,20
17/ ¿SE PRESTA ATENCION A SUS PROBLEMAS POR PARTE DE SUS MANDOS? %	22 13,1	105 62,8	40 23,9	2,10
18/ ¿TIENE SUFICIENTES RECURSOS PARA DESARROLLAR SUS TAREAS? %	42 25,1	118 70,6	7 4,1	1,79
19/ ¿SE SIENTE CAPAZ DE CUMPLIR LOS OBJETIVOS? %	14 8,3	122 73,0	31 18,5	2,10
20/ ¿SIENTE QUE PERTENECE A UN EQUIPO? %	32 19,1	75 44,9	60 35,9	2,16
21/ ¿CAMBIARIA ALGO DE SU PUESTO DE TRABAJO? %	59 35,3	62 37,1	46 27,5	1,92
22/ ¿TIENE INFORMACION ACERCA DE LOS PLANES DE LA EMPRESA? %	76 45,5	79 47,3	12 7,1	1,61
23/ ¿EL PERSONAL, A SU CARGO LE CONSIDERA EN SU JUSTO VALOR? %	18 10,7	130 77,8	19 11,3	2,00

Pregunta nº 40

En esta pregunta solicitábamos que se ordenaran las problemáticas mas acuciantes que presentábamos. Estas eran.

- a.- Retribuciones insuficientes
- b.- Trabajo burocrático
- c.- Escaso apoyo
- d.- Falta de incentivos
- e.- Necesidad de formación
- f.- Equipo poco cohesionado.

Contestaron todos y se obtuvo el siguiente cuadro, considerando que lo más acuciante se puntuó con un uno y lo menos con un seis.

El problema más acuciante fue el B, luego iba el A, despues el D, seguia el E, a continuación iba el F, y el último era el problema C.

1 2 3 4 5 6 PROMED.

A	N	28	58	23	27	7	24	2,87
	%	16,76	34,70	13,77	16,16	4,19	14,37	
B	N	72	24	23	4	24	20	2,66
	%	43,31	14,37	13,77	2,39	14,37	11,97	
C	N	13	18	13	49	38	36	4,13
	%	7,78	10,77	7,78	29,34	22,75	21,55	
D	N	17	29	54	48	17	2	3,14
	%	10,17	17,36	32,33	28,74	10,17	1,19	
E	N	20	15	31	29	42	30	3,70
	%	11,97	8,98	18,56	17,36	25,14	17,96	
F	N	32	17	15	19	33	51	3,94
	%	19,16	10,17	8,98	11,37	19,76	30,53	

1 2 3 4 5 6 PROMED.

A	N	28	58	23	27	7	24	2,87
	%	16,76	34,70	13,77	16,16	4,19	14,37	
B	N	72	24	23	4	24	20	2,66
	%	43,31	14,37	13,77	2,39	14,37	11,97	
C	N	13	18	13	49	38	36	4,13
	%	7,78	10,77	7,78	29,34	22,75	21,55	
D	N	17	29	54	48	17	2	3,14
	%	10,17	17,36	32,33	28,74	10,17	1,19	
E	N	20	15	31	29	42	30	3,70
	%	11,97	8,98	18,56	17,36	25,14	17,96	
F	N	32	17	15	19	33	51	3,94
	%	19,16	10,17	8,98	11,37	19,76	30,53	

Además se les preguntaba si existía alguna problemática acuciante distinta de las citadas.

La respuesta fue que en seis casos decían que sí, lo que era un 3,59 %, en tanto que ciento sesenta y uno indicaban que no, o sea un 96,40 %.

La lista de problemas acuciantes era la siguiente :

PROBLEMA	CASOS
Desacuerdo con Dirección	2
Falta de confianza de Dirección	1
Falta de definición funciones	1
Falta de recursos	1
Falta de promoción profesional	1

TOTAL	6

Pregunta nº 41

En este apartado se buscaba conocer la opinión de la Supervisión respecto a ciertos aspectos de integración o funciones. Fue contestada por todos los encuestados y se obtuvo lo siguiente :

Manifestaban sentirse integrados con sus subordinados :

SI	157	94,01 %
NO	10	5,98 %

Se sienten integrados con el equipo de Dirección :

SI	130	77,84 %
NO	37	22,15 %

Se consideran integrados en el Hospital :

SI	160	95,80 %
NO	7	4,19 %

Consideran adecuada su preparación para desarrollar sus funciones :

SI	143	85,62 %
NO	24	14,37 %

Por último se preguntaba si consideraban que las funciones que realizaban eran las propias de su cargo.

La respuesta fue :

SI	101	60,47 %
NO	66	39,52 %

Pregunta nº 42

Solicitábamos que se respondiera si o no a ciertas cuestiones de opinión. También fue contestada por los ciento sesenta y siete encuestados, y dieron las siguientes respuestas:

Creían que podían hacer más de lo que le pedían :

SI	103	61,67 %
NO	64	38,32 %

Por el contrario creían que le pedían más de lo que podían hacer :

SI	38	22,75 %
NO	129	77,24 %

Creían que estaban considerados en su trabajo :

SI	127	76,04 %
NO	40	23,95 %

Consideraban que tenían recursos humanos para cubrir las necesidades actuales : (uno no contestó)

SI	95	57,22 %
NO	71	42,77 %

Y, para acabar, contestaban que tenían suficientes recursos materiales para cubrir las necesidades actuales :

SI	85	50,89 %
NO	82	49,10 %

1 2 3 4 5 PROMED .

A	N	94	34	24	7	8	1.80
	%	56.28	20.35	14.37	4.19	4.79	
B	N	50	66	23	23	5	2.20
	%	29.94	39.52	13.77	13.77	2.99	
C	N	16	23	39	61	28	3.19
	%	9.58	13.77	23.35	36.52	16.76	
D	N	18	28	62	48	11	3.03
	%	10.77	16.76	37.12	28.74	6.58	
E	N	6	7	11	29	114	4.42
	%	3.59	4.19	6.58	17.36	68.26	

Pregunta nº 44

Esta pregunta pedía que se ordenaran del uno al diez, siendo el uno el más importante, diez parámetros de la Supervisión actual. Contestaron todos los encuestados, y la respuesta se recoge en la tabla siguiente.

Se han utilizado unas iniciales que corresponden a los siguientes parámetros :

E/I	ESTIMULAR / INCENTIVAR
CE	CREAR EQUIPO
DR	DAR RESPONSABILIDAD
C	CONTROLAR
E	EVALUAR
DF	DAR FORMACION
P	PLANIFICAR
O/C	ORGANIZAR / COORDINAR
TD	TOMAR DECISIONES
EA	EJERCER LA AUTORIDAD

Así mismo, el número superior de cada recuadro indica el número de casos, y el inferior el porcentaje.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 PR.

19 11,3	36 21,5	29 17,3	20 11,9	26 15,5	13 7,7	5 2,9	6 3,5	10 5,9	3 1,7	4,0
44 26,3	25 14,9	20 11,9	26 15,5	20 11,9	12 7,8	11 6,5	8 4,7	0 0	1 0,5	3,4
5 2,9	5 2,9	28 16,4	16 9,5	32 19,1	34 20,3	10 5,9	18 10,7	16 9,5	3 1,7	5,1
0 0	2 1,1	3 1,7	18 10,7	7 4,1	23 13,7	20 11,9	35 20,9	48 28,7	11 6,5	7,3
0 0	4 2,3	3 1,7	7 4,1	9 5,3	10 5,9	43 25,7	45 26,9	26 15,5	20 11,9	7,4
9 5,3	6 3,5	18 10,7	16 9,5	17 10,1	16 9,5	35 20,9	22 13,1	18 10,7	10 5,9	6,0
36 21,5	33 19,7	20 11,9	27 16,1	20 11,9	18 10,7	10 5,9	1 0,5	2 1,1	0 0	3,4
40 23,9	46 27,5	25 14,9	18 10,7	20 11,9	11 6,5	7 4,1	0 0	0 0	0 0	2,9
17 10,1	15 8,9	26 15,5	22 13,1	19 11,3	20 11,9	20 11,9	13 7,7	13 7,7	2 1,1	4,8
5 2,9	0 0	0 0	4 2,3	2 1,1	7 4,1	3 1,7	8 4,7	29 17,3	109 65,2	9,0

Ordenados de más importante a menos, se obtenía el siguiente cuadro :

1 - ORGANIZAR/COORDINAR	2,9
2 - PLANIFICAR	3,4
2b - CREAR EQUIPO	3,4
4 - ESTIMULAR/INCENTIVAR	4,0
5 - TOMAR DECISIONES	4,8
6 - DAR RESPONSABILIDAD	5,1
7 - DAR FORMACION	6,0
8 - CONTROLAR	7,3
9 - EVALUAR	7,4
10 - EJERCER LA AUTORIDAD	9,0

Pregunta nº 45

En esta pregunta solicitábamos que se indicara cual era el perfil idóneo de un Supervisor/a. Por ello dábamos quince parámetros y solicitábamos que se puntuará de 1 a 7.

Se ha obtenido el siguiente resultado :

1 - Baja responsabilidad/Alta responsabilidad	6,73
2 - Poca Iniciativa/Mucha iniciativa	6,67
3 - Subjetividad/Objetividad	6,63
3b - Individualismo/Espíritu de Equipo	6,63
5 - Dificultad de Adaptación/Capacidad de Adaptación	6,61
6 - Conformismo/Superación	6,56
6b - Lentitud Reacción/Rapidez Reacción	6,56
8 - Dificultad Contacto/Facilidad Contacto	6,40
9 - Dificultad Persuasoria/Facilidad Persuasoria	6,32
10 - Difícil Sintonía/Fácil Sintonía	6,25
11 - Aislamiento/Sociabilidad	6,14
12 - Ansiedad Emocional/Ajuste Emocional	6,08
13 - Hipoactividad/Hiperactividad	5,49
14 - Introversión/Extroversión	5,23
15 - Sumisión/Dominancia	5,13

Pregunta nº 46

Esta pregunta iba referida a la perspectiva de futuro que tenían los supervisores/as.

Así se preguntaba como estaría considerada la Enfermería en el año 2000. Respondieron los ciento sesenta y siete encuestados lo siguiente:

RESPUESTA	NUMERO	%
MAS	67	40,11
MENOS	4	2,39
IGUAL	96	57,48

Otro interrogante era si se pedirían estudios específicos de Gestión y Administración en Enfermería en el año 2000.

Contestaron todos y se obtuvo :

SI	148	88,62 %
NO	19	11,37 %

También se preguntó que creía que ocurriría con la calidad de los cuidados en el año 2000. Las ciento sesenta y siete respuestas fueron:

RESPUESTA	NUMERO	%
MEJORARA	145	86,82
EMPEORARA	7	4,19
NO VARIARA	15	8,98

Otra cuestión era si se creía que los Supervisores debían ser o no titulados en Enfermería en el año 2000. Respondieron igualmente todos a la encuesta dando que opinaban que los Supervisores debían ser todos titulados en Enfermería ciento cincuenta y cinco respuestas, o sea, 92,81 % ; en tanto que doce creían que algunos Supervisores no debían ser titulados en Enfermería, o sea, un 7,18 %.

Seguidamente preguntábamos acerca de que se consideraba como más importante para ser Supervisor en el año 2000. Encontrábamos que lo primordial podía ser :

A - Conocimientos técnicos en el área a supervisar.

Respondían veintiseis, lo que es el 16,04 %.

B - Conocimientos en gestión.

Respondían treinta y nueve, lo que es el 24,07 %.

C - Capacidad en el desarrollo de relaciones humanas.

Respondían cuarenta y uno, lo que es un 25,30 %.

No contestaron cinco personas a esta pregunta.

Respondían A+B nueve personas, o sea el 5,55 %

Respondían B+C ocho personas, o sea el 4,93 %

Respondían A+B+C treinta y dos personas, o sea el 19,75 %

En el apartado de varios respondían siete, o sea el 4,32 %. En este grupo se recogían conceptos como profesionalidad, autoconocimiento, calidad, consideración social, ...

A continuación se quería saber si las funciones propias de Supervisión no se modificarían en el año 2000, si tendrían cambios no esenciales, o si tan solo habrán cambios sustanciales. Se obtienen las ciento sesenta y siete respuestas siguientes :

RESPUESTA	NUMERO	%
NO SE MODIFICAN	29	17,36
CAMBIO NO ESENCIAL	59	35,32
CAMBIO SUSTANCIAL	79	47,30

Otra pregunta iba dirigida a conocer la opinión de los Supervisores acerca del colectivo de Enfermería en el año 2000. Respondieron los ciento sesenta y siete del modo siguiente :

ACTITUD	NUMERO	%
SEGUIRA CONFORMISTA	57	34,13
SERA MAS BELIGERANTE	110	65,86

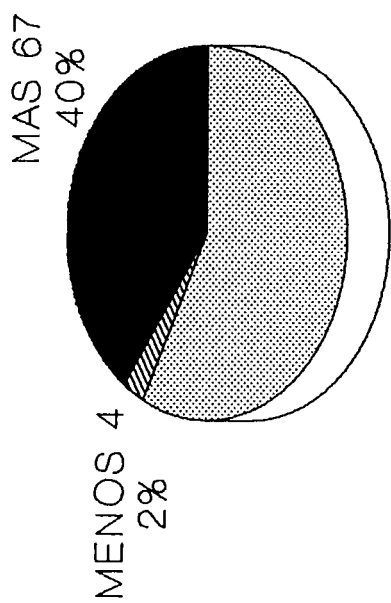
Intentábamos conocer si se creía que en el año 2000 aumentarían las reclamaciones legales. Las ciento seseta y siete respuestas fueron:

SI	148	88,62 %
NO	19	11,37 %

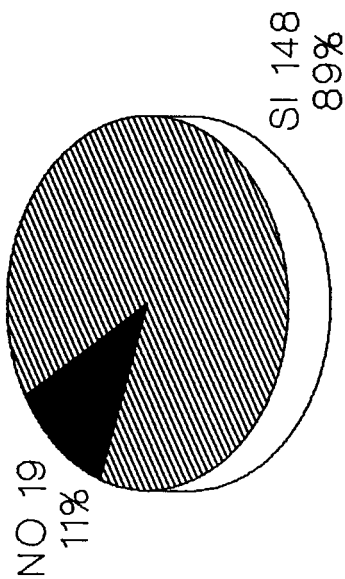
Por último se interrogaba como influiría la libre circulación de profesionales en la CEE en el año 2000. También respondieron todos y se obtuvo :

RESPUESTA	NUMERO	%
MEJORARA	80	47,90
NO VARIARA	76	45,50
EMPEORARA	11	6,58

PROBLEMATICA Y PERSPECTIVA DE FUTURO



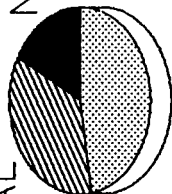
CONSIDERACION
DE ENFERMERIA



ESTUDIOS DE
GESTION

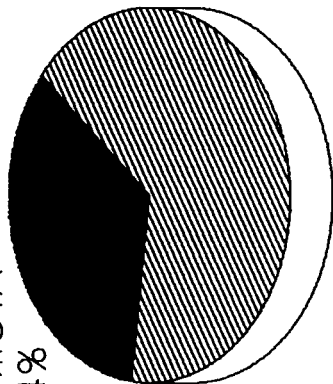
PROBLEMATICA Y PERSPECTIVA DE FUTURO

CAMBIO NO ESENCIAL
59 35%



NO SE MODIFICAN
29 17%

CONFORMISTA
57 34%



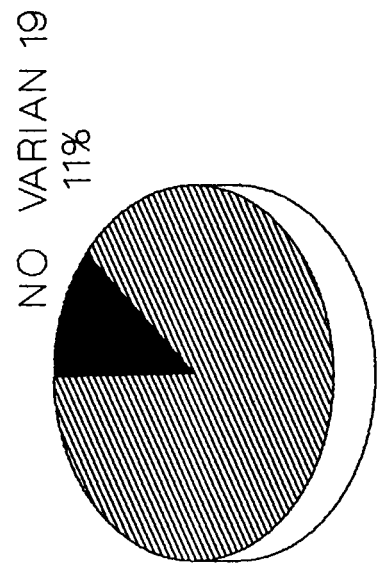
CAMBIO SUSTANCIAL
79 47%

FUNCIONES DE
SUPERVISION

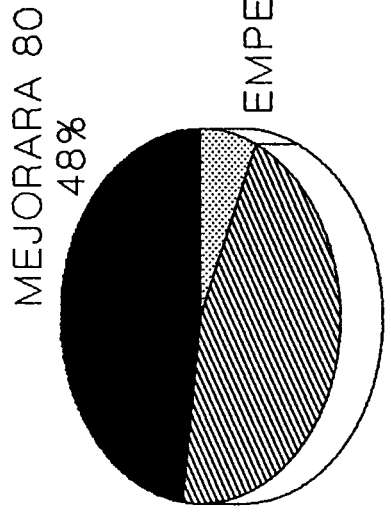
BELIGERANTE
110 66%

ACTITUD

PROBLEMATICA Y PERSPECTIVA DE FUTURO



AUMENTAN 148
89%



NO VARIARA 76
46%

Pregunta nº 47

Esta pregunta era doble. Se pretendía que los Supervisores/as respondieran cual consideraban que era la importancia que tenían una lista de nueve problemas que afectaban a la profesión de Enfermería en la actualidad y en el año 2000, para compararlos. Se pedía que dieran al más importante el valor uno, y al menos el valor nueve.

Respondieron todos los Supervisores/as y el resultado obtenido fue :

ACTUAL		1	2	3	4	5	6	7	8	9	PROMEDIO
OP	N	19	12	8	14	25	18	7	14	50	5,7
	%	11,3	7,8	4,7	8,3	14,9	10,7	4,1	8,3	29,9	
R	N	38	45	37	22	14	2	3	6	0	2,8
	%	22,7	26,9	22,1	13,1	8,3	1,1	1,7	3,5	0,0	
RS	N	41	34	30	31	10	7	4	6	4	3,1
	%	24,5	20,3	17,9	18,5	5,9	4,1	2,3	3,5	2,3	
MM	N	4	2	3	9	20	22	31	34	42	6,8
	%	2,3	1,1	1,7	5,3	11,9	13,1	18,5	20,3	25,1	
D	N	4	31	25	19	23	19	14	18	14	4,8
	%	2,3	18,5	14,9	11,3	13,7	11,3	8,3	10,7	8,3	
IR	N	2	12	14	28	32	32	22	15	10	5,3
	%	1,1	7,8	8,3	16,7	19,1	19,1	13,1	8,9	5,9	
SS	N	46	28	30	13	16	13	17	4	0	3,3
	%	27,5	16,7	17,9	7,7	9,5	7,7	10,1	2,3	0,0	
CV	N	7	11	9	13	7	27	43	31	19	6,1
	%	4,1	6,5	5,3	7,7	4,1	16,1	25,7	18,5	11,3	
CP	N	14	5	23	24	16	39	19	23	4	5,1
	%	8,3	2,9	13,7	14,3	9,5	23,3	11,3	13,7	2,3	

En el momento actual ordenados de más importantes a menos se clasificaron los siguientes problemas :

- 1 - Retribuciones salariales inadecuadas.
- 2 - Reconocimiento social de Enfermería.
- 3 - Persistencia de situaciones socialmente poco aceptables.
- 4 - Deshumanización por exceso de tecnificación.
- 5 - La carrera profesional y posibilidades de promoción.
- 6 - Incremento de las responsabilidades legales y profesionales.
- 7 - Aparición de otros profesionales.
- 8 - Cambios en los valores éticos y morales.
- 9 - Modificación de las metodologías de atención al paciente.

AÑO 2000		1	2	3	4	5	6	7	8	9	PROMEDIO
OP	N	40	19	21	17	12	8	4	17	29	4,4
	%	23,9	11,3	12,5	10,1	7,8	4,7	2,3	10,1	17,3	
R	N	28	46	27	23	10	11	14	8	0	3,4
	%	16,7	27,5	16,1	13,7	5,9	6,5	8,3	4,7	0,0	
RS	N	31	25	36	12	18	16	13	8	8	3,8
	%	18,5	14,9	21,5	7,2	10,7	9,5	7,7	4,7	4,7	
MM	N	6	7	0	17	12	25	23	35	42	6,6
	%	3,5	4,1	0,0	10,1	7,1	14,9	13,7	20,9	25,1	
D	N	5	17	27	13	24	32	22	12	15	5,2
	%	2,9	10,1	16,1	7,7	14,3	19,1	13,1	7,1	8,9	
IR	N	12	16	18	36	15	30	15	12	13	4,8
	%	7,1	9,5	10,7	21,5	8,9	17,9	8,9	7,1	7,7	
SS	N	31	27	13	13	29	12	23	10	9	4,2
	%	18,5	16,1	7,7	7,7	17,3	7,1	13,7	5,9	5,3	
CV	N	6	11	11	27	17	20	21	32	22	5,8
	%	3,5	6,5	6,5	16,1	10,1	11,9	12,5	19,1	13,1	
CP	N	9	7	28	17	39	18	22	20	7	5,1
	%	5,3	4,1	16,7	10,1	23,3	10,7	13,1	11,9	4,1	

En el año 2000 los problemas ordenados de más importante a menos fueron :

- 1 - Retribuciones salariales inadecuadas.
- 2 - Reconocimiento social.
- 3 - Situaciones socialmente poco aceptables.
- 4 - Aparición de otros profesionales.
- 5 - Incremento de responsabilidades legales.
- 6 - Carrera profesional y posibilidades de promoción.
- 7 - Deshumanización por exceso de tecnificación.
- 8 - Cambios en los valores éticos y morales.
- 9 - Modificación de metodologías de atención al paciente.

Pregunta nº 48

Esta pregunta era la misma que la cuarenta y cuatro, pero solicitaba que se ordenaran de uno a diez, siendo el uno el más importante, los diez parámetros, pero de la Supervisión en el año 2000. También contestaron los ciento sesenta y siete encuestados proporcionándonos la tabla siguiente :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 PR.

26 15,5	44 26,3	25 14,9	21 12,5	20 11,9	11 6,5	7 4,1	1 0,5	8 4,7	4 2,3	3,6
49 29,3	21 12,5	37 22,1	25 14,9	14 8,3	9 5,3	5 2,9	0 0	6 3,5	1 0,5	3,1
11 6,5	6 3,5	20 11,9	27 16,1	29 17,3	19 11,3	24 14,3	18 10,7	12 7,8	1 0,5	5,2
0 0	0 0	6 3,5	6 3,5	4 2,3	28 16,7	23 13,7	31 18,5	51 30,5	18 10,7	7,6
0 0	3 1,7	2 1,1	6 3,5	9 5,3	9 5,3	38 22,7	43 25,7	41 24,5	16 9,5	7,6
6 3,5	7 4,1	14 8,3	20 11,9	25 14,9	25 14,9	23 13,7	17 10,1	17 10,1	13 7,7	5,9
31 18,5	37 22,1	16 9,5	19 11,3	22 13,1	25 14,9	14 8,3	0 0	1 0,5	2 1,1	3,6
33 19,7	39 23,3	28 16,7	20 11,9	17 10,1	12 7,1	9 5,3	5 2,9	4 2,3	0 0	3,4
7 4,1	9 5,3	18 10,7	18 10,7	29 17,3	21 12,5	19 11,3	31 18,5	15 8,9	0 0	5,6
7 4,1	0 0	0 0	0 0	0 0	9 5,3	5 2,9	18 10,7	14 8,3	114 68,2	9,0

Al ordenar de más importante a menos importante resultó la siguiente lista :

1 - CREAR EQUIPO	3,1
2 - ORGANIZAR / COORDINAR	3,4
3 - PLANIFICAR	3,6
3b - ESTIMULAR / INCENTIVAR	3,6
5 - DAR RESPONSABILIDAD	5,2
6 - TOMAR DECISIONES	5,6
7 - DAR FORMACION	5,9
8 - CONTROLAR	7,6
8b - EVALUAR	7,6
10 - EJERCER LA AUTORIDAD	9,0

Pregunta nº 49

Esta pregunta iba encaminada a conocer cuales eran, a juicio de los Supervisores encuestados, los problemas más acuciantes para el futuro de Enfermería.

Era una pregunta abierta, en la cual podían anotarse de uno a cinco problemas, sin orden de prelación.

Respondieron ciento sesenta y tres de los compañeros, y los resultados más repetidos fueron :

1 - Falta de reconocimiento profesional y social	160
2 - Nuevas profesiones que invaden nuestro campo	125
3 - Sueldos inadecuados	110
4 - Carrera profesional inadecuada	110
5 - Trabajar festivos y horarios insatisfactorios socialmente	80

En menor medida fueron citados la deshumanización de la profesión, las promociones injustas, la falta de recursos humanos y materiales, los problemas de formación, el incremento de las responsabilidades legales y la falta de incentivos entre otros.

Pregunta nº 50

Al igual que la pregunta anterior, en esta se pretendía conocer cuales eran, a juicio de los Supervisores/as encuestados, los problemas más acuciantes para el futuro de la Supervisión de Enfermería.

Es igualmente una pregunta abierta, en la cual podían aportarse de uno a cinco problemas sin influir el orden en su valoración.

Respondieron ciento quince compañeros, obteniéndose los resultados siguientes como más repetidos :

1 - Falta de reconocimiento social y profesional	96
2 - Sueldos inadecuados	92
3 - Trabajar en horarios y festivos insatisfactorios socialmente	75
4 - Falta de recursos humanos y materiales.	75
5 - Excesivo trabajo burocrático	69

Asimismo, pero en menor medida, fueron citados la falta de apoyo de las Direcciones, la falta de incentivos, la falta de líneas bien definidas, la falta de funciones claras y delimitadas, la gran responsabilidad legal, el cambio de valores, y el amiguismo y lucha de poder entre otras.

Pregunta nº 51

En esta pregunta solicitábamos que se definiera en cinco líneas que es un Supervisor para el encuestado.

La mayoría de las respuestas giraban en torno a conceptos tales como planificar, organizar, administrar, coordinar, gestionar ...

Un concepto bastante repetido era el de la calidad asistencial, la garantía de calidad, etc...

También se planteaba el concepto de atención al paciente.

Y, como detalle, dos compañeros decían "tapar agujeros".

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Supervisor/a tipo :

38,74 años de promedio; 76,64 % mujeres; casados o con pareja 70,37 %; con uno o dos hijos el 53,88 %; nacidos en Barcelona el 43,11 %; convalidados a D.E. el 64,40 %; con alguna Especialidad de Enfermería el 43,63 %, sin otra titulación el 94,57 %; sin ninguna escuela determinada; titulados del 1.974 al 1.980 preferentemente (el 62,57 %); con alguna formación de postgrado en Administración y Gestión de Enfermería (63,19 %).

Han asistido a menos de cinco congresos y han presentado menos de cinco comunicaciones. No publican trabajos en Gestión de Enfermería, están colegiados y solo el 34,96 % pertenecen a alguna sociedad científica; sólo un 20,24 % hace docencia y un 66,87 % están suscritos a publicaciones científicas.

En promedio han trabajado 14,63 años, con un promedio de 12,70 en el mismo centro actual. Hace 5,39 años que son supervisores.

La mayoría (54,60 %) trabajan en hospitales de más de doscientas camas, y un 63,79 % trabajan en hospitales en los que hay de seis a veinte supervisores, si bien el promedio de supervisores por hospital es de 23,69.

Un 38,65 % tiene entre 41 y 80 enfermeras en el hospital, un 40,33 % tiene entre 41 y 80 auxiliares en el hospital y un 41,86 % tienen menos de 20 técnicos.

En su hospital hay Supervisión las 24 horas del día y en un 96,34 % la Dirección de Enfermería no depende de la Dirección Médica.

Un 60,84 % tienen plaza en propiedad y un 36,14 % tienen contrato laboral o fijo.

Casi un 90 % cobran entre 2 y 3,5 millones al año y un 50,29 % dedican entre treinta y seis y cuarenta horas semanales.

Su superior inmediato es un Adjunto o Jefe de Area en un 66,05 %.

Cada Supervisor tiene a su cargo entre 5 y 20 enfermeras (65,15 %), entre 5 y 20 auxiliares (73,48 %) y menos de 5 técnicos (83,32 %).

Suelen tener jornada continua (68,90 %), turno fijo (82,31 %) y en un 84,14 % están en turnos de día exclusivamente.

Entran a su puesto bien por convocatoria (50,89 %) bien por designación (46,70 %) y en un 93,41 % no trabajan en otro lugar.

Se quejan de la política de incentivación y de que les falta información acerca de los planes de la empresa; consideran incorrecta la política de promoción y creen que los recursos para desarrollar sus tareas son justos. Se sienten mal retribuidos.

Por contra consideran muy correcta la relación con los superiores con los que comunican bien y de los que reciben información, y se sienten capacitados para desempeñar las funciones propias de Supervisión más que para tareas de mayor

responsabilidad.

Opinan que el problema más acuciante es su trabajo burocrático, seguido de retribuciones insuficientes y falta de incentivos.

Se sienten integrados con subordinados (94,01 %) Dirección (77,84 %) y con el Hospital (95,80 %).

Se consideran bien preparados un 85,62 % y creen que realizan funciones propias de su cargo un 60,47 %.

Creen que pueden hacer más de lo que les piden un 61,67 %, y solo creen que les piden más de lo que pueden hacer un 22,75 %.

Se sienten considerados en su trabajo un 76,04 % y el problema de los recursos humanos afecta a un 42,77 %, en tanto que el de los recursos materiales afecta a un 49,10 %

La mayoría creen que lo más importante es conducir al equipo, seguido de organizar los recursos y controlar la calidad asistencial, en tanto que transmitir la política de la Dirección es lo menos importante.

Como parámetros más importantes de la supervisión actual indicaban, por este orden :

- Organizar / Coordinar
- Planificar
- Crear equipo
- Estimular / incentivar

Para la Supervisión del 2000, se consideraban casi los mismos, pasando el crear equipo al primer lugar tan solo.

Se seleccionó como perfil idóneo el tener alta responsabilidad, mucha iniciativa, ser objetivo, tener espíritu de equipo y gran capacidad de adaptación. Fueron poco valoradas la dominancia, la extroversión y la hiperactividad.

En cuanto a perspectiva de futuro del año 2000 una mayoría creen que la Enfermería estará igual considerada (57,48 %), que se pedirán estudios de Gestión y Administración de Enfermería (88,68 %), y que la calidad de los cuidados mejorará (86,82 %).

Piensen que las funciones de Supervisión variarán de aquí al año 2000, sustancialmente (47,30 %) y de modo no esencial (35,32 %).

Se opina que la Enfermería futura será más beligerante (65,86 %), y que habrá más reclamaciones legales (88,62 %) y en un 93,40 % no temen a la libre circulación de profesionales en la CEE.

Los problemas más importantes de la profesión de Enfermería no difieren de hoy al año 2000. Serán las retribuciones salariales, el reconocimiento social de Enfermería y la persistencia de situaciones socialmente poco aceptables. Por contra, no preocupan los cambios en valores éticos y morales ni la modificación de metodologías de atención al paciente.

Fue mayoritariamente seleccionada como principal preocupación la falta de reconocimiento social y profesional,

tanto para Enfermería como para Supervisión.

Curiosamente para Enfermería se cree más preocupante que para Supervisión el hecho de que hayan nuevas profesiones que invaden nuestro campo, en tanto que para Supervisión es más preocupante el sueldo inadecuado.

SUPERVISOR / A TIPO

38,74	AÑOS
76,64 %	MUJERES
70,37 %	CASADOS/ CON PAREJA
43,11 %	NACIDOS EN BARCELONA
64,40 %	CONVALIDADOS A D.E.
43,63 %	CON ESPECIALIDAD
94,57 %	SIN OTRA TITULACION
62,57 %	TITULADOS ENTRE 1.974 - 1.980
63,19 %	CON FORMACION POST-GRADO EN GESTION
	HAN ASISTIDO A MENOS DE CINCO CONGRESOS
	HAN PRESENTADO MENOS DE CINCO COMUNICACIONES
	NO PUBLICAN TRABAJOS EN GESTION DE ENFERMERIA
	ESTAN COLEGIADOS
34,96 %	PERTENECE A ALGUNA SOCIEDAD CIENTIFICA
20,24 %	HACEN DOCENCIA
66,87 %	SUSCRITO A PUBLICACION CIENTIFICA



**EXPLOTACION
DE LOS
DATOS**

EXPLOTACION DE LOS DATOS

Como es fácil suponer, la explotación del enorme número de datos obtenidos a partir de los cuestionarios se convierte en un arduo trabajo, puesto que si se realizasen todos y cada uno de los cruces posibles entre las 51 preguntas, es decir, entre los mas de 900 items o respuestas, el volumen del presente trabajo alcanzaría dimensiones enciclopédicas; y, obviamente, no se trata de hacerlo así.

Por tanto, y para poder llevar a cabo adecuadamente la explotación de los resultados obtenidos en los 167 cuestionarios que fueron respondidos y tabulados, se procedió a crear una base de datos bajo la denominación

c : Miquel.dbf

Para formar esta base de datos se considero adecuado que constase de 24 campos, cuya descripción y características, al ser bastante prolijas, se encuentran recogidas ampliamente en el texto, donde pueden consultarse.

Seguidamente se procedió a realizar los cruces entre las variables que se consideraron más destacadas, y se acometió el estudio de los datos que con estas nuevas agrupaciones se iban obteniendo, identificándose de este modo ciertas relaciones entre variables.

Es preciso destacar que no se han llevado a cabo todos los cruces posibles, dado lo laborioso del tema y la ingente cantidad de información que el estudio ha generado, por lo que la

explotación de los datos no puede considerarse en modo alguno como ya agotada.

A continuación procederemos a exponer los resultados de algunos de los agrupamientos y cruces realizados, a título de ejemplo de los muchos otros que pueden realizarse.

LISTA DE CRUCES DE VARIABLES

1.- EDAD	RECONOSUBO	
2.- EDAD	RECONODE	
3.- EDAD	HDEDICACIO	
4.- SEXO	HDEDICACIO	
5.- SEXO	RETRIBUIDO	
6.- SEXO	RECONODE	
7.- SEXO	ANTISUPER	FUNCIONES
8.- SEXO	CAMBIARIA	
9.- SEXO	ESTUDIOSGE	
10.- SEXO	CONFOBELIG	ANTIENFER
11.- SEXO	RECURSOSH	
12.- SEXO	RECURSOSMA	
13.- SEXO	ANTISUPER	TURNO
14.- ECIVIL	HFGESTION	
15.- ANTICENTRO	CAMBIARIA	
16.- ANTISUPER	CAMBIARIA	
17.- ANTISUPER	RECONODE	
18.- ANTISUPER	RECURSOSMA	RECURSOSH
19.- ANTISUPER	RETRIBUIDO	
20.- ANTISUPER	RECONOSUBO	
21.- RECONODE	HDEDICACIO	
22.- RECONOSUBO	HDEDICACIO	

PARRILLA DE CRUCES

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1								8		10	11							
2				7		6	7		9								17	18
3				9		18	17	8	7	10		12	13	14	15	16	7	6
4				4														
5			3															
6													13					
7		2																18
8		18																2
9		9							9					14	15		17	
10		2y							2	10	11	12	13	15	14		2	
11		17																
12	1	2								10	11							
13		2					7											
14		7					2											
15	1	2						7	8									
16																		
17	1						7	8										
18		2																
19						5		7										
20								7										
21		2													15			
22															7			
23														14				
24		2												7				
25																		
26		2																
27		2						7										
28		7						2										
29		2				6												
30		6				2												

LISTA DE VARIABLES UTILIZADAS EN LOS CRUCES

- 1.- "EDAD".
Edad
- 2.- "SEXO".
Sexo
- 3.- "ECIVIL".
Estado civil
- 4.- "HFGESTION".
Horas de formación en gestión
- 5.- "ANTICENTRO".
Antigüedad en el Centro de trabajo
- 6.- "ANTIENFER".
Antigüedad en la profesión de Enfermería
- 7.- "ANTISUPER".
Antigüedad en el puesto de Supervisión
- 8.- "HDEDICACIO".
Horas semanales de dedicación
- 9.- "TURNO".
Turno
- 10.- "RECONODE".
Reconocimiento por parte de la Dirección de Enfermería

- 11.- "RECONOSUBO".
Reconocimiento por parte de los subordinados
- 12.- "RETRIBUIDO".
Retribución económica
- 13.- "CAMBIARIA".
Grado en que cambiaría algo dentro de su puesto
- 14.- "RECURSOSH".
Recursos humanos
- 15.- "RECURSOSMA".
Recursos materiales
- 16.- "ESTUDIOSGE".
Necesidad de estudios específicos de gestión para
desempeñar el cargo de Supervisor en el futuro
- 17.- "FUNCIONES".
Variación en un futuro de las funciones de Supervisión
- 18.- "CONFOBELIG".
Actitud del colectivo de Enfermería ante el año 2.000

RESULTADOS DE LAS VARIABLES UTILIZADAS

1.- EDAD.

< 40 AÑOS	:	115
> 40 AÑOS	:	52

2.- SEXO.

HOMBRE	:	39
MUJER	:	128

3.- ESTADO CIVIL.

CON PAREJA	:	114
SIN PAREJA	:	48

4.- HORAS DE FORMACION EN GESTION.

TIENEN	:	108
NO TIENEN	:	54

5.- ANTIGÜEDAD EN EL CENTRO.

< 12 AÑOS	:	62
> 12 AÑOS	:	105

6.- ANTIGÜEDAD EN LA ENFERMERIA.

< 15 AÑOS	:	91
> 15 AÑOS	:	76

7.- ANTIGÜEDAD EN LA SUPERVISION.

< 5 AÑOS	:	101
> 5 AÑOS	:	66

8.- HORAS SEMANALES DE DEDICACION:

< 40 HORAS	:	48
40 HORAS	:	52
> 40 HORAS	:	67

9.- TURNO.

MAÑANA	:	82
TARDE	:	33
NOCHE	:	17
MAÑANA/TARDE	:	23

10.- RECONOCIMIENTO POR DIRECCION DE ENFERMERIA.

NADA RECONOCIDOS	:	4
POCO RECONOCIDOS	:	10
ALGO RECONOCIDOS	:	26
ALGUNAS VECES MUY RECONOCIDOS	:	47
HABITUALMENTE MUY RECONOCIDOS	:	80

11.- RECONOCIMIENTO POR PARTE DE LOS SUBORDINADOS.

NADA RECONOCIDOS	:	7
POCO RECONOCIDOS	:	18
ALGO RECONOCIDOS	:	41
ALGUNAS VECES MUY RECONOCIDOS	:	70
HABITUALMENTE MUY RECONOCIDOS	:	31

12.- RETRIBUCION ECONOMICA.

POCO	:	117
SUFICIENTE	:	47
MUCHO	:	3

13.- CAMBIARIA ALGO DEL PUESTO DE TRABAJO.

POCO	:	59
SUFICIENTE	:	62
MUCHO	:	46

14.- RECURSOS HUMANOS.

SUFICIENTES	:	95
INSUFICIENTES	:	71

15.- RECURSOS MATERIALES.

SUFICIENTES	:	85
INSUFICIENTES	:	82

16.- NECESIDAD DE ESTUDIOS ESPECIFICOS DE GESTION PARA
DESEMPEÑAR EL PUESTO DE SUPERVISOR EN EL FUTURO.

SI : 148

NO : 19

17.- VARIACION EN UN FUTURO DE LAS FUNCIONES DE SUPERVISION.

NO VARIARAN : 29

CAMBIOS NO ESENCIALES : 59

CAMBIOS ESENCIALES : 79

18.- ACTITUD DEL COLECTIVO DE ENFERMERIA ANTE EL AÑO 2.000.

CONFORMISTA : 57

BELIGERANTE : 110

EDAD (EDAD)

RECONOCIMIENTO POR LOS SUBORDINADOS (RECONOSUBO)

(Preguntas 1 y 37).

El cruce entre estos dos campos pretende ver si la percepción que se tiene por la Supervisión del reconocimiento por parte de sus subordinados varía según la edad que esta tiene.

Partiendo del análisis descriptivo, siete de los supervisores se sienten nada reconocidos por sus subordinados, correspondiendo al 4,19% de la población a estudio. De estos, tres son menores o igual a 40 años, tienen 37,1 años de media, y representan el 42,85%. Los otros cuatro tienen una edad superior a los 40 años y son el 57,14%, con una media de 45 años. La media de edad del grupo corresponde a 41,6 años.

Dieciocho de los encuestados (10,77%) se sienten poco reconocido incluso en actividades significativas, de los cuales doce (66,66%) tienen una edad menor o igual a 40 años y una media de edad de 33,8 años. Los seis restantes (33,33%) tienen una edad superior a 40 años, siendo su media de 47,9 años. La media de edad total del grupo es de 38,5 años.

Cuarenta y un supervisores (24,55%) se sienten algo reconocidos en las actividades significativas. Veintiocho (68,29%) con una edad menor o igual a 40 años y una media de edad de 34,7 años. Los trece restantes (31,70%) tienen una edad superior a los 40 años y su media es de 50,9 años. La media total es de 39,8 años.

Setenta supervisores (41,91%) se sienten algunas veces

muy reconocidos en todas las actividades, 53 de ellos (75,71%) tienen una edad menor o igual a 40 años con un promedio de edad de 34,4 años. Los diecisiete restantes (24,28%) son mayores de 40 años con una media de 47,1 años. La media total del grupo es de 37,5 años.

Treinta y uno de los encuestados (18,56%) se sienten habitualmente muy reconocidos en todas las actividades. Diecinueve de ellos (61,29%) con una edad menor o igual a 40 años y una media de 36,2 años. Los doce restantes (38,70%) son mayores de 40 años y tienen una media de edad de 47,6 años. La media total del grupo es de 40,6 años.

Conclusión - Como puede verse, los supervisores mayores de 40 años polarizan mas sus percepciones, tanto en nada reconocidos como en habitualmente muy reconocidos. Destaca el hecho de que entre los menores de 40 años solo un porcentaje muy reducido - 2,60% - se sienten nada reconocidos, frente al 7,69 de los mayores de 40 años.

RECONOCIMIENTO POR LOS SUBORDINADOS

	NR	PR	AR	AVMR	HMR		
EDAD	≤ 40	3	12	28	53	19	115
	> 40	4	6	13	17	12	52
		7	18	41	70	31	167

	≤ 40 AÑOS	> 40 AÑOS
NADA RECONOCIDOS	2,60%	7,69%
POCO RECONOCIDOS INCLUSO EN ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS	10,43%	11,53%
ALGO RECONOCIDOS EN LAS ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS	24,34%	25,00%
ALGUNAS VECES MUY RECONOCIDOS EN TODAS LAS ACTIVIDADES	46,08%	32,69%
HABITUALMENTE MUY RECONOCIDOS EN TODAS LAS ACTIVIDADES	16,52%	23,07%

EDAD (EDAD)

RECONOCIMIENTO POR LAS DIRECCIONES DE ENFERMERIA
(RECONODE)

(Preguntas 1 y 37),

Nos ha parecido oportuno comprobar si existe relación entre la percepción que del grado de reconocimiento por parte de las Direcciones de Enfermería respecto a los supervisores tienen estos, con respecto a la edad de los encuestados, por lo que hemos cruzado las edades y los grados de reconocimiento que se atribuyen a la Dirección de Enfermería.

Para ello hemos dividido a los supervisores en dos grupos, según su edad. Un primer grupo que corresponde a aquellos que tienen una edad menor o igual a 40 años y el otro grupo que corresponde a los mayores de 40 años.

Del total de 80 (47,9%) supervisores que se sienten habitualmente muy reconocidos en todas las actividades, 52 (65%) de ellos tienen una edad menor o igual a 40 años, con una media de 34,8 años. Los restantes 28 (35%) son mayores de 40 años, con una media de 49,7 años. La edad media de este grupo de 80 supervisores es de 40,0 años.

Cuarenta y siete (28,1%) se sienten algunas veces muy reconocidos en todas las actividades. De ellos 33 (70,21%) tienen una edad menor o igual a 40 años, siendo su media de edad de 36,3 años y los 14 restantes (29,78%) son mayores de 40 años, con 45 años de media. La media total de los 47 es de 38,8 años.

Veintiséis (15,5%) se sienten algo reconocidos en las

actividades significativas. 23 (88,46%) tienen una edad menor o igual a 40 años con una media de 34,9. Los tres restantes (11,53%) son mayores de 40 años, siendo la media de 50 años. La media total de los 26 es de 36,6 años.

Del total de 10 supervisores (5,9%) que se sienten poco reconocidos incluso en actividades significativas, cinco (50%) son menores o igual a 40 años, con una media de edad de 38 años. Los otros 5 (50%) son mayores de 40 años, siendo la media de 48,8 años. La media total del grupo es de 43,4 años.

Cuatro (2,3%) de los supervisores dicen no estar nada reconocidos. De ellos 2 (50%) son menores de 40 años, con una media de edad de 38 años y los dos restantes (50%) son mayores de 40 años con una media de 43,5 años. la media total de los 4 es de 40,7 años.

Conclusión - Destaca que en los menores de 40 años solo un porcentaje infimo (1,7%) se sienten nada reconocidos por la Dirección de Enfermería, mientras que en los mayores de 40 años se dobla ese porcentaje (3,8%). Igual relación se da en el caso de sentirse poco reconocidos (4,3% frente a 9,6%), y en ambos casos con medias de edad de 38 y 43,5 años.

RECONOCIMIENTO DIRECCION DE ENFERMERIA

	NR	PR	AR	AVMR	HMR		
EDAD	≤ 40	2	5	23	33	52	115
	> 40	2	5	3	14	28	52
		4	10	26	47	80	167

	≤ 40 AÑOS	> 40 AÑOS
NADA RECONOCIDOS	1,7%	3,8%
POCO RECONOCIDOS INCLUSO EN ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS	4,3%	9,6%
ALGO RECONOCIDOS EN LAS ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS	20,0%	5,7%
ALGUNAS VECES MUY RECONOCIDOS EN TODAS LAS ACTIVIDADES	28,6%	26,9%
HABITUALMENTE MUY RECONOCIDOS EN TODAS LAS ACTIVIDADES	45,2%	53,8%

EDAD DE LOS SUPERVISORES (EDAD)

HORAS DE DEDICACION (HDEDICACION)

(Preguntas 1 y 30)

El cruce de estos dos datos tiene como objetivo poder ver si la edad de los supervisores tiene alguna influencia en el número de horas de dedicación semanal a su trabajo.

Tenemos un total de 115 supervisores con una edad menor o igual a 40 años (68,86%), los cuales trabajan un promedio de 41,53 horas semanales.

Un total de 52 (31,13%) tienen una edad superior a 40 años, siendo su media de 47,05 años y trabajando una media de 39,88 horas semanales.

Estos resultados se pueden desglosar en seis grupos según la edad y las horas de dedicación semanal:

- 28 (16,76%) tienen una edad menor o igual a 40 años, con una media de 34,39, y trabajan menos de 40 horas semanales (promedio de 25,28 h/sem)
- 48 (28,74%) tienen una edad menor o igual a 40 años. Con una media de 34,45 años dedican más de 40 horas semanales a su trabajo (promedio de 46,93 h/sem)
- 39 (23,35%) tienen una edad menor o igual a 40 años, con una media de 37,17 años y trabajan 40 horas semanales.
- 20 (11,97%) con más de 40 años (media de edad 47,6 años) trabajan menos de 40 horas semanales (promedio 34,45 h/sem).

- 19 (11,37%) con edad superior a 40 años (media de edad 47,10 años) trabajan más de 40 horas semanales (promedio de 45,52 h/sem).
- 13 (7,78%) con edad superior a los 40 años (media 46,15 años, dedican a su trabajo 40 h/sem).

Conclusión - Según los resultados obtenidos los supervisores con edades superiores a los 40 años trabajan un promedio de 35 minutos menos que los supervisores con edades menores o igual a 40 años. Y sin embargo, solo un 36,5% de ellos trabaja mas de 40 h/sem., frente al 41,73% de los menores de 40 años, porcentaje que se invierte para menos de 40 horas (el 24,3% de los de menos de 40 años, frente al 38,4% de los de mas de 40 años).

	HORAS DE DEDICACION				
	< 40 H.	40 H.	> 40 H.		
EDAD	≤ 40 AÑOS	28	39	48	115
	> 40 AÑOS	20	13	19	52
		48	52	67	167

EDAD

		≤ 40 AÑOS	> 40 AÑOS
HORAS DE DEDICACION	< 40 HORAS	24,3 %	38,4 %
	40 HORAS	33,9 %	25,0 %
	> 40 HORAS	41,7 %	36,5 %

SEXO (SEXO)

HORAS DE DEDICACION (HDEDICACION)

(Pregunta 2 y 30)

Del total de 167 supervisores que han contestado ambas cuestiones, 128 (76,64%) son mujeres y 39 (23,35%) son hombres.

De las 128 mujeres, 31 (24,21%) trabajan menos de 40 horas semanales, siendo la media de horas trabajadas de 35,70 h/sem.

Otras 51 (39,84%) trabajan más de 40 horas semanales, con un promedio de 46,05 h/sem.

Y las 46 (35,93%) restantes dedican a su trabajo 40 horas semanales.

De los 39 hombres, 17 (43,58%) trabajan menos de 40 horas semanales con un promedio de 35,11 h/sem.

Otros 16 (41,02%) del total de los hombres trabajan más de 40 horas semanales, con un promedio de 47,18 h/sem.

Y los otros 6 (15,38%) restantes trabajan 40 h/sem.

La media total de horas de dedicación de las supervisoras es de 41,36 h/sem.

La media total de los supervisores es de 40,81 h/sem.

Un total de 48 (28,91%) de los supervisores tanto masculinos como femeninos, dedican menos de 40 h/sem a su trabajo siendo el promedio de 35,5 h/sem.

Un total de 67 (40,36%) incluidos ambos sexos trabajan más de 40 h/sem (promedio de 46,32 h/sem).

Y un total de 52 supervisores/as dedican 40 h/sem a su

trabajo.

Conclusión - El colectivo femenino de la supervisión realiza una dedicación horaria mayor a su trabajo, concretamente un promedio de 33 minutos mas a la semana. Llama la atención el hecho de que hay una gran diferencia en cuanto a hombre y mujer en lo referente a trabajar menos de 40 horas por semana (24,41% de las mujeres y 43,58% de los hombres), pero si acumulamos a los grupos de menos de 40 h/sem los de 40 h/sem, resultan el 60,15% de las mujeres y el 58,97% de los hombres.

		HORAS DE DEDICACION			
		< 40 H.	40 H.	> 40 H.	
SEXO	MUJER	31	46	51	128
	HOMBRE	17	6	16	39
		48	52	67	167

SEXO

MUJER

HOMBRE

HORAS	< 40 HORAS	24,21%	43,58%
DE	40 HORAS	35,93%	15,38%
DEDICACION	> 40 HORAS	39,84%	41,02%

SEXO (SEXO)

RETRIBUCION ECONOMICA (RETRIBUIDO)

(Pregunta 2 y 39.6)

Del total de los 167 supervisores, 117 (70,05%) se consideran poco retribuidos, de ellos:

- 25 (21,36%) son hombres, y equivalen al 64,10% de los hombres.
- 92 (78,63%) son mujeres y representan el 71,87% de las mujeres.

Cuarenta y siete (28,14%) de los supervisores se consideran suficientemente retribuidos:

- 13 (27,65%) son hombres, correspondiendo al 33,33% de los supervisores de sexo masculino.
- 34 (72,34%) son mujeres y equivalen al 26,56% de las supervisoras de sexo femenino.

De los tres restantes (1,79%) que se consideran bien retribuidos:

- 1 (33,33%) es hombre y equivale al 2,56% de los hombres.
- 2 (66,66%) son mujeres y representan el 1,56% de las mujeres.

Conclusión - Nuestra población se siente en general y de un modo mayoritario mal retribuida acentuándose esta situación en el sexo femenino. (Un 71,87% de las mujeres frente a un 64,10% de los hombres).

RETRIBUCION

	POCO RETRIBUIDO	SUFICIENTEMENTE RETRIBUIDO	BIEN RETRIBUIDO	
MUJER	92	34	2	128
SEXO				
HOMBRE	25	13	1	39
	117	47	3	167

SEXO

	MUJER	HOMBRE
POCO RETRIBUIDOS	71,87%	64,10%
RETRIBUCION ECONOMICA		
SUFICIENTEMENTE RETRIBUIDOS	26,56%	33,33%
BIEN RETRIBUIDOS	1,56%	2,56%

RECONOCIMIENTO POR DIRECCION DE ENFERMERIA (RECONODE)

SEXO (SEXO)

(Pregunta 2 y 37.5)

Un total de 80 (47,9%) de los supervisores se sienten habitualmente muy reconocidos en todas las actividades. De ellos 59 (73,75%) son mujeres, lo que representa el 46,09% de las supervisoras. Los restantes 21 (26,25%) son hombres, lo que representa un 53,84% de los supervisores hombres.

Un total de 47 (28,1%) de los supervisores en algunas ocasiones se sienten muy reconocidos en todas las actividades. De ellos 34 (72,34%) son mujeres y suponen un 25,56% de ellas. Los 13 restantes (27,65%) son hombres y equivalen al 33,33% de los hombres.

Veintiséis (15,5%) manifiestan sentirse algo reconocidos en las actividades significativas. 23 (88,46%) son mujeres y representan un 17,96% del colectivo femenino. Tres (11,53%) son hombres y equivalen a un 7,69% de los hombres.

Diez (5,9%) se consideran poco reconocidos incluso en actividades significativas. 8 (80%) son mujeres representando el 6,25% del total de ellas y 2 (20%) son hombres, lo que supone un 5,12% del total de los hombres.

Cuatro (2,3%) se sienten nada reconocidos por Dirección de Enfermería, y da la coincidencia de que todas ellas son mujeres, lo que representa un 3,14% de las supervisoras.

Conclusión - Llama la atención el hecho de que ningún

supervisor masculino se sienta nada reconocido por la Dirección de enfermería, en tanto que un 3,12% de las supervisoras si estan en esta circunstancia.

Hay una diferencia de un 7,75% mas (53,84% frente a 46,09%) de supervisores hombres que se sienten habitualmente muy reconocidos por las Direcciones de Enfermería.

Si acumulamos los grupos "Habitualmente muy reconocidos en todas las actividades" y "Algunas veces muy reconocidos en todas las actividades", la diferencia aumenta mas aun: 72,65% de mujeres supervisoras frente a 87,17% de hombres supervisores, lo que nos lleva a decir que los supervisores masculinos se sienten mejor reconocidos por la Dirección de Enfermería que las supervisoras.

RECONOCIMIENTO POR DIRECCION DE ENFERMERIA

	NR	PR	AR	AVMR	HMR	
MUJER	4	8	23	34	59	128
SEXO						
HOMBRE	0	2	3	13	21	39
	4	10	26	47	80	167

		SEXO			
		MUJER		HOMBRE	
		%	%ACUM	%	%ACUM
RECONOCIMIENTO	HMR	46,09%	46,09%	53,84%	53,84%
POR	AVMR	26,56%	72,65%	33,33%	87,17%
DIRECCION	AR	17,96%	90,61%	7,69%	94,86%
DE	PR	6,25%	96,86%	5,12%	99,98%
ENFERMERIA	NR	3,12%	99,98%	0,00%	99,98%

SEXO (SEXO)

ANTIGÜEDAD EN LA SUPERVISION (ANTISUPER)

VARIACION DE LAS FUNCIONES EN LA SUPERVISION
(FUNCIONES)

(Preguntas 2, 19.3 y 46.6)

A las tres cuestiones planteadas respondieron 167 supervisores.

Respondieron que NO se modificaran las funciones actuales con respecto al año 2.000 un total de 29 supervisores lo que representa un 17,36%.

Por sexos obtenemos que dieron esta respuesta un total de 22 mujeres lo que representa un 13,17%. de las cuales 18 (10,77%) llevan cinco o menos de cinco años como supervisoras y 4 (2,39%) más de cinco años.

Así mismo, las 18 que llevan menos de cinco años en el puesto representan un 14,06% del total de las 128 mujeres. Y un 81,81% de las 22 mujeres que dieron esta respuesta. Así, las cuatro restantes significan el 3,12% de las 128 supervisoras y un 18,18% de las 22 mujeres que contestaron que no se modificarían las funciones.

En cuanto a los hombres, 7 respondieron que no se modificarían las funciones de su puesto en el año 2.000 con respecto a las actuales, lo que supone un 4,19% del total de supervisores, de los cuales 4 (2,39%) llevan un tiempo igual o inferior a 5 años en su puesto y 3 (1,79%) más de cinco años. Asimismo, los 4 supervisores significan un 10,25% de los 39

supervisores y un 57,14% de los hombres que dieron esta respuesta. Por tanto, los tres restantes significarían el 7,69% de los supervisores masculinos y un 42,85% de los supervisores que dieron esta respuesta.

Respondieron que habría un cambio no esencial 59 de los encuestados, lo que supone un 35,32%.

Por sexos obtenemos que dieron esta respuesta 51 mujeres (30,53%); de las cuales 29 (17,36%) tienen una antigüedad como supervisoras de cinco o menos años y 22 (13,17%) más de cinco años. Las 29 respuestas corresponden a un 22,65% del total de las 128 mujeres y un 56,86% de las mujeres que dieron esta respuesta. Asimismo las 22 corresponden al 17,18% del total de las mujeres y a un 43,13% de las que dieron esta contestación.

En cuanto a los hombres, 8 dieron esta respuesta, lo que equivale a un 4,79% del total de los supervisores. De los cuales 6 (3,59%) tienen una antigüedad en el puesto no superior a los cinco años y 2 (1,19%) figuran con más de cinco años.

Obtenemos que los seis representan un 15,38% del total de los hombres y un 75,0% de los hombres que dieron esta respuesta. Y los otros dos restantes suponen un 5,12% del total de los hombres y un 25,0% de los que dieron esta contestación.

Un total de 79 supervisores opinan que habrá un cambio sustancial en las funciones, lo que equivale al 47,30% de la población. De ellos 55 son mujeres, lo que supone un 32,93%, y de ellas 29 (17,36%) del total de supervisoras llevan cinco o menos años en el puesto. Hay 26 que llevan más de cinco años (15,56%).

Las 29 suponen un 22,65% del total de mujeres y un 52,72% de las que opinan así. Las 26 corresponden a un 20,31% de las mujeres y un 47,27% de las que opinan de esta forma.

Veinticuatro hombres también manifiestan esta opinión (14,37%). Quince de los cuales, un 8,98% del total de los encuestados, tienen una antigüedad como supervisores de cinco o menos años y 9 (5,38%) con una antigüedad superior a cinco años.

Los 15 suponen un 38,46% del total de los hombres y un 62,5% de los que dieron esta respuesta, mientras que los 9 son un 23,07% del total y un 37,5% de los que manifestaron esta opinión.

Conclusión - Un 61,53% de los hombres creen que habrán cambios esenciales, en especial los de menos de 5 años como supervisor, frente a un 42,96% de las mujeres, siendo en este sexo casi indiferente la antigüedad como supervisora.

Es curioso ver como un 17,18% de las mujeres opina que no variarían las funciones, en especial las de más de cinco años de antigüedad como supervisora. Del total de ese grupo de supervisoras, tan solo un 7,69% creen que no variarían las funciones, frente a un 21,42% de los hombres con más de 5 años de antigüedad como supervisor.

CAMBIOS EN LAS FUNCIONES

NO VARIARAN LAS FUNCIONES CAMBIOS NO ESENCIALES CAMBIO ESENCIAL DE LAS FUNCIONES

≤5A.S. >5A.S. ≤5A.S. >5A.S. ≤5A.S. >5A.S.

	MUJER	18	4	29	22	29	26	128
SEXO	HOMBRE	4	3	6	2	15	9	39
		22	7	35	24	44	35	167
		29		59		79		

		SEXO			
		MUJER		HOMBRE	
		%	%ACUM	%	%ACUM
NO	◀ 5 AÑOS SUP	14,06%	14,06%	10,25%	10,25%
VARIARAN					
FUNCIONES	> 5 AÑOS SUP	3,12%	17,18%	7,69%	17,94%
CAMBIO NO	◀ 5 AÑOS SUP	22,65%	39,83%	15,38%	33,34%
ESENCIAL					
FUNCIONES	> 5 AÑOS SUP	17,18%	57,01%	5,12%	38,46%
CAMBIO	◀ 5 AÑOS SUP	22,65%	79,66%	38,46%	76,92%
ESENCIAL					
FUNCIONES	> 5 AÑOS SUP	20,31%	99,97%	23,07%	99,97%

SEXO (SEXO)

CAMBIARIA ALGO DENTRO DE SU TRABAJO (CAMBIARIA)

(Preguntas 2 y 39.21)

Partiendo de los datos obtenidos anteriormente en el análisis descriptivo de la encuesta, pasaremos a la explotación de los datos referentes a si cambiarían algo en su puesto de trabajo y en cuanto al sexo.

Tenemos que un total de 59 individuos (35,32%) cambiarían poco de su puesto de trabajo, de las cuales un total de 46 (77,96%) que dieron esta respuesta son mujeres, lo que representa un 35,93% del total de las mujeres y un 27,54% del total de los encuestados. Trece son hombres (22,03%), lo que representa un 33,33% de la población masculina y un 7,78% del total de los encuestados.

Sesenta y dos supervisores/as (37,12%) cambiarían lo suficiente. 47 son mujeres (75,80%), lo que equivale a un 36,71% del total de las mujeres y a un 28,14% del total de los supervisores. El resto son 15 hombres (24,19%) representando el 38,46% de la población masculina y el 8,98% del total de los 167 supervisores.

Cuarenta y seis supervisores (27,54%) respondieron que cambiarían mucho de su puesto de trabajo, de los cuales 35 (76,08%) son mujeres y representan el 27,34% del total de las mujeres y el 20,95% del total de los encuestados. Los 11 restantes son hombres (23,91%) y representan el 28,20% de los hombres y el 6,58% del total de los encuestados.

Conclusión - De la explotación de los datos obtenemos que el porcentaje de las mujeres que cambiarían poco es similar al porcentaje de hombres - 35,93% frente a un 33,33%. El porcentaje de hombres que cambiarían lo suficiente es similar al de las mujeres - 36,71% frente a 38,46%. Y, así mismo, hay un porcentaje similar en cuanto a los que cambiarían mucho de su puesto de trabajo - 28,20% frente a un 27,34%. Ello indica que en cuanto a cambios no hay diferencia entre las opiniones del hombre y la mujer.

CAMBIARIA ALGO DENTRO
DE SU TRABAJO

	POCO	SUFICIENTE	MUCHO	
MUJER	46	47	35	128
SEXO				
HOMBRE	13	15	11	39
	59	62	46	167

SEXO

		MUJER		HOMBRE	
		%	%ACUM	%	%ACUM
	POCO	35,93%	35,93%	33,33%	33,33%
CAMBIARIA	SUFICIENTE	36,71%	72,64%	38,46%	71,79%
	MUCHO	27,34%	99,98%	28,20%	99,99%

SEXO (SEXO)

SERAN NECESARIOS ESTUDIOS ESPECIFICOS EN GESTION PARA DESEMPEÑAR EL CARGO DE SUPERVISOR (ESTUDIOSGE)

(Preguntas 2 y 46.2)

De los 167 supervisores, un total de 148 (88,62%) contestaron que para la supervisión en el año 2.000 se pedirían estudios específicos en Gestión y Administración de Enfermería. De ellos 113 (76,35%) son mujeres, y representan un 88,28% de todas las mujeres, los restantes 35 (23,64%) son hombres y equivalen al 89,74% de los hombres.

19 (11,37%) de los encuestados consideran que NO son precisos estudios específicos en Gestión y Administración de Enfermería para desarrollar las funciones de supervisión en el año 2.000. De ellos, 15 (78,94%) son mujeres y equivalen al 11,71% del colectivo femenino y 4 (21,05%) son hombres y representan un 10,25% del colectivo masculino.

Conclusión - Mayoritariamente nuestra población, sin tener en cuenta el sexo, cree que se pedirán estudios específicos de Gestión y Administración de Enfermería para ejercer el puesto de supervisor/a en el año 2.000.

SERAN NECESARIOS ESTUDIOS ESPECIFICOS
 DE GESTION PARA DESEMPEÑAR EL CARGO DE
 SUPERVISOR EN EL AÑO 2.000

		SI	NO	
SEXO	MUJER	113	15	128
	HOMBRE	35	4	39
		148	19	167

SEXO (SEXO)

ACTITUD DEL COLECTIVO DE ENFERMERIA DE CARA AL AÑO
2.000 (CONFOBELIG)

ANTIGÜEDAD EN LA PROFESION (ANTIENFER)

(Preguntas 2, 46.7 y 19.1)

De los resultados obtenidos en la encuesta y expuestos anteriormente de forma descriptiva, tenemos que 57 (34,13%) de los supervisores manifiestan que la actitud del colectivo de Enfermería será una actitud conformista. Los restantes 110 (65,86%) consideran que será una actitud más beligerante.

A partir de aquí hemos agrupado los datos según el sexo y según los años que los encuestados llevan ejerciendo la profesión de A.T.S/D.E. con la finalidad de poder observar si los hombres son más conformistas que las mujeres y para ver si los más nuevos son más conformistas que las personas con más años de experiencia dentro la profesión o, evidentemente, si no hay ninguna relación.

Para ello hemos dividido a los encuestados en dos grupos, los que llevan 15 años o menos y los que llevan más de 15 años dentro de la profesión.

De los 57 supervisores que manifestaron que la actitud del colectivo seguirá siendo conformista, tenemos que 40 (70,17%) son mujeres, y representan el 31,25% de las mujeres. De ellas:

- 28 (70,00%) llevan 15 o menos años de profesión, con una media de 9,1 años.
- 12 (30,00%) tienen una antigüedad superior a los 15

años, con una media de 19,18 años.

La media total del grupo colectivo femenino que manifiesta que la actitud seguirá siendo conformista es de 12,12 años de profesión.

Los restantes 17 (29,82%) son hombres y representan al 43,58% del colectivo masculino, de ellos:

- 9 (52,94%) tienen una antigüedad igual o menor a 15 años, y una media de 11,1 años.
- 8 (47,05%) tienen una antigüedad superior a los 15 años con una media de 18,2 años.

La media total de años de antigüedad del colectivo masculino cuya actitud continuará siendo conformista es de 14,44 años. La media total del colectivo que considera la actitud del personal de enfermería seguirá siendo conformista es de 12,8 años.

De los 110 supervisores que consideran que la actitud del colectivo será más beligerante, 88 (80%) son mujeres, representando el 68,75% del colectivo femenino, de ellas:

- 44 (50%) tienen una antigüedad menor o igual a 15 años y una media de 11,6 años.
- 44 (50%) tienen una antigüedad superior a los 15 años, y poseen una media de 19,9 años de ejercicio de la profesión.

La media total de años de antigüedad del colectivo femenino que creen que la actitud será más beligerante es 15,75 años.

Los restantes 22 (20%) son hombres y representan al 56,41% del colectivo masculino. De ellos:

- 10 (45,45%) tienen una antigüedad igual o menor de 15 años, con una media de 12,5 años de profesión.
- 12 (54,54%) tienen más de 15 años de profesión, con una media de 17,9 años.

La media total de antigüedad en la profesión del colectivo masculino que ha dado esta respuesta es de 15,44 años.

La media total del colectivo que considera que la actitud del personal de Enfermería será más beligerante es de 15,6 años.

Conclusiones - De cada 10 mujeres supervisoras, 7 creen que la actitud será más beligerante, en tanto que solo 5,5 hombres piensan así.

Si bien entre los "beligerantes" no hay diferencias significativas entre más antiguos de 15 años o menos (50%-50% en mujeres y 45,5% - 54,5% en hombres), entre las mujeres que creen que la actitud será conformista si hay gran diferencia: con menos de 15 años de antigüedad un 70%, con más solo un 30%. Entre los hombres el porcentaje no varía: 52,9% - 47,1%.

ACTITUD

CONFORMISTA

BELIGERANTE

≤ 15 AÑOS > 15 AÑOS ≤ 15 AÑOS > 15 AÑOS

SEXO	CONFORMISTA		BELIGERANTE		
	≤ 15 AÑOS	> 15 AÑOS	≤ 15 AÑOS	> 15 AÑOS	
MUJER	28	12	44	44	128
HOMBRE	9	8	10	12	39
	37	20	54	56	167
		57		110	167

SEXO

		MUJER		HOMBRE	
		%	%ACUM	%	%ACUM
ACTITUD SERA	≤ 15 A.	21,87%	21,87%	23,07%	23,07%
CONFORMISTA	> 15 A.	9,37%	31,24%	20,51%	43,58%
ACTITUD SERA	≤ 15 A.	34,37%	65,61%	25,64%	69,22%
BELIGERANTE	> 15 A.	34,37%	99,98%	30,76%	99,98%

SEXO (SEXO)

RECURSOS HUMANOS (RECURSOSH)

(Preguntas 2 y 42.4)

Con el cruce de estos dos campos intentamos ver si había alguna relación, en cuanto a la consideración por parte de los supervisores de si tienen suficientes recursos humanos según el sexo de los mismos.

A la pregunta de si tienen suficientes recursos humanos respondieron un total de 166 supervisores. De ellos 95 (57,22%) respondieron que SI tenían suficientes recursos humanos para cubrir las necesidades actuales de la unidad o Servicio. 69 (72,63%) son mujeres, lo cual representa el 54,33% del colectivo femenino. Los otros 26 (27,36%) son hombres y representan el 66,66% de los hombres.

Un total de 71 (42,77%) consideran que NO tienen suficientes recursos humanos. De ellos 58 (81,69%) son mujeres, lo que equivale al 45,66% de las mujeres. Y los otros 13 (18,30%) son hombres y representan al 33,38% de los hombres.

Conclusión - Los supervisores masculinos consideran que disponen de suficientes recursos humanos en mayor número de casos que los femeninos. (66,66% de hombres frente a 54,33% de mujeres).

RECURSOS HUMANOS

		SUFICIENTES	INSUFICIENTES	
SEXO	MUJER	69	58	127
	HOMBRE	26	13	39
		95	71	166

		SEXO			
		MUJER		HOMBRE	
		%	%ACUM	%	%ACUM
RECURSOS	SUFICIENTES	54,33%	54,33%	66,66%	66,66%
HUMANOS	INSUFICIENTES	45,66%	99,99%	33,33%	99,99%

SEXO (SEXO)

RECURSOS MATERIALES (RECURSOSMA)

(Preguntas 2 y 42.5)

Al cruzar estos dos campos intentamos ver si hay diferencias entre los supervisores masculinos y femeninos a la hora de considerar si disponen de suficientes recursos materiales o no.

A la pregunta de si tenían suficientes recursos materiales respondieron todos los encuestados (167). De ellos, un total de 85 (50,89%) manifestaron tener suficientes recursos materiales. Así contestaron 63 mujeres (74,11%), y 22 hombres (25,88%). Las mujeres son el 49,21% del colectivo femenino, y los hombres el 56,41% del colectivo masculino.

Los restantes 82 (49,10%) consideraron NO tener suficientes recursos materiales. De ellos, 65 (79,26%) son mujeres y 17 (20,73%) hombres. Las mujeres representan el 50,78% del colectivo femenino, en tanto que los hombres son el 43,58% del colectivo masculino.

Conclusiones - Practicamente un 50% cree que hay suficientes recursos materiales y un 50% cree que no. En las mujeres este porcentaje se mantiene, pero en hombres hay una diferencia de varios puntos; 56,4% frente a 43,5% creen que si tienen suficientes recursos materiales.

RECURSOS MATERIALES

		SUFICIENTES	INSUFICIENTES	
SEXO	MUJER	63	65	128
	HOMBRE	22	17	39
		85	82	167

		SEXO			
		MUJER		HOMBRE	
		%	%ACUM	%	%ACUM
RECURSOS	SUFICIENTES	49,21%	49,21%	56,41%	56,41%
MATERIALES	INSUFICIENTES	50,78%	99,99%	43,58%	99,99%

SEXO (SEXO)

AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN LA SUPERVISION (ANTISUPER)

TURNO (TURNO)

(Preguntas 2, 19.3 y 33)

Han contestado a las tres cuestiones un total de 155 supervisores, es decir un 92,81% de los encuestados. Repartidos en 120 mujeres que representan un 71,85% del total de los supervisores y un 93,75% del total de las supervisoras. Y un total de 35 hombres lo que supone un 20,95% del total de los encuestados y un 89,74% del colectivo masculino.

No se han considerado más que los turnos de mañana, tarde, noche y mañana - tarde (partido).

En cuanto al turno de mañana obtenemos que un total de 82 (52,90%) personas que trabajan en él. Según sexos se reparten en:

- 68 mujeres (82,92%). De las cuales 31 (45,58%) tienen una antigüedad en el puesto menor o igual a 5 años y 37 (54,41%) más de cinco años. Son respectivamente el 25,83% y el 30,83% de las mujeres.
- En cuanto a los hombres 14 (17,07%) trabajan en el turno de mañana, de los cuales 9 (64,28%) tiene una antigüedad menor o igual a 5 años y 5 (35,71%) una antigüedad superior a 5 años. Son respectivamente el 25,71% y el 14,28% de los hombres.

En el turno de tarde trabajan un total de 33 supervisores, un 21,29%:

- 23 de ellos son mujeres (69,69%); de las cuales 21 (91,30%) tienen una antigüedad menor o igual a cinco años y 2 (8,69%) una antigüedad mayor a 5 años. Son respectivamente el 17,5% y el 1,66% de las mujeres.
- Los 10 restantes son hombres y equivalen al 30,30%; 3 (30%) con una antigüedad menor o igual a cinco años y 7 (70%) con una antigüedad superior a los 5 años. Son respectivamente el 8,57% y el 20% de los hombres.

En el turno de noche trabajan un total de 17 supervisores, lo que supone un 10,96% de los encuestados:

- Diez de ellos son mujeres (58,82%), de las cuales 9 (90%) tienen una antigüedad menor o igual a cinco años y 1 (10%) una antigüedad superior a cinco años. Son respectivamente el 7,5% y el 0,8% de las mujeres.
- Siete de ellos son hombres (41,17%) de los cuales 5 (71,42%) tienen una antigüedad menor o igual a cinco años y 2 (28,57%) una antigüedad superior a cinco años. Son respectivamente el 14,28% y el 5,7% de los hombres.

Veintitrés (14,83%) de los encuestados trabajan en turnos de mañana y tarde (partido):

- 19 de ellos son mujeres (82,60%), de las cuales 12 (63,15%) tienen una antigüedad en la supervisión menor o igual a cinco años y 7 (36,84%) una antigüedad superior a 5 años. Son respectivamente el 10% y el 5,83% de las mujeres.

- Cuatro de ellos son hombres (17,39%) y todos ellos con una antigüedad inferior o igual a cinco años. (100%). Son el 11,42% de los hombres.

Conclusiones - La primera que puede verse es que las mujeres de más cinco años de antigüedad en supervisión se ubican preferentemente en turnos de mañana, el doble que los hombres de esa antigüedad (30,83% frente a 14,28%). Por el contrario, por la tarde es muy diferente: 20% hombres con más de cinco años frente a un 1,66% de mujeres de esa antigüedad, cuando con menos de cinco años es de un 17,5% de mujeres frente a un 8,57% de hombres.

Es curioso contrastar también que no hay ningún hombre con más de cinco años de supervisor que haga jornada partida.

TURNOS

SEXO	MAÑANA		TARDE		NOCHE		MAÑ/TAR		
	≤5A.	>5A.	≤5A.	>5A.	≤5A.	>5A.	≤5A.	>5A.	
	MUJER	31	37	21	2	9	1	12	
HOMBRE	9	5	3	7	5	2	4	0	35
	40	42	24	9	14	3	16	7	
	82		33		17		23		155

		SEXO			
		MUJER		HOMBRE	
		%	%ACUM	%	%ACUM
MAÑANA	≤ 5 AÑOS	25,83%	25,83%	25,71%	25,71%
	> 5 AÑOS	30,83%	56,66%	14,28%	39,99%
TARDE	≤ 5 AÑOS	17,50%	74,16%	8,57%	48,56%
	> 5 AÑOS	1,66%	75,82%	20,00%	68,56%
NOCHE	≤ 5 AÑOS	7,50%	83,32%	14,28%	82,84%
	> 5 AÑOS	0,80%	84,12%	5,70%	88,54%
MAÑ/TAR	≤ 5 AÑOS	10,00%	94,12%	11,42%	99,96%
	> 5 AÑOS	5,83%	99,95%	0,00%	99,96%

ESTADO CIVIL (ECIVIL)

HORAS DE FORMACION EN GESTION (HFGESTION)

(Preguntas 3 y 11)

A ambas cuestiones contestaron un total de 162 supervisores. Hemos de tener en cuenta que para restringir la explotación de resultados realizamos una agrupación de los distintos estados civiles:

- Convivencia en pareja.
- Convivencia sin pareja (Solteros, viudos, divorciados).

De esta forma obtenemos que viven en pareja un total de 114 de los encuestados o sea un 70,37% y en solitario 48 de ellos, lo que equivale a un 29,62%.

Una vez obtenidos los resultados en cuanto al tipo de convivencia pasamos a observar si hay algún tipo de influencia de la misma en el número de horas dedicadas a la formación en Gestión que poseen los supervisores.

Así tenemos que conviven en pareja y han cursado estudios en Gestión un total de 76 supervisores, que corresponden al 46,91% del total de los 162 que respondieron a ambas preguntas y a un 66,66% de los que viven en pareja. El número total de horas de formación en Gestión realizadas por los mismos asciende a 10.975 obteniendo una media de 144 h/per. Así mismo 38 individuos no han cursado ninguna hora de formación en Gestión, y corresponden al 23,45% del total de los encuestados y al 33,33% de los que viven en pareja.

Un total de 32 supervisores (19,75% del total) y 66,66% de los que viven solos han realizado estudios de Gestión, obteniéndose un total de 5.508 horas, con un promedio de 172,12 h/per. Así mismo, hay un total de 16 supervisores (9,87% del total) y 33,33% de los que viven solos que no han cursado ningún tipo de formación en Gestión.

Conclusión - Como dato curioso podemos observar que se repiten los mismos porcentajes en los supervisores que viven en pareja o solos y hayan realizado formación en Gestión (66,66%). de la misma manera que para los que no han realizado. Es decir, no hay diferencias significativas en cuanto a haber cursado formación en Gestión entre los que viven en pareja y los que viven solos.

En cuanto al número de horas de promedio dedicadas a la formación tenemos que es superior en aquellas personas que viven solas, 172 h/per frente a 144 h/per.

HAN REALIZADO
ESTUDIOS DE GESTION

		SI	NO	
CONVIVENCIA	PAREJA	76	38	114
	SIN PAREJA	32	16	48
		108	54	162

CONVIVENCIA

		CON PAREJA		SIN PAREJA	
		%	% ACUM	%	% ACUM
ESTUDIOS	SI	66,66%	66,66%	66,66%	66,66%
DE					
GESTION	NO	33,33%	99,99%	33,33%	99,99%

ANTIGÜEDAD EN EL CENTRO (ANTICENTRO)

CAMBIARIA ALGO DENTRO DE SU PUESTO (CAMBIARIA)

(Preguntas 19.2 y 39.21)

De los 167 supervisores que respondieron a esta pregunta, tenemos que 62 (37,12%) tienen una antigüedad inferior a 12 años, mientras que 105 (62,87%) tiene una antigüedad superior o igual a los 12 años.

De los 59 supervisores que cambiarían poco en su puesto de trabajo, si lo desglosamos según la antigüedad en el centro actual obtenemos que 17 (28,81%) llevan menos de 12 años, lo que corresponde a un 10,17% del total de los supervisores y a un 27,41% de los supervisores con menos de 12 años de antigüedad en el centro.

Los 42 restantes (71,66%), tienen una antigüedad igual o superior a los 12 años, lo que equivale a un 25,14% del total y a un 40,00% de los supervisores con 12 o más años de antigüedad en el centro.

De los 62 supervisores que cambiarían lo suficiente, 25 (40,32%) llevan menos de 12 años y equivalen a un 14,97% de la totalidad y a un 40,32% de los supervisores que llevan menos de 12 años en su centro actual. Los 37 restantes (59,67%), poseen una antigüedad en el centro igual o superior a los 12 años y equivalen a un 22,83% del total y al 35,23% de los supervisores con más o 12 años de antigüedad en el centro.

De los 46 supervisores que cambiarían mucho, 20 (43,47%) tienen una antigüedad menor a 12 años, y representan al

11,97% del total y equivalen a un 32,25% de los supervisores con menos de 12 años de antigüedad en el centro. Los 26 restantes (56,52%) con 12 ó más años de antigüedad en el centro, representan el 15,56% de la totalidad y equivalen a un 24,76% de los supervisores con 12 o más años de antigüedad en el centro.

Conclusión - En los supervisores de menos de 12 años de antigüedad, un 27% cambiarían poco, frente a un 40% que cambiarían lo suficiente y un 32% que cambiarían mucho. Por el contrario los supervisores con más de 12 años en el centro tienen porcentajes significativamente diferentes: 40% cambiarían poco, 35% lo suficiente y 24% mucho. Por ello puede contrastarse que los que tienen más años de ejercicio cambiarían sensiblemente menos.

CAMBIARIA ALGO DE SU PUESTO

		POCO	SUFICIENTE	MUCHO	
ANTIGUEDAD	≤ 12 AÑOS	17	25	20	62
EN EL CENTRO	> 12 AÑOS	42	37	26	105
		59	62	46	167

ANTIGÜEDAD EN EL CENTRO

		≤ 12 AÑOS		> 12 AÑOS	
		%	% ACUM	%	% ACUM
CAMBIARIA	POCO	27,41%	27,41%	40,00%	40,00%
ALGO DE	SUFICIENTE	40,32%	67,73%	35,23%	75,23%
SU PUESTO	MUCHO	32,25%	99,98%	24,76%	99,99%

ANTIGÜEDAD EN LA SUPERVISION (ANTISUPER)

CAMBIARIA ALGO DENTRO DE SU PUESTO (CAMBIARIA)

(Pregunta 19.3 y 39.21)

Del análisis descriptivo de la encuesta obtenemos los siguientes resultados: 59 supervisores cambiarían poco en su puesto de trabajo, 62 lo suficiente y 46 mucho. Así mismo obtenemos que 101 supervisores tienen una antigüedad de 5 o menos años, mientras que los 66 restantes ocupan el cargo de supervisión desde hace más de cinco años.

De la explotación de datos obtenemos que de los 59 (35,32%) supervisores que cambiarían poco de su puesto de trabajo, 32 (54,23%) llevan cinco o menos años ejerciendo de supervisores, lo que representa un 19,16% del total de los supervisores y el 31,68% de los supervisores con la misma antigüedad. Los restantes 27 (45,76%) tienen una antigüedad superior a los cinco años, lo que representa el 16,16% del total de los supervisores y el 40,90% de los supervisores con la misma antigüedad en su puesto.

De los 62 (37,12%) de los encuestados que cambiarían lo suficiente, tenemos que: 40 (64,51%) llevan cinco o menos años como supervisores, lo que representa un 23,95% del total de los supervisores y un 39,60% de los supervisores con la misma antigüedad en el puesto. Los 22 (35,48%) restantes tienen una antigüedad superior a los cinco años, representando el 13,17% del total y un 33,33% de los supervisores con una antigüedad superior a los cinco años en el puesto de supervisión.

Cuarenta y seis (27,54%) cambiarían mucho en su puesto de trabajo, de los cuales 29 (63,04%) tienen una antigüedad de cinco o menos años en el puesto, representando a un 17,36% de los 167 encuestados y un 28,71% de los supervisores con la misma antigüedad en el cargo. Los 17 (36,95%) restantes tienen una antigüedad superior a los cinco años, representan un 10,17% del total y equivalen a un 25,75% de los supervisores con la misma antigüedad.

Conclusión - Se obtiene que, de los que cambiarían poco, hay un 45,7% con más de cinco años frente a un 54,2% con menos de cinco años de Supervisión, pero este porcentaje aumenta para los que cambiarían lo suficiente (64,5% frente a 35,4%) y para los que cambiarían mucho (63,0% frente a 36,9%). Igualmente destacar que, entre los que tienen menos de cinco años y los que tienen más no hay grandes diferencias: cambiarían poco 31,68% frente a 40,90% es lo más destacado que se encuentra. Cambiarían suficiente 39,60% - 33,33% y cambiarían mucho 28,71% ante 25,75% son los porcentajes que se obtienen.

'CAMBIARIAN DENTRO DE SU PUESTO

		POCO	SUFICIENTE	MUCHO	
ANTIGUEDAD	≤ 5 AÑOS	32	40	29	101
EN LA					
SUPERVISION	> 5 AÑOS	27	22	17	66
		59	62	46	167

ANTIGUEDAD EN LA SUPERVISION

		≤ 5 AÑOS		> 5 AÑOS	
		%	%ACUM	%	%ACUM
CAMBIARIAN	POCO	31,68%	31,68%	40,90%	40,90%
DENTRO DE	SUFICIENTE	39,60%	71,28%	33,33%	74,23%
SU PUESTO	MUCHO	28,71%	99,99%	25,75%	99,98%

CAMBIARIAN DENTRO DE SU PUESTO

		POCO	SUFICIENTE	MUCHO	
ANTIGUEDAD	≤ 5 AÑOS	32	40	29	101
EN LA					
SUPERVISION	> 5 AÑOS	27	22	17	66
		59	62	46	167

ANTIGUEDAD EN LA SUPERVISION

		≤ 5 AÑOS		> 5 AÑOS	
		%	%ACUM	%	%ACUM
CAMBIARIAN	POCO	31,68%	31,68%	40,90%	40,90%
DENTRO DE	SUFICIENTE	39,60%	71,28%	33,33%	74,23%
SU PUESTO	MUCHO	28,71%	99,99%	25,75%	99,98%

GRADO DE RECONOCIMIENTO POR DIRECCION DE ENFERMERIA
(RECONODE)

ANTIGÜEDAD EN LA SUPERVISION (ANTISUPER)

(Preguntas 37.5 y 19.3)

Realizamos el cruce de los datos correspondientes a la percepción que los supervisores tenían acerca del grado de reconocimiento por parte de las Direcciones de Enfermería hacia ellos y la antigüedad de los supervisores en su puesto, con la finalidad de poder observar si la antigüedad tiene alguna influencia en la noción del grado de reconocimiento de los mismos.

Hemos dividido la antigüedad de los encuestados en dos grupos: cinco o menos años y más de cinco años.

Un total de 101 (60,47%) de los encuestados llevan cinco o menos años ocupando el cargo de supervisor, con un promedio de 2,20 años/persona. Y 66 (39,52%) llevan más de cinco años, siendo su media de 9,09 años/persona.

De los 80 (47,9%) supervisores que manifiestan estar habitualmente muy reconocidos en todas las actividades:

- 50 (62,50%) tienen una antigüedad menor o igual a cinco años, obteniéndose una media de 2,2 años/per y representan el 49,5% del total de los supervisores con una antigüedad en el puesto igual o inferior a los cinco años.
- 30 (37,50%) tienen una antigüedad superior a los cinco años, siendo su media de 11,2 años/per,

representando el 45,45% del total de los de la misma antigüedad.

De los 47 (28,14%) que se sienten algunas veces muy reconocidos en todas las actividades:

- 28 (59,57%) tienen una antigüedad menor o igual a cinco años en el puesto, con una media de 2,1 años/per y representan el 27,72% del total de los supervisores con la misma antigüedad.
- Los restantes 19 (40,24%) tienen una antigüedad superior a los cinco años, con un promedio de 8,05 años/per. Representan el 28,78% del total de los que llevan más de cinco años ocupando el cargo.

Veintiséis (15,56%) se consideran algo reconocidos en las actividades significativas, de ellos:

- 15 (57,69%) tienen una antigüedad menor o igual a cinco años, con una media de 2,33 años/per. Representan el 14,85%.
- 11 (42,30%) tienen una antigüedad como supervisores superior a los cinco años, con un promedio de 12,45 años/per. Representando el 16,66%.

Diez (5,98%) de los supervisores se sienten poco reconocidos incluso en actividades significativas. De ellos:

- 5 (50%) tienen una antigüedad menor o igual a cinco años y una media de 2,4 años, representando el 4,95%.
- Los otros 5 (50%) poseen una antigüedad superior a los cinco años, con una media de 13 años,

representando el 7,57%.

Cuatro (2,39%) se consideran nada reconocidos, de ellos:

- 3 (75%) tienen una antigüedad en el cargo igual o menor a los cinco años, y una media de 1,6 años, representando el 2,97%.
- 1 (25%) tiene una antigüedad de 13 años y representa el 1,51%.

Conclusión - Como puede verse no hay diferencias significativas en cuanto a sentirse más o menos reconocidos por la Dirección de Enfermería los que tienen más de 5 años de antigüedad en el puesto de Supervisión con respecto a aquellos que aún no tienen esa antigüedad en el desempeño del puesto de supervisor, ya que los porcentajes obtenidos para ambos grupos son muy similares, tal y como puede comprobarse en la tabla de porcentajes siguiente.

ANTIGÜEDAD DE SUPERVISOR

	≤ 5 AÑOS		> 5 AÑOS	
	%	% ACUM	%	% ACUM
NADA RECONOCIDOS	2,97%	2,97%	1,51%	1,51%
POCO RECONOCIDOS	4,95%	7,92%	7,57%	9,08%
ALGO RECONOCIDOS	14,85%	22,77%	16,66%	25,74%
ALGUNAS VECES				
MUY RECONOCIDOS	27,72%	50,49%	28,78%	54,52%
HABITUALMENTE				
MUY RECONOCIDOS	49,50%	99,99%	45,45%	99,97%

RECONOCIMIENTO POR
DIRECCION DE ENFERMERIA

		NR	PR	AR	AVMR	HMR	
ANTIGÜEDAD	≤ 5 AÑOS	3	5	15	28	50	101
EN PUESTO DE							
SUPERVISOR	> 5 AÑOS	1	5	11	19	30	66
		4	10	26	47	80	167

RECURSOS HUMANOS (RECURSOSH)

RECURSOS MATERIALES (RECURSOSMA)

ANTIGÜEDAD EN LA SUPERVISION (ANTISUPER)

(Preguntas 42.4, 42.5 y 19.3)

Para poder observar si la antigüedad en el cargo de supervisor podía tener alguna influencia en la consideración de los encuestados en cuanto a si tienen o no suficientes recursos humanos y/o materiales para cubrir las necesidades de su servicio o unidad, cruzamos los resultados entre la antigüedad en el puesto y la suficiencia o no de recursos, tanto humanos como materiales.

En cuanto a la antigüedad en el puesto la hemos dividido en dos bloques: supervisores desde hace cinco o menos años y supervisores con más de cinco años de antigüedad en el cargo.

De los 166 encuestados que contestaron a la pregunta sobre los recursos humanos y materiales:

- Un total de 73 (43,97%) tienen suficientes recursos tanto humanos como materiales para cubrir las necesidades de su Servicio o Unidad. La antigüedad media del grupo es de 5,36 años/per. De ellos: 45 (61,64%) tienen una antigüedad como supervisores menor o igual a cinco años, con una media de 2,3 años/per; mientras que 28 (38,35%) tienen una antigüedad superior a los cinco años, y su media es de 10,3 años.

- Un total de 59 (35,54%) consideran que NO tienen suficientes recursos humanos ni materiales. Su antigüedad en el cargo es de 4,73 años/per. De ellos, 37 (62,71%) llevan menos de cinco años como supervisores, con un promedio de 1,9 años/per.; y los restantes 22 (37,28%) llevan más de cinco años, con un promedio de 9,5 años/per.
- Veintidós (13,25%) tienen suficientes recursos humanos para cubrir las necesidades actuales, pero no tienen suficientes recursos materiales. De ellos: 11 (50%) llevan cinco o menos años en el puesto y 11 (50%) más de cinco años. La media de años de los primeros es de 2,5 años/per y de los segundos de 12 años/per. La media total del grupo es de 7,22 años/per.
- Doce (7,22%) NO tienen suficientes recursos humanos, pero si tienen suficientes recursos materiales. De ellos: 7 (58,33%) tienen una antigüedad menor o igual a cinco años, con una media de 2,1 años/per y 5 (41,66%) una antigüedad superior a los cinco años, con una media de 9 años. La media total de este grupo es de 4,97 años.

Conclusiones - Según se desprende del siguiente cuadro en tantos por ciento, no hay diferencias significativas entre los grupos de menos o cinco años y más de 5 años de Supervisión en lo

referente a considerar sus recursos humanos y materiales.

ANTIGÜEDAD DE SUPERVISOR

≤ 5 AÑOS

> 5 AÑOS

SUFICIENTES RECURSOS

HUMANOS Y MATERIALES

46,00%

42,42%

SUFICIENTES RECURSOS HUMANOS,

PERO NO MATERIALES

11,00%

16,66%

SUFICIENTES RECURSOS MATERIALES,

PERO NO HUMANOS

6,00%

7,57%

NO HAY SUFICIENTES RECURSOS,

NI HUMANOS NI MATERIALES

37,00%

33,33%

REC HUM SI REC HUM SI REC HUM NO REC HUM NO
 REC MAT SI REC MAT NO REC MAT NO REC MAT SI

ANTIG ≤ 5 AÑOS	45	11	37	7	100
EN LA					
SUPER > 5 AÑOS	28	11	22	5	66
	73	22	59	12	166

ANTIGÜEDAD EN LA SUPERVISION (ANTISUPER)

RETRIBUCION ECONOMICA (RETRIBUIDO)

(Preguntas 19.3 y 39.6)

Se realiza el cruce de estos dos campos para poder observar si la antigüedad en el cargo de supervisor influye en el hecho de considerarse bien retribuido económicamente o no.

Hemos dividido a los encuestados según dos grupos en cuanto a la antigüedad en el cargo se refiere:

- Los que llevan 5 o menos años con un total de 101 (60,47%) y
- los que llevan más de cinco años en el cargo con un total de 66 (39,52%).

Tenemos 117 (70,05%) supervisores que manifiestan estar poco satisfechos con el salario que perciben. De ellos:

- 64 (54,70%) tienen una antigüedad menor o igual a cinco años. Antigüedad media de 2,1 años/per.
- 53 (45,29%) tienen una antigüedad superior a los cinco años. Media de 9,98 años/per.

La media total del grupo es de 5,66 años/per.

Cuarenta y siete (28,14%) de los encuestados se consideran suficientemente retribuidos con el salario que perciben. De ellos:

- 35 (74,46%) tienen una antigüedad en el puesto menor o igual a cinco años, con un promedio de 2,4 años/per.
- Los restantes 12 (25,53%) tienen una antigüedad

superior a los cinco años, con una media de 17,3 años/per.

La media total del grupo es de 6,2 años/per.

Tres (1,79%) se sienten muy bien retribuidos. de los

cuales:

- 2 (66,6%) tienen una antigüedad menor o igual a cinco años en el cargo, con una media de 2 años.

- 1 (33,33%) tiene una antigüedad superior a cinco años, en concreto 9 años.

La media total de los 3 es de 4,3 años/per.

Conclusiones - Según se desprende de la siguiente tabla de porcentajes, no influye la antigüedad como supervisor en considerarse muy retribuido, pero sí en poco y suficiente, donde a mayor antigüedad se sienten peor retribuidos.

ANTIGÜEDAD DE SUPERVISOR

	< 5 AÑOS	> 5 AÑOS
MUCHO	1,98%	1,51%
RETRIBUIDOS SUFICIENTE	34,65%	18,18%
POCO	63,36%	80,30%

GRADO DE RETRIBUCION

	POCO	SUFICIENTE	MUCHO	
< 5 AÑOS SUPERVISOR	64	35	2	101
> 5 AÑOS SUPERVISOR	53	12	1	66
	117	47	3	167

ANTIGÜEDAD EN LA SUPERVISION (ANTISUPER)

RECONOCIMIENTO POR LOS SUBORDINADOS (RECONOSUBO)

(Preguntas 19.3 y 37.7)

De los 167 encuestados nos encontramos con 101 supervisores que poseen una antigüedad en su cargo igual o menor a cinco años y 66 con una antigüedad superior a los 5 años.

Así mismo, los resultados según el grado de reconocimiento por parte de los subordinados son los siguientes:

- Nada reconocidos: 7
- Poco reconocidos incluso en actividades significativas: 18
- Algo reconocidos en las actividades significativas: 41
- Algunas veces muy reconocidos en todas las actividades: 70
- Habitualmente muy reconocidos en todas las actividades: 31

Con el cruce de estos dos campos queremos relacionar la antigüedad de los supervisores en su puesto, con su apreciación del grado de reconocimiento por parte de los subordinados a su cargo, con la finalidad de observar si hay alguna relación o no.

De los 7 (4,19%) que se sienten nada reconocidos; 4 de ellos tienen una antigüedad inferior o igual a cinco años (57,14%) y los 3 restantes tienen una antigüedad superior a cinco años (42,85%). La media de los 7 es de 6,52 años/persona.

De los 18 (10,77%) supervisores que dicen sentirse poco reconocidos incluso en actividades significativas: 11 (61,11%) tienen una antigüedad menor o igual a los cinco años y 7 (38,88%) una antigüedad superior a los cinco años. La antigüedad media del grupo es de 9,22 años/persona.

Cuarenta y un (24,55%) de los supervisores manifestaron sentirse algo reconocidos en las actividades significativas. De ellos: 28 (68,29%) tienen una antigüedad en el puesto menor o igual a los cinco años y 13 (31,70%) una antigüedad superior a los cinco años. la media del grupo es de 5,34 años/persona.

Setenta (41,91%) opinan que algunas veces se sienten muy reconocidos en todas las actividades. 41 (58,57%) tienen una antigüedad menor o igual a cinco años y 29 (41,42%) mayor a cinco años. La media total del grupo es de 4,70 años/persona.

Treinta y un supervisores (18,56%) se sienten habitualmente muy reconocidos en todas las actividades por parte de sus subordinados. De ellos 17 (54,83%) tienen una antigüedad menor o igual a los cinco años y los restantes 14 (45,16%) una antigüedad en el puesto superior a los cinco años. La media total del grupo es 6,48 años/persona ocupando el cargo de supervisores.

Conclusión - No existen diferencias significativas entre los porcentajes de menos o igual a cinco años y más de cinco años de supervisión en cuanto al grado de reconocimiento que creen tener por parte de sus subordinados, según puede verse con el siguiente cuadro elaborado en tantos por ciento:

ANTIGÜEDAD EN SUPERVISION

≤ 5 AÑOS

> 5 AÑOS

	%	% ACUM	%	% ACUM
NADA				
RECONOCIDOS	3,96%	3,96%	4,54%	4,54%
POCO				
RECONOCIDOS	10,89%	14,85%	10,60%	15,14%
ALGO				
RECONOCIDOS	27,72%	42,57%	19,69%	34,83%
ALGUNAS VECES				
MUY RECONOCIDOS	40,59%	83,16%	43,93%	78,76%
HABITUALMENTE				
MUY RECONOCIDOS	16,83%	99,99%	21,21%	99,97%

Tan solo podría citarse un mayor porcentaje de supervisores que se sienten habitualmente muy reconocidos en todas las actividades en los que tienen una antigüedad mayor de cinco años, contrarrestando por un porcentaje mayor en los supervisores de menos o igual a cinco años de antigüedad que se sienten algo reconocidos en las actividades significativas.

RECONOCIMIENTO POR LOS SUBORDINADOS

	NR	PR	AR	AVMR	HMR	
≤ 5 AÑOS SUPERVISOR	4	11	28	41	17	101
> 5 AÑOS SUPERVISOR	3	7	13	29	14	66
	7	18	41	70	31	167

GRADO DE RECONOCIMIENTO POR DIRECCION DE ENFERMERIA
(RECONODE)

HORAS DE DEDICACION (HDEDICACIO)

(Preguntas 37.5 y 30)

Creendo que tal vez el número de horas de dedicación de los supervisores podría influir en el grado de reconocimiento que de ellos creen que tienen las Direcciones de Enfermería, hemos realizado la explotación de los datos obtenidos de forma descriptiva en la encuesta.

Ochenta (47,90%) de los encuestados consideran estar habitualmente muy reconocidos en todas las actividades. De ellos:

- 39 (48,75%) trabajan más de 40 h/sem, con un promedio de 48,10 h/sem/per.
- 13 (16,25%) trabajan menos de 40 h/sem, con un promedio de 35,76 h/sem/per.
- Y 28 (35%) trabajan 40 h/sem.

La media total de los 80 es de 43,26 h/sem/per.

Cuarenta y siete (28,14%) se sienten algunas veces muy reconocidos en todas las actividades. De ellos:

- 18 (38,29%) trabajan más de 40 h/sem, con un promedio de 47,55 h/sem/per.
- 15 (31,91%) trabajan menos de 40 h/sem, con un promedio de 36,1 h/sem/per.
- Y 14 (29,78%) trabajan 40 h/sem.

La media total del grupo es de 41,64 h/sem/per.

Veintiséis (15,56%) manifiestan sentirse algo

reconocidos en las actividades significativas. De ellos:

- 8 (30,76%) trabajan más de 40 h/sem, con un promedio de 45,7 h/sem/per.
- 14 (53,84%) trabajan menos de 40 h/sem, con un promedio de 34,9 h/sem/per.
- Y 4 (15,38%) trabajan 40 h/sem.

La media total del grupo es de 39 h/sem/per.

Diez (5,98%) manifiestan sentirse poco reconocidos incluso en actividades significativas. De ellos:

- 5 (50%) trabajan menos de 40 h/sem, con un promedio de 35,2 h/sem/per.
- Y los otros 5 (50%) trabajan 40 h/sem.

La media total del grupo es de 37,6 h/sem/per.

Cuatro (2,39%) dicen no sentirse nada reconocidos. De ellos:

- 2 (50%) trabajan más de 40 h/sem, con un promedio de 51 h/sem/per.
- 1 (25%) trabaja menos de 40 h/sem, en concreto 32 h/sem.
- Y 1 (25%) trabaja 40 h/sem.

La media del grupo es de 43,5 h/sem/per.

Conclusión - Con los resultados obtenidos podemos afirmar que el grado de reconocimiento de los supervisores por las Direcciones de Enfermería va decreciendo según va disminuyendo la media de horas de dedicación de los mismos. Puede

verse en el siguiente cuadro de porcentajes:

HORAS SEMANALES DE DEDICACION

	< 40 H.		40 H.		> 40 H.	
	%	% ACUM	%	% ACUM	%	% ACUM
NR	2,08%	2,08%	1,92%	1,92%	2,98%	2,98%
PR	10,41%	12,49%	9,61%	11,53%	0,00%	2,98%
AR	29,16%	41,65%	7,69%	19,22%	11,94%	14,92%
AVMR	31,25%	72,90%	26,92%	46,14%	26,86%	41,78%
HMR	27,08%	99,98%	53,84%	99,98%	58,20%	99,98%

GRADO DE RECONOCIMIENTO
POR DIRECCION DE ENFERMERIA

	NR	PR	AR	AVMR	HMR	
< 40 HORAS SEMANA	1	5	14	15	13	48
40 HORAS SEMANA	1	5	4	14	28	52
> 40 HORAS SEMANA	2	0	8	18	39	67
	4	10	26	47	80	167

RECONOCIMIENTO POR LOS SUBORDINADOS (RECONOSUBO)

HORAS DE DEDICACION (HDEDICACIO)

(Preguntas 37.7 y 30)

Creímos interesante cruzar los datos obtenidos de ambas respuestas para poder ver si el número de horas de dedicación de los supervisores influía en el grado de reconocimiento que ellos creen que tienen por parte de sus subordinados.

Un total de 7 (4,19%) supervisores manifiestan sentirse nada reconocidos. De ellos:

- 5 (71,42%) tienen una dedicación menor de 40 h/sem, con un promedio de 33,4 h/sem/per.
- 2 (28,57%) tienen una dedicación de 40 h/sem.

La media total del grupo es de 35,28 h/sem/per.

Dieciocho (10,77%) manifestaron sentirse poco reconocidos incluso en actividades significativas. De ellos:

- 7 (38,88%) tienen una dedicación superior a las 40 h/sem, con un promedio de 47 h/sem/per.
- 7 (38,88%) tienen una dedicación inferior a las 40 h/sem, con un promedio de 36,28 h/sem/per.
- Los cuatro (22,22%) restantes dedican 40 h/sem.

La media de horas de dedicación de todo el grupo es de 41,27 h/sem/per.

De los 41 (24,55%) supervisores que manifestaron sentirse algo reconocidos en las actividades significativas:

- 15 (36,58%) trabajan más de 40 h/sem, con un promedio de 45,93 h/sem/per.

- 16 (39,02%) trabajan menos de 40 h/sem, con un promedio de 35,56 h/sem/per.

- Y los 10 (24,39%) restantes trabajan 40 h/sem.

La media total de los 41 es de 40,43 h/sem/per.

Setenta (41,91%) de los encuestados nos manifestaron sentirse algunas veces muy reconocidos en todas las actividades.

De ellos:

- 26 (37,14%) trabajan más de 40 h/sem, con un promedio de 47,61 h/sem/per.

- 14 (20%) trabajan menos de 40 h/sem siendo su promedio de 34,71 h/sem/per.

- Los 30 (42,85%) restantes trabajan 40 h/sem.

La media de este grupo es de 41,76 h/sem/per.

Finalmente 31 (18,56%) de los supervisores encuestados manifestaron considerarse habitualmente muy reconocidos en todas las actividades. De ellos:

- 19 (61,29%) dedican más de 40 h/sem, con un promedio de 44,63 h/sem/per.

- 6 (19,35%) dedican menos de 40 h/sem, con un promedio de 38 h/sem/per.

- Y los 6 (19,35%) restantes dedican 40 h/sem.

La media total del grupo es de 42,45 h/sem/per.

Conclusión - Según puede observarse en el cuadro de porcentajes y acumulados, los que hacen más de 40 horas semanales creen que habitualmente están muy reconocidos por sus

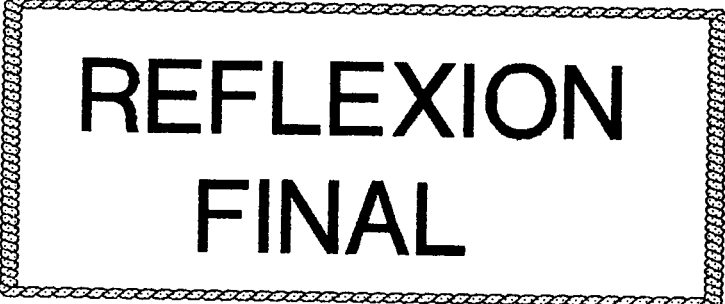
subordinados muy por encima de los que hacen menos de 40 horas semanales.

HORAS SEMANALES DE DEDICACION

	< 40 H.		40 H.		> 40 H.	
	%	% ACUM	%	% ACUM	%	% ACUM
NR	10,41%	10,41%	3,84%	3,84%	0,00%	0,00%
PR	14,58%	24,99%	7,69%	11,53%	10,44%	10,44%
AR	33,33%	58,32%	19,23%	30,76%	22,38%	32,82%
AVMR	29,16%	87,48%	57,69%	88,45%	38,80%	71,62%
HMR	12,50%	99,98%	11,53%	99,98%	28,35%	99,97%

RECONOCIMIENTO POR LOS SUBORDINADOS

	NR	PR	AR	AVMR	HMR	
< 40 HORAS SEMANA	5	7	16	14	6	48
40 HORAS SEMANA	2	4	10	30	6	52
> 40 HORAS SEMANA	0	7	15	26	19	67
	7	18	41	70	31	167



**REFLEXION
FINAL**

REFLEXION FINAL

Tal y como comentamos al inicio de la parte de población y análisis de las encuestas, en la actualidad solo se ha trabajado con ciento sesenta y siete encuestas, y sin explotar todas las variables obtenidas.

Nosotros consideramos que, sin ningún género de dudas, las personas son fundamentales en la evolución de las organizaciones. Creemos firmemente que los mandos son imprescindibles en los procesos de transformación que la sociedad demanda en lo referente a Enfermería. Como es evidente, el conocer quienes están en estos momentos ocupando los puestos de Supervisión permitirá diseñar los procesos de adecuación para conseguir, con el menor número de dificultades y obstáculos posibles, aquellas actitudes y aptitudes que se ajusten a las demandas y necesidades que se precisan en una situación como la actual.

Por último pensamos que es importante resaltar que los resultados no deben ser axiomáticos; que no deben ser vinculantes en todos los casos, sino orientativos para los Gestores que deben llevar a buen término los procesos de cambio.

Nuestra intención era conocer de un modo mas profundo la realidad de la Supervisión de Enfermería en Catalunya, pues nos parecía que el vacío existente en cuanto a este aspecto era un elemento negativo para mejorar las expectativas del colectivo. Al empezar el trabajo nos preguntábamos ¿ QUIEN SUPERVISA A

ENFERMERIA ?. Ahora, al llegar a este punto que, hoy por hoy, es nuestro final de trabajo, nos satisface tener algunas respuestas a esa pregunta que, al inicio no teníamos. Desde luego, nada nos complacería mas que quien leyera el trabajo conociera y comprendiera mejor a ese colectivo de Supervisores y Supervisoras que han contribuido a hacer de Enfermería una Profesión respetada y moderna.



BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- 1 - PIULACHS, T: (1.984) " Enfermería Siempre". Rol, nº 70, Junio.
- 2 - GARZON ALARCON, N: (1.986) "La organización profesional de Enfermería, su liderazgo". Rol, nº 100, Noviembre - Diciembre.
- 3 - ALBERDI, R.M: (1.983) " La enfermería ¿profesión femenina?". Rol, nº57, Abril.
- 4 - ISERN, LL: (1.984) " La sanidad patriarcal y la Enfermería". Rol, nº 70, Junio.
- 5 - MARCOS, J.A: (1.984) "Contra el Monopolio Profesional".Rol, nº 70, Junio.
- 6 - RENEDO GARCIA, P., CANTERAS JORDANA, M., SANTONJA MEDINA, F. CEREZO SANMARTIN, M., HUERTAS MORENO, J., IGNOTO SANZ, M.A.: (1.989) "Imagen social de la Enfermería" Rol, nº 130, Junio.
- 7 - EDITORIAL: (1.985) "La profesión de Enfermería como fuerza social" Nursing, nº5, vol 3, Junio.
- 8 - EDITORIAL: (1.987) "El futuro está aquí" Nursing, nº8, vol 5, Octubre.
- 9 - EDITORIAL: (1.990) "La gestión como instrumento para recuperar la ilusión" Nursing, nº5, vol 8, Mayo.
- 10 - ALBERDI CASTELL, R.M.: (1.992) "La identidad profesional de la enfermera" Rol, nº 170, Octubre.

- 11 - AEED (ASOCIACION ESPAÑOLA DE ENFERMERIA DOCENTE): (1.983)
 "La Enfermería en una declaración" Rol, nº 62, Octubre.
- 12 - CABANES DURAN, C., PUJOL REQUENA, A.R.: (1.992) " Faltan enfermeras asistenciales ¿como solucionarlo? Rol, nº 167-168, Julio-Agosto.
- 13 - WILL, G.F.: (1.989) "La dignidad de enfermería" Nursing, nº3, vol. 7, Marzo.
- 14 - TEY FREIXA, R: (1.986) "La enfermería: dos visiones separadas por treinta años" Rol, nº 100, Noviembre-Diciembre.
- 15 - EDITORIAL: (1.993) "No se sabe, no se quiere o no se puede" Rol, nº 175, Marzo.
- 16 - HENDERSON, V: (1.977) "El concepto de Enfermería". Conferencia en Nightingale School, St Thomas Hospital de Londres, 4 de Octubre.
- 17 - PIULACHS MOLES, Ma T: (1.980) "Definición de la profesión de Enfermería, Enfermero/a". Rol, nº 19, Enero.
- 18 - POLETTI, R: (1.980) "Los Cuidados de Enfermería como profesión". Rol, nº27, Octubre.
- 19 - GARZON ALARCON, N: (1.980) "La Enfermería como Profesión". Rol, nº28, Noviembre.
- 20 - ALBERDI CASTELL, R.M: (1.988) "Sobre las concepciones de la Enfermería". Rol, nº 115, Marzo.

- 21 - TEY, R: (1.978) "¿A dónde va nuestra enfermería?. Rol, nº 1, Julio.
- 22 - DOMINGUEZ-ALCON, C: (1.979) " Ideologías en Enfermería". Rol, nº 15, Octubre.
- 23 - FERNANDEZ, C: et al: (1.985) "Modelos conceptuales de Enfermería". Rol, nº 78, Febrero.
- 24 - ALBERDI CASTELL, R.M.: (1.986) "La Enfermería y la palabra". Rol, nº 91, Febrero.
- 25 - HALL, D.C: (1.980) "Sistemas de personal de Enfermería". Rol, nº 27, Octubre.
- 26 - MORA TEMPRADO, M.A., URRELA RODRIGUEZ, V.: (1.989) "Redefinir el rol de Enfermería" Rol, nº 129, Mayo.
- 27 - MELENDEZ, C: (1.978) "La Enfermera Anónima". Rol, nº 1, Julio.
- 28 - AMAT PUIG, V., FERNANDEZ GONZAGA,C., ORTS CORTES, I., POVEDA SALVA, Ma. R., ROMA FERRI, Ma. T., RIVERA DOMENE, D.: (1.989) "Estrés en estudiantes de Enfermería". Rol, nº 133, Septiembre.
- 29 - ANTONIN, M: et al: (1.993) "Enfermería, realidad en crisis" Rol, nº 175, Marzo.
- 30 - STAFF OF NURSING 86: (1987) "De una ojeada a la enfermería de hoy... y del mañana" Nursing, nº1, vol 5, Enero.

- 31 - BARNUM, B.J.: (1.992) "¿Adónde va la Enfermería?" Nursing, nº7, vol 10, Agosto-Septiembre.
- 32 - POLETTI, R.: (1.980) "¿Cual es la enfermera del mañana?". Rol, nº 19, Enero.
- 33 - SEGAL, E.T.: (1.986) "Enfermería: ¿una profesión?" Nursing, nº3, vol 4, Abril.
- 34 - EDITORIAL: (1.989) "¿Quién defiende a las enfermeras?" Nursing, nº5, vol 7, Mayo.
- 35 - MARTINEZ DE SALAS Y CAYUELA, B: (1.986) "Papel de la Enfermería en la Reforma Hospitalaria". Rol, nº91, Febrero.
- 36 - DARIA, J., MORAN, S.: (1.986) "La Enfermería en la década de los 90" Nursing, nº7, vol 4, Septiembre.
- 37 - EDITORIAL: (1.986) "La enfermería del año 2.000" Nursing, nº7, vol 4, Septiembre.
- 38 - EDITORIAL: (1.986) "La enfermería como profesión en nuestro país" Nursing, nº3, vol 4, Abril.
- 39 - NORNHOLD, P.: (1.988) "La escasez de enfermeras ¿Qué influencias negativas puede tener?" Nursing, nº2, vol 6, Febrero.
- 40 - EDITORIAL: (1.988) " Escasez de enfermeras: mito o realidad" Nursing, nº7, vol 6, Agosto-Septiembre.

- 41 - COLLIERE, M. F.: (1.981) "Reflexión sobre el Servicio de Enfermería, contribución a la identificación del servicio ofrecido". Rol, nº 30, Enero.
- 42 - DOMINGUEZ ALCON, C: (1.985) "Imagen de la Enfermera en la Sociedad". Rol, nº 83, Junio.
- 43 - HENDERSON, V: (1.982) "Ayer y Mañana de la Enfermería". Rol, nº 50, Septiembre.
- 44 - ANTON NARDIZ, M.V: (1.984) "Enfermería actual: análisis y perspectivas". Rol, nº 68, Abril.
- 45 - MARTI MONROS, A.M: et al: (1.983) "Planificación de un departamento de enfermería. Metodología". Rol, nº 69, Mayo.
- 46 - BEN-DOY, N., BIN-NUN, G., BAT-SHEVA, L.: (1.990) "Nuevas orientaciones de la Enfermería europea" Rol, nº 147, Noviembre.
- 47- DOMINGUEZ ALCON, C: (1.982) "La Enfermería Española ante el reto de la Salud para todos en el año 2000". Rol, nº 50, Septiembre.
- 48 - AZUARA SOLIS, J.A.: (1.986) "Política de personal y Enfermería" Rol, nº91, Febrero.
- 49 - GUSINE, F., FERNANDEZ, C., PARDO, A., SALES, D.: (1.988) "¿Qué entendemos por un profesional de Enfermería?" Rol, nº 118, Junio.
- 50 - EDITORIAL: (1.985) "Especialidades a debate". Rol, nº 79-80, Marzo.

- 51 - COBENA FERNANDEZ, J.A: (1.980) "La profesionalización de la enfermería". Rol, nº 20, Febrero.
- 52 - CRISTINA FRANCISCO DEL REY, J: et al: (1.981) "Enfermería y Sociedad". Rol, nº 31, Febrero.
- 53 - FUENTEMAYOR, D.: (1.980) "In Memoriam (Adela Simón Pera)". Rol, nº 21, Marzo.
- 54 - GUILERA, E.: (1.986) "Evolución de la Enfermería desde la óptica de gestión". Rol, nº 100, Noviembre - Diciembre.
- 55 - ARBUES VISUS, M.T.: (1.988) " Aproximación conceptual a la realidad española" Rol, nº 115, Marzo.
- 56 - MOREU OROBITG, F: (1.982) "¿Hacia dónde va la Enfermería?". Rol, nº 51, Octubre.
- 57 - DE LA TORRE CARNICERO, R: (1.987) "Las Direcciones de Enfermería suponen nuestra independencia administrativa" Rol, nº 103, Marzo.
- 58 - VIDAL MILLA, A.: (1.988) "Funcionamiento de la Junta Clínica en el Hospital "Príncipes de España" en Bellvitge, Barcelona. Enfermería y su participación en la Junta Clínica". Rol, nº 117, Mayo.
- 59 - SERRANO GIL, A., CALLEN BLECUA, E.: (1.991) "Enfermería en la C.E.E. Libre circulación" Rol, nº 151, Marzo.
- 60 - EDITORIAL: (1.988) "1.992, libre circulación para todos" Rol, nº 118, Junio.

- 61 - ANONIMO: (1.983) "Enfermería en la Administración". Rol, nº 60, Julio.
- 62 - PUIG, A: (1.983) " Enfermería Integral". Rol, nº 58-59, Mayo - Junio.
- 63 - CARRERAS, C: (1.986) "Profesionalizar la gestión" Rol, nº92, Marzo.
- 64 - RODRIGUEZ GARCIA, R: (1.983) "La mujer frente a la gestión sanitaria". Rol, nº 61, Septiembre.
- 65 - SALVAGE, J.: (1.990) "Desarrollo de la práctica de la enfermería" Nursing, nº2, vol 8, Febrero.
- 66 - SCHULL, P.D.: (1.985) "Hospitales con magnetismo ¿Por qué atraen a las enfermeras?" Nursing, nº6, vol 3, Julio-Agosto.
- 67 - ALVAREZ GONZALEZ, M.T.: (1.987) "La metodología en Enfermería. Una meta necesaria" Rol, nº 101, Enero.
- 68 - LOPEZ IZUEL, C., LOPEZ RODRIGO, M., MONTIEL PASTOR, M.: (1.992) "Análisis cualitativo del perfil profesional demandado por centros hospitalarios" Enfermería Clínica, nº5, vol 2, Septiembre- Octubre.
- 69 - GRAU, J: (1.984) "Los últimos serán ingenieros". Rol, nº 70, Junio.
- 70 - ORTUN RUBIO, V,: (1.986) "GRD: Grupos relacionados con el diagnóstico. Ni panacea ni solución". Rol, nº92, Marzo.

- 71 - RODRIGUEZ GARCIA, R., DAVIS, A.: (1.988) "El campo evolutivo de la Administración de Enfermería en EEUU". Rol, nº 115, Marzo.
- 72 - BUJ FERNANDEZ, A., CORDOBA GARCIA, J.F., RODRIGUEZ GOMEZ, D.: (1.991) "Dirección por objetivos en unidades de hospitalización" Rol, nº 158, Octubre.
- 73 - RODRIGUEZ GARCIA, R: (1.986) "Nuevas tendencias en Enfermería" Rol, nº99, Octubre.
- 74 - HERNANDEZ PADILLA, M.: (1.992) "Reflexión acerca de los elementos de desarrollo profesional" Enfermería Clínica, nº1, vol 2, Enero-Febrero.
- 75 - EDITORIAL: (1.989) " Realidades de la práctica: como la organización puede motivar a las enfermeras" Nursing, nº7, vol 7, Agosto-Septiembre.
- 76 - MELENDEZ Y FERNANDEZ, C: (1.986) " En busca de la imagen perdida" Rol, nº 94, Mayo.
- 77 - GUSIÑE, F: et al: (1.985) "Una reflexión acerca de la Enfermería hospitalaria y su salud". Rol, nº 83, Junio.
- 78 - CREUS I VIRGILI, M: (1.983) "La gestión de enfermería, un reto". Rol, nº58-59, Mayo-Junio.
- 79 - MARDARAS PLATAS, E.F: (1.985) "Enfermería y Calidad de vida". Rol, nº83, Junio.
- 80 - DE FUENTEMAYOR LOPEZ, D: (1.985) "El ambiente laboral y la productividad de Enfermería". Rol, nº 83, Junio.

- 81 - HAMILTON, J.M., KIEFER, M.E.: (1.987) "¿Problemas con su supervisora? He aquí una forma de trabajar juntos" Nursing, nº6, vol 5, Junio-Julio.
- 82 - NETZEL RIERA, C: (1.982) " Dirección de Enfermería. Perspectiva histórica y encrucijada actual". Rol, nº53, Diciembre.
- 83 - BERNAL, M., BOGUÑA, M., PRIETO, R.M.: (1.988) "Perfil de los organos de gestión de Enfermería (Específicamente Dirección)". Rol, nº 124, Diciembre.
- 84 - BICE-STEPHENS, M.N.: (1.990) "7 Formas de mejorar sus habilidades de mando" Nursing, nº6, vol 8, Junio-Julio.
- 85 - EDITORIAL: (1.992) "¿Conocemos las enfermeras el poder que tenemos? Nursing, nº2, vol 10, Febrero.
- 86 - ETHEREDGE, M.L.S.: (1.986) " Gestión de Enfermería. Determine su talla" Nursing, nº4, vol 4, Mayo.
- 87 - MONTESINOS, A: (1.984) "Actividades de supervisoras y enfermeras en unidades de cuidados". Rol, nº 75, Noviembre.
- 88 - BERNAL, M., JUNOY, A., PARELLADA, A.: (1.988) "Gestión de personal en la Dirección de Enfermería" Rol, nº 123, Noviembre.
- 89 - FORNER BSCHIED, M., GUILERA SOLER, E., OBESO ABALDE, C.: (1.988) "Realidades y experiencias de la gestión de Enfermería" Rol, nº 117, Mayo.
- 90 - SEBASTIAN PACHECO, J., FERNANDEZ MARTINEZ, B.: (1.990) "Recursos humanos de Enfermería" Rol, nº 146, Octubre.

- 91 - FORNER, M., JUNOY, A., PARELLADA, A., PRIETO, M.R.: (1.988)
 "Gestión de Enfermería y calidad asistencial del hospital"
RoI, nº 121, Septiembre.
- 92 - PORTER, K.: (1.990) "Siete consejos para ser un buen lider"
Nursing, nº8, vol 8, Octubre.
- 93 - CASTELLON, F: (1.985) "Planificación de turnos" . RoI, nº
 77, Enero.
- 94 - UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACION A DISTANCIA, ICE,
 DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION: (1.984) "Encuesta al
 colectivo de enfermeros españoles". RoI, nº 75, Noviembre.
- 95 - UBEDA BONET, I., PUJOL RIBO, M.G.: (1.991) "Investigación en
 Enfermería" Enfermería Clínica, nº1, vol 1, Marzo-Abril.
- 96 - ICART ISERN, M.T.: (1.991) "Introducción al movimiento de la
 investigación en Enfermería" Enfermería Clínica, nº3, vol 1,
 Julio- Agosto.
- 97 - GONZALO COLOMO, M: (1.985) "¿Identidad profesional?". RoI,
 nº84-85, Julio-Agosto.
- 98 - FLORIDA NURSES' ASSOCIATION: (1.991) "La elección del puesto
 de trabajo" Nursing, nº3, vol 9, Marzo.
- 99 - KRAMER, M., SCHMALENBERG, C.: (1.992) "Trabajo. Satisfacción
 y retención" (PARTE 1) Nursing, nº1, vol 10, Enero.
- 100 - KRAMER, M., SCHMALENBERG, C.: (1.992) "Trabajo.
 Satisfacción y retención" (PARTE 2) Nursing, nº2, vol 10,
 Febrero.

- GARCIA, R: (1.993) "Aspectos de Enfermería: Diversas opiniones"
Rol, nº 175, Marzo.
- FERNANDEZ COLLADO, E.: (1.992) "El directivo de Enfermería
en la estructura hospitalaria" Gestión Hospitalaria, nº 1.
- PEIRO, J.M.: (1.992) "Comportamiento laboral de médicos y ATS,
y el usuario" Gestión Hospitalaria, nº 3.
- DUCET, M.: (1.993) "Adjuntes/ts, Supervisores/rs: A prop de
l'empresa o del col·lectiu d'Infermeria" Paliar, nº 9, Febrero.
- ASOCIACION NACIONAL DE DIRECTIVOS DE ENFERMERIA: (1.992)
"Anotaciones de directrices de soluciones de Enfermería ante
los problemas latentes en el momento actual" Gestión
Hospitalaria, nº 4.
- AEASE:(1.985)II Congreso Estatal de Administración de Servicios
de Enfermería. Barcelona. Editorial Salut. 160.
- ESEBERRI CHAVERRI, C: (1.984) Historia de la Enfermería
Española e Hispanoamericana. Barcelona. Editorial Salvat. 355.
- HENDERSON, V: (1.971) Principios Básicos de Cuidados de
Enfermería. Ginebra. Publicado por el Consejo Internacional de
enfermeras. 64.
- AEED: (1.990) Undécimas Sesiones de Trabajo de la Asociación
Española de Enfermería Docente. Cáceres. MSC. 523.
- ADAM, E: (1.982) Hacia dónde va la Enfermería. Madrid.
Editorial Interamericana. 118.

- POLETTI, R: (1.980) Cuidados de Enfermería. Barcelona.
Ediciones ROL S.A. 158.
- MARRINER, A: (1.982) Manual para Administración de Enfermería. Mexico. Editorial Interamericana. 231.
- DOBBS, B: et al: (1.981) Vivir en el Hospital. Barcelona.
Ediciones ROL S.A. 122.
- Varios autores: (1.991) Enfermería y Sociedad. Cuenca. Edita
Universidad de Castilla-La Mancha. 212.
- KIM, M.J.: et al: (1.986) Diagnóstico en Enfermería. Madrid.
Editorial EMALSA. 145.
- KRON, T: (1.983) Liderazgo y Administración en Enfermería.
Mexico. 3ª Edición. Editorial Interamericana. 327.
- SIMMS, L.M.: et al: (1.986) Administración de Servicios de Enfermería. Mexico. Editorial Interamericana. 410.
- DIVINCENTI, M: (1.981) Administración de los servicios de Enfermería. Mexico. 2ª Edición. Editorial Limusa. 499.
- CARPENITO, L.J: (1.987) Diagnóstico de Enfermería. Mexico.
Editorial Interamericana. 554.
- I.C.S: (1.990) Els Registres D'Infermeria en L'atenció hospitalaria. Barcelona. Editorial Generalitat de Catalunya.
52.

- KOONTZ: et al: (1.985) Administración. Mexico. 8ª Edición. Editorial Mc Graw & Hill. 758.
- ROPER, N: et al: (1.983) Proceso de Atención Enfermería. Mexico. 1ª Edición. Editorial Interamericana. 121.
- CAMUS, R: et al: (1.985) Seminario de Metodología de la Investigación. Barcelona. Editorial Universidad Autónoma de Barcelona. 501.
- KAST, F: et al: (1.987) Administración en las Organizaciones. Mexico. 2ª Edición. Editorial Mc Graw-Hill. 745.
- KERSHAW, B: et al: (1.986) Modelos de Enfermería. Barcelona. 2ª Edición. Editorial Doyma. 128.
- ROPER, N: et al: (1.987) Modelo de Enfermería. Mexico. 2ª Edición. Editorial Interamericana. 380.
- MARRINER, A: (1.989) Modelos y Teorías de Enfermería. Barcelona. 1ª Edición. Editorial Rol. 345.
- ICS: (1.981) Ordre de la Generalitat de Catalunya. 21 de Noviembre. Barcelona.
- ICS: (1.990) Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya. 15 de Juliol. Barcelona.
- DOGC: nº 621. 4-12-1.985. Barcelona.
- DOGC: nº 1.302. 8-6-1.990. Barcelona.



ANEXOS

ANEXO I

NORMAS INTERNAS DEL HOSPITAL DE LA SANTA CREU. (1756)

1.- Las obligaciones del Enfermero Mayor:

"1.- Será de la obligación del enfermero Mayor recibir con sumo cariño a los enfermos que vengan a este santo Hospital, sin limitación de tiempo, pues a cualquier hora que vengan, debe recibirlos y tratarlos con mucho amor y compasión; sin distinción de edad, de sexo, de nación, ni de religión, mirando siempre que en todos ellos resplandece Cristo, y a todos se extiende con sumo amor."

"2.- Para este fin debe tener un libro, que se llamará de entrada, y en este libro, ya numerado (foliat), escribirá el enfermero, con distinción y claridad, el estado, que tiene, su patria, padres, y demás circunstancias necesarias para que siempre en cualquier contingencia conste integramente la persona enferma y todas sus circunstancias.

Seguidamente, esto es, continuando con la partida de entrada, anotará toda la ropa exterior e interior que lleva el enfermo; y así, también, escribirá y anotará si además de la ropa lleva alguna otra cosa; y concluido esto dará el enfermero al enfermo un papel de guía en el que diga si es de cura o si ético o a que parte corresponde, según la enfermedad que tenga. Pero nunca podrá admitir a ningún enfermo de medicina que antes no haya sido visto por el médico de semana; ni de cirugía que no

haya sido visto por el cirujano."

"3.- Si el médico cirujano decide que debe admitirse lo admitirá el enfermero, haciendo lo que en el número anterior se expresa; pero si el médico o el cirujano dicen que no debe admitirse, en este caso nada escribirá en el libro de entrada y hablará al enfermo con caridad y cariño, teniendo compasión de él y manifestándole sentimiento de no poderlo consolar, y sufrirá con humildad y paciencia si le responde desabridamente."

"4.- Con mucho cuidado debe practicar y observar el Enfermero Mayor lo que en dos números antecedentes se manda, por que así como sería injusto y contra la caridad no admitir al que viene enfermo, sería igualmente injusto, y contra caridad, admitir al que realmente no esta enfermo. Por que esta Santa casa tiene la precisa determinación de socorrer las necesidades de los enfermos, pero no de socorrer la de los que no esten enfermos, ni tampoco las que con fines particulares quieren cubrirse, abrigarse o cobijarse."

"5.- Debe asimismo el Enfermero tener otro libro que se llama de óbitos, en el que escribirá el nombre, apellidos y demás circunstancias del enfermo que ha muerto; referente al libro, indique donde esta la entrada del enfermo difunto, citando en este libro el folio del libro de entrada e indicando el día, mes y año en que ha muerto y si hizo testamento en el hospital antes de morir. Hecho esto, examinará y comprobará si falta alguna cosa de la ropa del enfermo muerto, y será de la obligación del Padre o de la Madre de la Enfermería donde estaba el enfermo difunto,

darle todo lo que tenía, como en el libro de entrada conste; y, así mismo, lo guardará hasta el día que se dice guardarropa; y en ese día lo entregará todo, como se acostumbra."

"6.- Deberá, siempre que lo juzgue conveniente, entrar en la cocina, a ver si en todo lo que se hace para los enfermos se pone el cuidado que es debido, si se reduce en los cuidados y en las gallinas. Advertirá a la madre de cuantas faltas observe y encuentre; y si advirtiera o nota, que no pone remedio, dará cuenta al prior, exponiéndole los casos para que aplique los remedios que requiere tan grave materia. Y lo mismo debe hacer si encuentra en la cocina algunas personas que no son de la cocina, les mandará que salgan inmediatamente. Y advertirá a la madre para que ponga remedio, y si nota que no hay enmienda, lo comunicará al prior para que este lo corrija."

"7.- Deberá asistir a la cocina cuando se da el caldo para las salas y cuidará mucho que se de con la justicia que se debe, repartiendo con la posible igualdad que se pueda, la flor o grasa. Y si nota que del caldo o de otra cosa hay extravío, dará luego parte al prior para que se castigue con el máximo rigor a los que tal cosa hacen y no menor castigo a los que lo consentían u ocultaban. Porque en esto no puede haber materia leve. Y tendrá cuidado que haya tranquilidad."

"8.- Deberá asistir a las enfermerías cuando se distribuye la comida a los enfermos, junto al carro de las comidas; cuidará que haya tranquilidad, y que se trate con amor y cariño a los enfermos y que se les de lo que les corresponda y

que el médico haya ordenado y que en todo lo que se pueda consuele a los enfermos, dándoles de la carne aquella ración que menos les fastidie y sea de su gusto. Tendrá, con disimulo, gran cuidado que no se les de lo que no se les pueda dar ni se le debe dar al enfermo y que no se extravien algunas raciones por los camareros ni camareras ni por otros. Y si encuentra extravio, dará cuenta al prior, para que se ponga el debido remedio y se castigue a los culpables."

"9.- Observará si alguno de los enfermos, después que tiene la ración, no la come, y acercándose a el con caridad, averiguará la causa, y si consigue saber que es, o por accidente que le ha sobrevenido o por inapetencia u otra razón fundada, mandará luego, sin apartarse de allí, llamar al médico de casa (guardia) y le informará de todo. Y si al médico le parece bien darle otra cosa, mandará luego el enfermero mayor que se le de lo que el médico ordene. Y que se recoja la ración dada al enfermo. Pero si no encuentra causa justa para variar consolará al enfermo el enfermero y le animará a la paciencia y conformidad."

"10.- Cuidará mucho que el caldo, la comida y la cena de los enfermos sea puntual, esto es, el caldo un cuarto antes del almuerzo, el almuerzo a las diez y la cena, desde el dia ocho de mayo hasta San Miguel de Septiembre, a las seis, y el resto del año a las cinco. Y, asimismo, no permita que a ningún enfermo se le de otra cosa que lo que por el médico se le ha ordenado. Pues por el contrario, se producen gravisimos perjuicios y no pocos disgustos y confusiones. Y si algún enfermo pretende se le

distinga, debe responder que esta obligado al cumplimiento de esta ley, y que en esto no tiene árbitro."

"11.-Es de la obligación del Enfermero Mayor cuidar y providenciar que en la carniceria se reserve y aparte la mejor carne para los enfermos, porque, además de ser esto justo, por ser su socorro la mayor necesidad, es, y debe ser en todo lo relacionado con el enfermo lo principal y único objetivo de esta Santa Casa. Cuidará saber del panadero para cada día, cuantas raciones de carne ha encontrado que se deban volver a cocina y porque, para que se haga cargo la Madre (encargada o supervisora) dandole el destino correspondiente."

"12.- Será igualmente obligación del Enfermero Mayor contar una vez a la semana, y siempre que lo juzgue conveniente, todos los enfermos paisanos, el número de locas y locos, los niños del gobierno, doncellas del convento, y de todas las oficinas de la casa, para comprobar y averiguar si corresponde este número al diario de la carne que el contador solicita para todo el Hospital. Y si encuentra que no se conforma, averiguará en que consiste y aplicará el remedio correspondiente y dará parte al Prior y este a la muy ilustre Administración o al señor Administrador Presidente, del modo y caso ya previsto."

"13.- Así como es preciso determinar las horas de almorzar y cenar, lo es también que los enfermos tengan despues tiempo para la quietud y el reposo por lo que deberá cuidar el Enfermero Mayor que después de almorzar y cenar no quede en las salas persona alguna, ni tampoco de los de la casa, a no ser que

sean necesarios. Y así, solo quedarán los oficiales de las salas. Mandará así mismo, que en la sala se guarde todo el silencio posible. Y tampoco se permitirá que en las horas de descanso entre persona alguna en las salas, ni los de la casa a no ser por verdadera necesidad, como los vicarios, médico y cirujanos, si se les ha llamado."

2.- Las obligaciones de los padres y madres de las enfermeras. (Resumidas).

"1.- Funciones de control y vigilancia con suma paciencia, disimulo y cariño del personal a su cargo y enfermos. Y si llega el caso aplicar las correcciones y castigos oportunos a las faltas que se hayan ocasionado."

"2.- Procuraran que los camareros y camareras sirvan con la mayor puntualidad y cariño las medicinas y alimentos que los enfermos precisen, ayudando a aquellos que por su debilidad o inapetencia no puedan comer, dándoles la comida con sus propias manos."

"3.- Controlarán que las camas esten bien hechas y presentables y que en aquellos enfermos que por su debilidad o otra causa no puedan bajarse de la cama para hacer sus necesidades corporales, o si bajarse no puedan subirse, les ayuden los camareros y camareras, estando estos siempre en vela."

"4.- Han de estar presentes tanto de día como de noche de forma que los camareros y camareras se sientan controlados, y sobretodo en el pase de visita, y en las horas de administración de medicamentos y comidas."

"5.- Procurará que los camareros y camareras de vela no se ausenten nunca, bajo ningún motivo de las camas que les corresponden velar."

"6.- Asimismo cuidarán y vigilarán que los porteros y porterías de las salas de infecciosos no falten en las entradas de las enfermerías y cuiden que ninguna persona entre en las mismas."

"7.- Si no se aplica la obligación anterior impartirán sendos castigos y/o correcciones."

"8.- Estarán informados de cualquier cambio que acontezca a los enfermos en cuanto a la alimentación y medicación, procurando que estos cambios sean actualizados."

"9.- Procurarán en cuanto sea posible evitar que en las enfermerías no haya riñas, pendencias ni gritos entre los enfermos y acudirán rápidamente para poner remedio."

"10.- Procurarán que en las horas de descanso de los enfermos no quede nadie dentro de las Enfermerías, solo las personas realmente necesarias."

"11.- Deberán dar cuenta al Prior de las faltas que observen en los vicarios, médicos,... como también deberán comunicarle al mismo si en las Enfermerías falta alguna cosa."

"12.- Deberán dar cuenta de todo lo que esten encargados al Prior."

"13.- Serán encargados de la devolución de la ropa a los enfermos que se hayan curado".

"14.- Guardarán los objetos personales de valor. Las

camareras y camareros deberán informar a los Padres y Madres cuando los enfermos se vayan del centro para que les sean devueltos los objetos."

"15.- Distribuirán de forma equitativa el trabajo entre el personal a su cargo".

"16.- Procurarán que las unturas a mujeres en las partes de mayor recato las hagan las camareras y en ningún caso por mozos, cirujanos u otro hombre."

"17.- Si no hay el suficiente orden en las Enfermerías, los Padres y Madres tienen la suficiente autoridad para corregir a los enfermos y privarlos de ciertos placeres como el vino, fumar..."

ANEXO II

ANALISIS DE LAS FUNCIONES DE ENFERMERIA

El propósito de este escrito no es el de proponer unas funciones de Enfermería definitivas. Hay diversos proyectos que lo han intentado, incluso desde la autoridad política del Ministerio de Sanidad y Consumo, o desde la Dirección General de Planificación Sanitaria, pero, como indicábamos, este no es nuestro objetivo particular. (A-1). Así, contrariamente al modo que hemos visto en la bibliografía consultada, no haremos una descripción pormenorizada de las tareas que deben componer las grandes familias de funciones de Enfermería, sino que, siguiendo nuestra idea, estableceremos unas líneas básicas sobre las que reflexionar posteriormente.

Las funciones básicas de la Enfermería que se proponen son las siguientes:

- 1.- Función de Prevención y promoción de la salud.
- 2.- Función Asistencial.
- 3.- Función Administradora.
- 4.- Función Docente.
- 5.- Función Investigadora.

El desarrollo de cualquiera de estas funciones nunca debe ser efectuada de manera aislada y puntual, sino que se trata de un conjunto de funciones que en las distintas actividades se hallarán íntimamente ligadas, lo que conlleva la necesaria

consideración global y conjunta de las mismas, siendo impreciso y erróneo el contemplarlas de un modo aislado y parcial, pues no son elementos separados y estancos. Cada actividad se compone de una serie de acciones que, en cualquier caso, pueden a su vez estar compuestas por elementos de diversas funciones. Para poderse llevar a cabo estas funciones se exigirá siempre una secuencia racional en la concatenación de las tareas que debe realizar el profesional de Enfermería, consistentes en:

- 1.- Valorar las necesidades de el/los usuarios. Es decir, conocer y determinar de modo específico los posibles problemas que el paciente o usuario puede tener, diferenciando las necesidades que presente.
- 2.- Determinar las acciones específicas a desarrollar para cubrir esas necesidades. O sea, atribuir a la resolución de cada una de las necesidades previamente determinadas la relación de las acciones que se precisan para su adecuada y pertinente resolución.
- 3.- Planificar la secuencia de tareas a desarrollar para alcanzar los objetivos fijados. Se trata de ordenar y priorizar las acciones y su relación para lograr el mayor grado de efectividad en el cumplimiento de los objetivos.
- 4.- Organizar los recursos de que disponemos. Por consiguiente, distribuir de un modo racional los elementos humanos y materiales destinados a la

definitiva realización de la actividad.

- 5.- Realizar todos aquellos actos necesarios para alcanzar los objetivos planeados. Es la fase de ejecución, la puesta en práctica de lo que hemos preparado.
- 6.- Registrar todo aquello que realizamos, y los cambios que observamos en el/los usuarios. Una correcta anotación favorecerá el análisis posterior y posibilita el conocimiento en todo momento de lo que se ha hecho.
- 7.- Evaluar los resultados obtenidos con nuestra intervención. Pues de la evolución obtendremos, de una parte, constancia de lo correcto de lo efectuado, y, de otra parte, la posibilidad de corregir los errores que eventualmente pudieran haberse cometido.

Para matizar estos puntos recomendamos la lectura de la Conferencia Inaugural de las Primeras Jornadas de Enfermería en el Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, pronunciada por Mari Paz Mompert, Presidenta de Asociación Española de Enfermería Docente. (A-2).

Y estas funciones se desarrollaran en un marco organizacional que les imprimirá ciertas peculiaridades. Así pues, las funciones de la Enfermería se desarrollaran en la Universidad, en los Centros Hospitalarios, en los Centros de Planificación Sanitaria, y, en la Atención Primaria de Salud. El

lugar en el que se desarrollarán influirá en el modo de realizar y comprender la función y las actividades.

Es una reivindicación histórica del colectivo la elaboración de un marco legal para la profesión que contemple las funciones, atribuciones y responsabilidad general en cada uno de los niveles de actuación profesional. A título de ejemplo pueden citarse las aportaciones efectuadas en las Terceras Sesiones de la AEED, celebradas en Barcelona en diciembre de 1.982. (A-3).

En función de a quién vayan dirigidos los cuidados de Enfermería, en función del lugar donde se desarrollan estos cuidados, podremos desarrollar unos reglamentos de las funciones de Enfermería, ya que estas funciones las podemos cristalizar en tareas específicas y concretas. Creemos que será beneficioso para todos poder llegar a la máxima concreción de las funciones de Enfermería a través de reglamentos que puedan discriminar con mayor eficacia una serie de tareas para las que se requiere una mayor preparación de tipo especializado, de otras tareas que no requieren tanta especialización por parte del profesional de Enfermería.

Un ejemplo de esta reglamentación actual podría ser toda la referente a la atención del paciente que debe permanecer en un Servicio de Braquiterapia, como ejemplo de alta especialización, frente a un caso de acogida del paciente, entendiéndolo esta como técnica no altamente especializada.

De la función Docente y de la función Investigadora creemos que hay poco que decir ya que son funciones propias de

cualquier profesión, puesto que precisamente la Docencia y la Investigación es un área del conocimiento que suele dar como fruto una profesión. Los conocimientos en Enfermería deben alimentarse de Investigación en Enfermería, al igual que la formación de profesionales en Enfermería debe poderse realizar por los propios profesionales. Como explica Mora, "la investigación científica tiene que ser una constante a desarrollar por y para Enfermería". (A-4). Solamente hay que advertir que la función tanto Docente como Investigadora, ampliamente descrita en el artículo de Icart y Caja "Investigar en Enfermería. ¿Qué, quién, cómo...?", de indudable interés para conocer esta faceta de las funciones (A-5), no son privativos y restringidos al área académica, sino que forman parte del quehacer diario de cualquier profesional de Enfermería. Puede verse como esto es así en el artículo "Tipos de Investigación en enfermería", de Icart. (A-6).

Esto, en ciertas ocasiones, puede intentar ser limitado por intereses de preservar esos campos para reducidas élites o grupos de poder.

Las funciones de Promoción y Prevención de la salud están íntimamente emparentadas con las funciones de Asistencia y Administración. Dentro de la conjunción que hay entre todas las funciones de Enfermería, estas son las funciones que, en realidad, realizan en mayor proporción nuestros profesionales ya que, por un lado, la mayoría se hallan en el área asistencial pese a los escauceos que se van realizando en cuanto a la

potenciación de otras áreas del Sistema Sanitario, y, por otro lado, la actividad asistencial esta totalmente ligada con la toma de decisiones y asignación de recursos (Administración) y con la prevención de las enfermedades y promoción de la salud. Es útil recordar las ideas de Poletti en su "Nuevo enfoque general hacia el futuro", referentes a que para garantizar la supervivencia de la profesión y responder a las expectativas de la población, promoviendo la salud para todos, Enfermería debe volverse creativa, inventar nuevas funciones en la prevención sanitaria y dar niveles importantes de educación sanitaria, ayudando a las personas de la comunidad para el adecuado mantenimiento de su salud. (A-7).

Si leemos detenidamente cualquier documento de propuesta de funciones para una ley marco nos encontramos con que se centra casi todo el interés en estos temas. En realidad no es que se centre el interés, sino más bien que el grueso del cuidar se halla en la tarea asistencial, y en las vertientes de Administración, así como de la promoción y prevención. Esto conlleva a que ciertos aspectos, como por ejemplo el de la Educación Sanitaria, se vean con frecuencia incardinados en las otras funciones.

La función de Administración es referida a todos los niveles en el Sistema Sanitario. Así pues, es referida, por ejemplo, tanto a la planificación de políticas sanitarias de una área de salud, como la gestión de recursos de cualquier unidad de Enfermería en cualquier planta de un Hospital, sean suficientes o

escasos, bien dimensionados o por dimensionar, etc...

La función Asistencial será el núcleo de la actividad del colectivo de Enfermería porque debe siempre incluir al conjunto de actividades que tienen como objetivo primordial proporcionar una atención bio-psico-social segura, eficiente y eficaz al individuo sano y/o enfermo, en el ámbito hospitalario y extra-hospitalario.

Las enfermeras conocerán donde y a qué nivel es necesario actuar para solucionar un problema del paciente, y, a la vez, ante otros profesionales podrá especificarse de modo taxativo la aportación específica que realizan, con resultados cuantificables. Esto conducirá a un reconocimiento de las competencias y responsabilidades de la enfermera en general y, de un modo concreto, en su dimensión independiente, si se saben que actividades son las que constituyen la esencia de la función asistencial. (A-8).

Este conjunto de actividades serán al menos las que siguen:

- 1.- Comunicación con los usuarios del Sistema de Salud.
Información y difusión de aquellos aspectos de interés actual o futuro.
- 2.- Admisión del paciente.
Recepción y acogida del usuario que acude a que se le solventa una necesidad, real o potencial.
- 3.- Atención psicológica básica y soporte terapéutico-psicológico-psiquiátrico especializado.

- 4.- Higiene personal del paciente.
Proporcionar los cuidados que permitan unas condiciones higiénicas-sanitarias adecuadas.
- 5.- Facilitar el reposo, sueño y confort del paciente.
Disponer lo necesario para garantizar las condiciones idóneas.
- 6.- Facilitar la alimentación e hidratación adecuada a cada caso clínico, atendiendo las necesidades que presente.
- 7.- Controlar y atender la eliminación del paciente, facilitando los medios que se precisen.
- 8.- Realizar el balance hídrico del paciente.
- 9.- Observar, registrar los signos vitales del paciente, tales como, a título de ejemplo, pulso, frecuencia respiratoria, temperatura, etc...
- 10.- Observación, control y cuidados a cualquier tipo de heridas o traumatismos, incluyendo la realización de las curas pertinentes y la evaluación y seguimiento de su proceso de curación.
- 11.- Administración de los medicamentos que han sido prescritos a cada paciente, según las pautas y vías que se requieran en cada ocasión.
- 12.- Control antropométrico, comprendiendo todas las mediciones necesarias de cara a conseguir una adecuada evaluación del usuario o paciente.
- 13.- Colaborar y participar en la realización de pruebas

diagnósticas, tales como las análíticas o de diagnóstico por la imagen entre otras.

- 14.- Facilitar las actividades de ocio de los pacientes, contribuyendo a su bienestar.
- 15.- Realización de técnicas concretas de Enfermería básica o de Enfermería especializada.
- 16.- Rehabilitación, procediendo a dar el apoyo que los pacientes requieran tanto en el plano físico o biológico, como en el psicológico y social.
- 17.- Colaborar en el acto quirúrgico y postquirúrgico en la medida en que se le requiera. Desde la posición de instrumentista o quirofanista, hasta la actividad relacionada con el despertar del paciente.
- 18.- Supervisar la política de desinfección y de esterilización, controlando el proceso tendente a garantizar la ausencia de infección.
- 19.- Atención en el traslado hospitalario, disponiendo todo lo necesario para un correcto y eficiente traslado.
- 20.- Asistencia urgente al paciente o ciudadano con riesgo vital, y en todas las situaciones que se requiera por ser momentos de emergencia.
- 21.- Visita domiciliaria y posibilidad de establecimiento de cuidados extrahospitalarios.

En la función de Promoción y Prevención de la salud el

profesional de Enfermería tendrá la posibilidad de desarrollar al menos las actividades que siguen:

- 1.- Participar en la planificación de programas de salud, como miembro del equipo multidisciplinario de salud.
- 2.- Diseño de programas de atención de Enfermería Comunitaria, atendiendo a las necesidades de la población y de los individuos.
- 3.- Promoción de la salud mediante la educación en el autocuidado y la autorresponsabilidad en el mantenimiento de la salud.
- 4.- Prevención de la enfermedad mediante la promoción de estilos de vida sanos y saludables, que reduzcan la posibilidad de la aparición de la enfermedad.

profesional de Enfermería tendrá la posibilidad de desarrollar al menos las actividades que siguen:

- 1.- Participar en la planificación de programas de salud, como miembro del equipo multidisciplinario de salud.
- 2.- Diseño de programas de atención de Enfermería Comunitaria, atendiendo a las necesidades de la población y de los individuos.
- 3.- Promoción de la salud mediante la educación en el autocuidado y la autorresponsabilidad en el mantenimiento de la salud.
- 4.- Prevención de la enfermedad mediante la promoción de estilos de vida sanos y saludables, que reduzcan la posibilidad de la aparición de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA ANEXO II

- A - 1 - MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, Grupo Asesor de Enfermería, AGUILERA NUÑEZ, N., SANCHIZ RAMOS, B: (1.984) "Proyecto sobre funciones de Enfermería". Rol, nº 65-66, Enero-Febrero.
- A - 2 - MOMPART, M.P: (1.984) " Funciones de Enfermería". Rol, nº 70, Junio.
- A - 3 - MARCAL, J.A: (1.983) " Responsabilidades, derechos, deberes". Rol, nº 63-64, Noviembre-Diciembre.
- A - 4 - MORA TEMPRADO, G: (1.986) "La investigación, herramienta que forja una profesión" Rol, nº 100, Noviembre-Diciembre.
- A - 5 - ICART ISERN, M.T., CAJA LOPEZ, C.: (1990) "Investigar en Enfermería ¿Qué, quién, cómo..." Rol, nº 140, Abril.
- A - 6 - ICART ISERN, M.T.: (1.991) "Tipos de investigación en Enfermería" Rol, nº 151, Marzo.
- A - 7 - POLETTI, R: (1.988) "Nuevo enfoque general hacia el futuro" Rol, nº 114, Febrero.
- A - 8 - EDITORIAL: (1.990) "Necesidad de definir competencias y responsabilidades" Nursing, nº4, vol 8, Abril.

ANEXO III

CIUDADES CON HOSPITALES DE MAS DE 60 CAMAS.

	Número	Estudiados
1.- BARCELONA	39	21
2.- HOSPITALET DE LLOBREGAT	3	3
3.- SABADELL	2	1
4.- TERRASSA	2	2
5.- SANT BOI	3	3
6.- BADALONA	3	3
7.- SANTA COLOMA DE GRAMANET	2	2
8.- VIC	3	1
9.- SANT PERE DE RIBES	1	1
10.- MARTORELL	2	1
11.- MANRESA	3	2
12.- MANLLEU	1	0
13.- BERGA	1	1
14.- CALELLA	1	1
15.- GRANOLLERS	2	1
16.- ESPLUGUES DE LLOBREGAT	2	2
17.- VILADECANS	1	1
18.- VILAFRANCA DEL PENEDES	2	1
19.- VILANOVA I LA GELTRU	1	1
20.- SANT CUGAT	1	1

21.- MOLLET	1	1
22.- MATARO	4	2
23.- IGUALADA	3	2
24.- CASTELLDEFELS	1	1

TOTALES

84

55

ANEXO IV

FICHA DE CONTROL DE ENCUESTAS

NOMBRE DEL HOSPITAL NUMERO DE ORDEN

DATOS

Nombre del Centro
Dirección
Población Código Postal
Teléfono Fax
Comarca
Area Sanitaria Area de Gestión
Número de camas
Titularidad del Centro
Entidad Gestora
Finalidad Concierto

DIRECCION DE ENFERMERIA

Nombre
Dirección
Teléfono
Número de Supervisores

CONTACTOS

1.-
2.-
3.-
4.-
5.-

FICHA NUMERO

DATOS DE LOS SUPERVISORES

	NUMERO							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Servicio								
Modo de Envio								
Contacto								
Fecha de Envio								
Previsión de fecha de Devolución								
Fecha de Reclamación de Encuesta								
Fecha de Recepción Encuesta								
Otros y Varios								

ANEXO V

MODELO DE CUESTIONARIO

En el presente ANEXO V se reproduce el cuestionario que fue utilizado como instrumento de recogida de datos.

Constaba de 24 páginas, con un total de 51 preguntas, con una presentación del cuestionario y las correspondientes instrucciones y recomendaciones.