

# Universidad de Huelva

Departamento de Educación



## **Evaluación de las necesidades de formación relacionadas con la gestión y la calidad asistencial de los profesionales de enfermería de la Comunidad Autónoma de Andalucía**

**Memoria para optar al grado de doctora  
presentada por:**

**Ana Barquero González**

Fecha de lectura: 13 de febrero de 2002

Bajo la dirección del doctor:

Sebastián González Losada

**Huelva, 2002**



**TESIS**  
**UHU**  
**2002**  
**5.2**



*UNIVERSIDAD DE HUELVA  
Facultad de Ciencias de la Educación  
Departamento de Educación*

TESIS  
UHV  
2002  
S.2

***EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE  
FORMACIÓN RELACIONADAS CON LA GESTIÓN Y  
LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS  
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA  
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA***

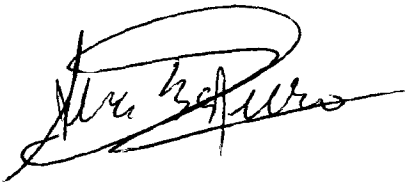
***TOMO II***

*Tesis Doctoral presentada por  
Ana Barquero González  
para aspirar al grado de doctora*

*Director: Dr. D. Sebastián González Losada*

***HUELVA 2001***

DOCTORANDO



FDO: ANA BORQUERO GONZÁLEZ

DIRECTOR DE TESIS



FDO: SEBASTIAN GONZÁLEZ LOSADO.

**SEGUNDA**

**PARTE**

## **CAPÍTULO I**

---

### ***DISEÑO Y PROCESO DEL ESTUDIO***



## **0. INTRODUCCIÓN.**

La finalidad del capítulo que comenzamos es la de presentar la investigación que se ha llevado a cabo. Como es bien sabido, el diseño elegido para cualquier investigación es una de las partes fundamentales de la misma, ya que él va a ser el encargado de ordenar, guiar y planificar de manera racional el trabajo para conseguir las metas marcadas.

La primera parte de este estudio ha sido la encargada de configurar el cuerpo de conocimiento que ha servido de guía a ésta segunda parte. De ahí que conceptos como: formación, necesidades formativas, evaluación y calidad, se encuentren descritos en los capítulos anteriores.

Otro aspecto que vamos a analizar, será el contexto donde se va llevar a cabo el estudio es decir, el Servicio Andaluz de Salud. Éste, se va contemplar desde una doble perspectiva, por un lado, como contexto físico en donde los gestores desarrollan su trabajo diario (Atención especializada o Atención Primaria) y por otro, atendiendo a las funciones y actividades que desde el punto

de vista de la gestión enfermera se llevan a cabo. Esta última cuestión analizada con más detalle en el capítulo IV (última parte del marco teórico); así, fueron describiéndose aspectos que tienen que ver con la profesión, el desarrollo profesional de Enfermería y más en concreto con el gestor enfermero, realizándose una revisión de lo que supone ser un director de enfermería, como paso previo a cualquier planteamiento formativo. Para ello, fue necesario ir analizando las principales tareas que tienen que desempeñar cualquier director de enfermería en cada una de las funciones que se les atribuye: asistencial, docente, investigadora y como misión fundamental la gestión de los cuidados.

Por último, la evaluación de necesidades en este ámbito, va a ser el punto de partida para detectar aquellas situaciones deficitarias o bien insatisfactorias y que de alguna manera serían las que marcarían las pautas a la hora de actuar y reclamar asignación de recursos en el ámbito de la formación.

## **1. ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN**

Uno de los escollos con los que nos encontramos es la falta de experiencia y tradición en este campo y más concretamente en Enfermería, en donde las aportaciones son puntuales y se basan en estudios de campo que si bien se inscriben en temas más amplios o diferentes pueden tener aspectos relacionados con este tema.

Algunos de los estudios realizados y publicados en el boletín "La investigación en Administración y Gestión en Enfermería" Barcelona, y relacionado con las funciones de la dirección de enfermería son el realizado por Garriga, P. y Albalat, X. (1991). Sobre las funciones del director de enfermería y su relación con la normativa el de Colomar, G. y otros (1993). Lafuente, J.M. y otros (1994) estudian la gestión del tiempo de los directivos de enfermería y De Pablo (1993) el estudio relacionado con la gestión de comunicación desde la dirección. Existen otros estudios que se centran en otros aspectos de la gestión como el de Casado, F. y otros (1993) que analizan el perfil de los supervisores o mandos intermedios de enfermería.

Relacionados con la formación se centran en la formación continuada llevada a cabo dentro de las instituciones sanitarias y organizadas desde la propia Institución, así tenemos el de Lizarralde (1992) "Necessitat de formació postgrau en infermeria". En cuanto a evaluación de programas de formación continuada en el ámbito hospitalario, tenemos el realizado por Albir y otros (1995)

Pero, para saber qué es lo que realmente se publica y situarnos ante el panorama de la producción científica, en el mundo de la enfermería a nivel nacional y en revistas profesionales, vamos a hacer un barrido sobre los principales temas que se abordan. La finalidad es saber hacia donde están polarizados los intereses de la profesión y qué tenemos de nuestro tema objeto de estudio.

Existen numerosos trabajos que analizan dicha producción desde diversos campos, de manera que dichos estudios los clasifican bien, por áreas concretas (materno- infantil, geriatría, úlceras, diagnósticos enfermeros, calidad, gestión), bien, por niveles de atención (Atención Primaria, Atención Especializada) o bien, a nivel general. Un ejemplo de lo anterior, pueden ser las publicaciones relacionadas con la producción enfermera como: sobre diagnósticos de enfermería (Barquero, A. y otros 1998); sobre calidad (Barquero, A. y otros 1999); la producción científica en Atención Primaria de Gálvez, A. (2001: 24) y por último hacer referencia a la publicación sobre lo que piensan la Enfermería andaluza. Expectativas y problemas, basado en un estudio de ámbito regional, llevado a cabo por González de Haro y otros (2000) y financiado por la Junta de Andalucía (En el capítulo III se apuntan aspectos muy significativos extraídos de este estudio)

De carácter general y que hacen una recopilación retrospectiva de todo lo que se publica en Enfermería en nuestro país, tenemos los publicados por. Asiaín, M.C. y Marín, B. (1990) sobre la producción enfermera en la década 78/87; Torra y Bou, J.E. (1995) analizan los artículos publicados en el trienio 91/93; Moreno, J.P. (1997) describe las características generales de la investigación en enfermería y su publicación en el 95/96. Richart, M. (1999) hace un análisis sobre la producción científica de la enfermería española y por último, Cabrero, J. y Richart, M. (2001) en su libro "Investigar en Enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería" hacen una excelente aportación sobre el estado actual tanto de la investigación como de la metodología de investigación enfermera, haciendo un recorrido por toda la bibliografía más destacada de la actualidad.

Para concluir podemos decir, que los temas que se abordan en estas publicaciones desde el colectivo enfermero, por lo general, son los relacionados con la actividad enfermera como atención y cuidados, sobre gestión y formación sanitaria en enfermería se detecta una gran carencia. En el cuadro siguiente se hace una relación de los temas y del porcentaje que se publica según Torras (1995) y citado por Cabrero, J. y Richart, M. (2001: 118).

**Temas de estudio más investigados en la Enfermería Española.**

Atención Primaria	20,45 %
Salud Pública	10,90 %
Cuidados hospitalarios	10 %
Materno Infantil	9,54 %
Docencia y formación	8,18 %
Enfermería profesión	6,81 %
Cuidados y heridas	5 %
Fisiopatología	5 %
Técnicas de enfermería	4,1 %
Dietética	3,63 %
SIDA	3,63 %
Osteomías	3,63 %
Salud Mental	2,27 %
Metodología de investigación	2,27 %
Metodología en atención de enfermería	2,27 %
Utillaje	1,81 %

*Figura nº 30 Fuente: Torras (1995) Citado por Cabrero, J. y Richart, M. (2001: 118)*

En el ámbito internacional hay que hacer notar que el grueso de la literatura internacional es anglosajona y particularmente de los EEUU según Cabrero, J. y Richart, M. (2001:103), estos autores, refieren el estudio de Moody y otros (1988), donde explicitan que es la salud de los adultos lo que constituyen el foco principal de la investigación, continúan describiendo el estudio realizado por Henry y Nagelkerk (1993) sobre la literatura de investigación aparecida en nueve revistas internacionales de enfermería durante el periodo 1985/1989. Estos clasificaron los artículos en cuatro áreas: prácticas clínicas, educación, administración y cuestiones profesionales. El área predominante fue la enfermería clínica (50%), a continuación la educativa (25 %), seguida por el área de administración (15%).

Referido a nuestro tema de estudio existen trabajos como la realizada por Lemieux-Charles L y Lamb M (1986. Canadá) sobre necesidades educativas de los administradores de enfermería. Reynolds, B.J. (1987) estudia la calidad de la formación que se imparte a los directores de los servicios de enfermería. Jamison, L.E.M. (1989) lleva acabo un estudio sobre las necesidades educativas de los directores de enfermería en los centros médicos en Michigan.

Relativo a estudios de carácter oficial y relacionados con la formación sólo se ha encontrado el realizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1994, con el fin de conocer las preferencias formativas del personal directivo (tanto médicos como enfermeros) y de los candidatos a dichos puestos que en ese momento estaban en la base de datos del SNS, Por lo significativo del estudio para nuestro tema objeto, y, porque está contemplado como uno de nuestros objetivos el describir y analizar la formación que desde las instituciones se han puesto en marcha, se creyó conveniente exponer los principales hallazgos emanados del mismo.

El estudio se llevó a cabo con los 2331 profesionales que en ese momento se encontraban en la base de datos (1994). De ellos, 1408 trabajaban como directivos. Las respuestas obtenidas fueron 1183, de éstos 686 eran directivos en las diferentes modalidades y de 497 candidatos a puestos de gestión.

El cuestionario estaba formado por tres bloques de preguntas relacionadas con la formación de postgrado y relacionadas con el área de la gestión, a saber:

- ❖ Importancia dada a la formación desde la óptica del puesto de trabajo.
- ❖ Metodología formativa preferida.
- ❖ Áreas de formación consideradas como prioritarias.

Los resultados globales fueron:

- ❖ **Importancia de la formación para el acceso a un puesto de trabajo.**

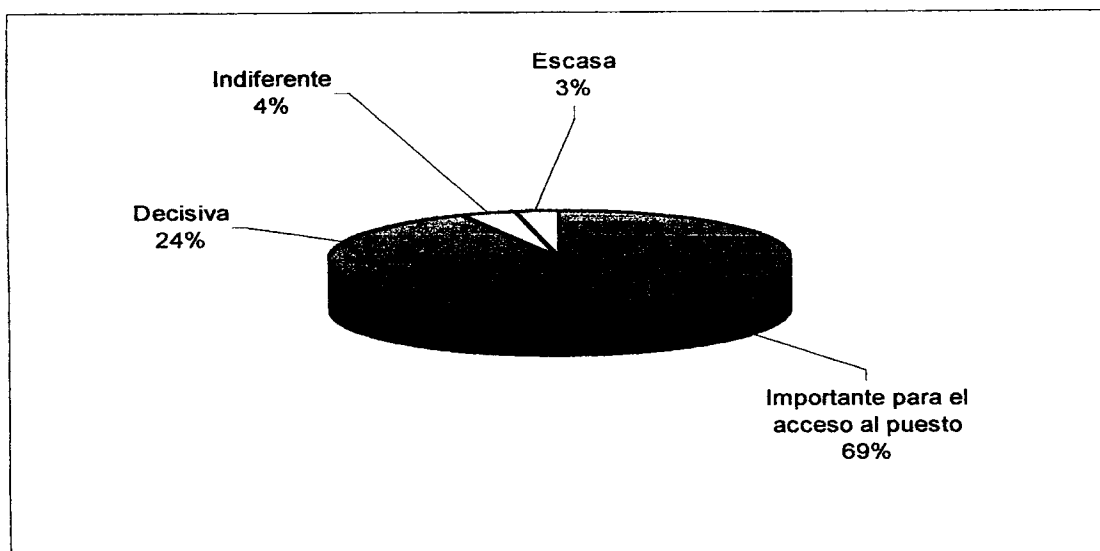


Figura nº 31. Elaboración propia. Fuentes: Ministerio de Sanidad y Consumo. (1994:24). Encuesta de preferencias formativas:

Como se puede apreciar en el gráfico el 69 % de los encuestados consideraba importante la formación para el acceso al puesto; para el 24 % era decisiva; a un 4% le era indiferente y un 3 % le daba escasa importancia a la formación.

- ❖ **Importancia de la formación para el desempeño del puesto de trabajo.**

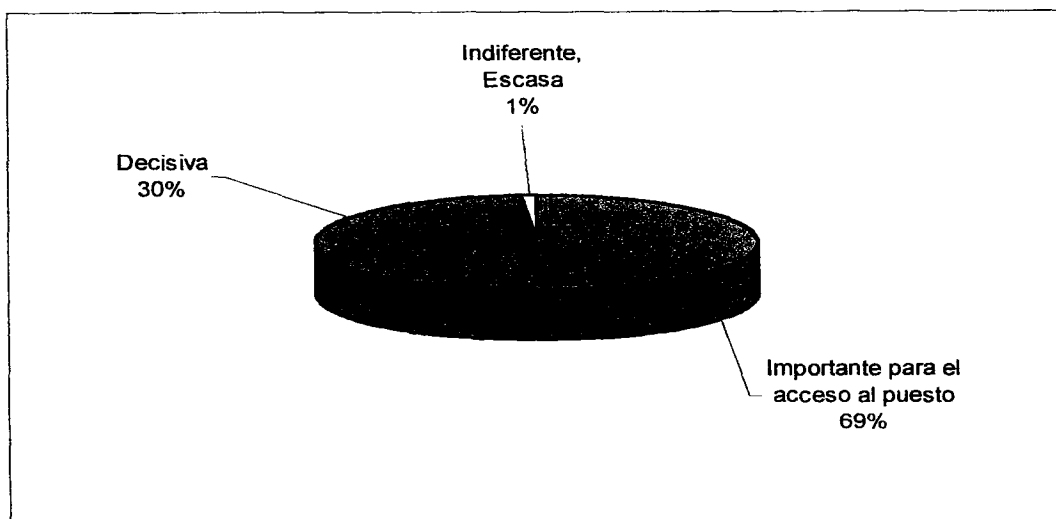


Figura nº 32. Elaboración propia. Fuentes: Ministerio de Sanidad y Consumo. (1994:24). Encuesta de preferencias formativas:

La formación, como elemento indispensable para desempeñar adecuadamente las funciones y actividades que requiere su puesto de trabajo como directivo, fue considerada por el 69 % como importante, un 30 % pensaba que era decisiva y el 1% les era indiferente o le daban escasa importancia.

❖ Integración de la formación en el desempeño del trabajo habitual.

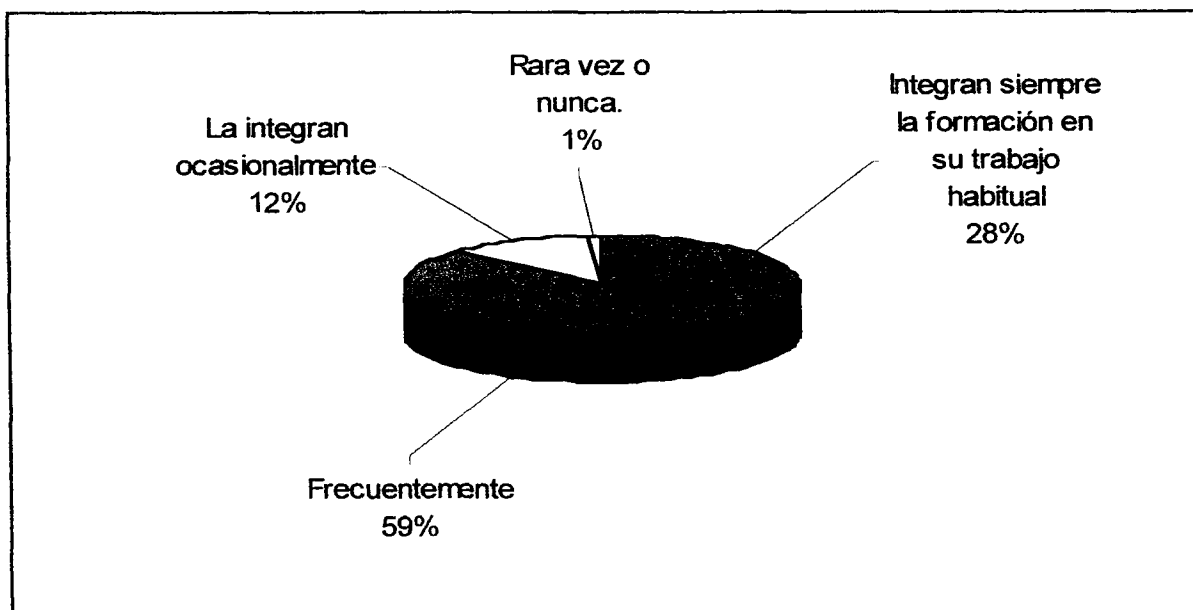


Figura nº 33. Fuentes: Ministerio de Sanidad y Consumo. (1994:24). Encuesta de preferencias formativas:

Un 28 % decían integrar siempre la formación en su trabajo habitual frente al 59 % que decía hacerlo frecuentemente el 12 % ocasionalmente la integraba y el 1 % rara vez o nunca.

- ❖ Relacionada con la metodología que les gustaría seguir.  
Un 52 % no tenía preferencia clara por la metodología a utilizar en su formación; lo que quedó patenten fue la falta interés por los cursos de base fundamentalmente teórica (2,3 %) frente al interés que despiertan los seminarios por los cuales se decantaban el resto de los encuestados.
  
- ❖ Tiempo de dedicación a la formación.  
Las preferencias en este sentido se orientan hacia los cursos de tiempo parcial decantándose el 52,2 % por los mismos y sin preferencias en este sentido el 37,4 %.
  
- ❖ Duración del curso y fechas más oportunas:  
El 40,7 % se decantó por cursos de una semana de duración, sin que exista a continuación una gran diferencia preferencial entre los cursos de duración entre dos semanas y un mes. No parece existir especial interés por los cursos de larga duración. En cuanto a las fechas más oportunas el 70 % se decantó desde septiembre a diciembre.

❖ **Áreas de formación consideradas como prioritarias.**

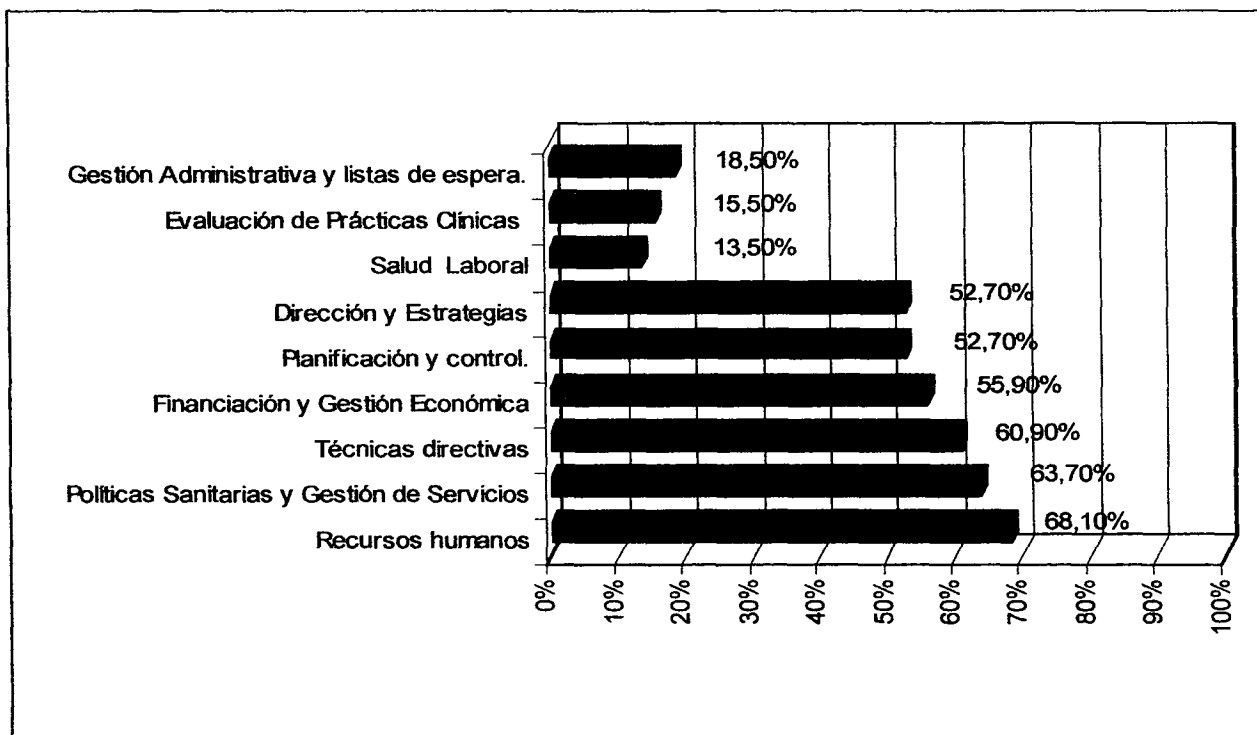


Figura nº 34. Fuentes: Ministerio de Sanidad y Consumo. (1994:24). Encuesta de preferencias formativas:

Los temas elegidos como de interés por orden de prioridad fueron:

Recursos humanos	68,1 %
Políticas Sanitarias y Gestión de Servicios	63,7 %
Técnicas directivas	60,9 %

Financiación y Gestión Económica	55,9 %
Planificación y control.	52,7 %
Dirección y Estrategias	52,7 %
Salud Laboral	13,5 %
Evaluación de Prácticas Clínicas	15,5 %
Gestión Administrativa y listas de espera.	18,5%

Ya en nuestra Comunidad y referido a estudios realizados por el SAS respecto a este tema, tenemos el estudio llevado a cabo por estos servicios en 1993 y denominado "Valoración de Organización". Éste estaba orientado entre otro a recabar información sobre preferencias formativas de los gestores, con el fin de poder montar Programas de Formación que respondieran a dichas preferencias. Para ello, encuestó a un total de 470 directivos obteniéndose 204 respuestas. Entre las diversas cuestiones planteadas existían algunas relacionadas con la formación. Algunos de las demandas formativas derivadas del estudio fueron:

- ❖ Formación en Gestión 20%
- ❖ Formación en Recursos Humanos 7,5%
- ❖ Elaboración de Programas de Formación 6,5 %
- ❖ Formación orientada hacia el papel que el trabajador juega en la Administración.
- ❖ Cursos más asequibles y accesibles. Contemplándose así mismo la necesidad de formación.

Anteriormente, en noviembre de 1992 se les remitieron a los gestores varios cuestionarios los cuales no se especifican su nº exacto (Fuente de datos Plan de Formación. Personal Directivo del SAS 1993). Algunos de los resultados obtenidos y relacionados con las necesidades demandadas en el colectivo, tras el estudio fueron las siguientes:

**NECESIDADES POR COLECTIVOS.**

	<b>Director Distrito</b>	<b>Director Enfermería</b>	<b>Director Eco-Adm Y S. Grales</b>	<b>Director Gerente</b>	<b>Director Médico</b>
<b>1 Liderazgo</b>	Deseable	Prioritario	Prioritario	Prioritario	Prioritario
<b>2 Equipos.</b>	Deseable	Prioritario	Prioritario	Deseable	
<b>3. Conflicto</b>	Deseable		Prioritario	Prioritario	
<b>4. Estrategias</b>	Prioritario			Prioritario	Prioritario
<b>5. Planificación</b>	Prioritario	Deseable	Deseable		Deseable
<b>6. Presentaciones</b>	Deseable			Deseable	
<b>7.R. Problemas</b>		Deseable	Deseable		Deseable

Figura nº 35 Fuentes: Junta de Andalucía. Plan de Formación. Personal Directivo del SAS (1993: 3)

En base a estos resultados y al contenido de los cursos puestos en marcha para los años 93 a 97 se montaron los programas de formación que a continuación se describen.

❖ **PROGRAMA DE FORMACIÓN 93/94:** El contenido de dicho programa era por orden de prioridad:

1. Liderazgo
2. Creación de equipos
3. Conflicto y negociación
4. Estrategia Institucional
5. Planificación y toma de decisiones
6. Técnicas de presentación.
7. Resolución de problemas
8. Otros temas adicionales: Gestión económico-financiera, Marketing en el sector sanitario. Gestión de recursos humanos, calidad y servicio.

❖ **EI PLAN DE FORMACIÓN 1994-1997:** Durante estos años los temas por orden de prioridad fueron:

1. Calidad y servicio en Organizaciones Sanitarias.
2. Conflicto y negociación.
3. Creación de equipos
4. Dirección de reuniones.
5. Estrategia institucional
6. Finanzas para no financieros I.
7. Finanzas para no financieros II.
8. Gestión de recursos humanos
9. Liderazgo.
10. Las organizaciones sanitarias en la sociedad.
11. Pensamiento creativo.
12. Planificación y toma de decisiones.
13. Resolución de problemas.

Cada uno de estos módulos tenían una duración de dos a dos días y medio.

En resumen y globalmente, el Plan de Formación planteado por el SAS, consistía en cuatro programas paralelos dirigidos a los siguientes colectivos:

- ❖ Directores de oficina, directores gerentes y Directores de Distrito de Atención Primaria.
- ❖ Directores médicos
- ❖ Directores de Enfermería donde estaban seleccionados los contenidos, igual que en la tabla anterior de prioridades. Los temas impartidos en su programa eran sobre:

1. Liderazgo.
2. Pensamiento creativo
3. Calidad y servicio.
4. Creación equipo
5. Finanzas I
6. Resolución de problemas
7. Planificación y toma de decisiones
8. Dirección de reuniones
9. Conflicto y negociación.

Hasta aquí, se ha querido resaltar la formación que desde las instituciones formales se han llevado a cabo con los gestores de enfermería, de alguna manera, hemos hecho un pequeño recorrido por el panorama formativo que hasta ahora el Sistema Sanitario, ha puesto en marcha. Estas y otras razones han ido creando la necesidad de indagar y profundizar en el campo de la Admón. de Servicios en el ámbito de enfermería, el panorama dibujado anteriormente han sido los principales propulsores de este estudio, pero las razones las desgranaremos en el punto siguiente con mayor detenimiento.

Generalmente, la formación aludida en el párrafo anterior, la organiza el SAS para sus directivos en sus centros. Otra entidad con la que el SAS mantiene un convenio de formación es la Escuela Andaluza de Salud Pública sita en la ciudad de Granada, y, en la que se oferta una formación preferencialmente en temas de gestión como el Master en Salud Pública y Gestión sanitaria de 1300 horas de duración. Esta organización imparte su docencia bien la propia Escuela o desplazando a sus profesores.

En el ámbito internacional la calidad formación y los contenidos que se imparten en la Administración Sanitaria aplicada la enfermería, son objeto de estudio principalmente en Canadá seguida de USA y el Reino Unido. Resaltar algunos estudios realizados como los de Kilpatrick, M. y el de Dick, J. (1995) (Canadá) sobre los contenidos que se imparten a los alumnos en dicha área. En el mismo sentido pero centrado en los gestores enfermeros que desempeñan su labor asistencial tanto en hospitales como en lo que aquí denominamos atención primaria, está el de Thomlinson, E. (1991) sobre requisitos educativos de los enfermeros ejecutivos; por último, el de Lemire, J.A. (2000) (En USA) sobre el rediseño de la formación en gestión financiera para los estudiantes de gestión de enfermería para adecuarse a las nuevas corrientes y a los nuevos tiempos.

## **2. RAZONES PARA LA ELECCIÓN DEL SAS COMO TEMA DE ESTUDIO: DESCRIPCIÓN ORGANIZATIVA Y FUNCIONAL DEL SAS**

Como ya hemos comentado, la situación descrita hace ser una de las principales razones por las que se eligiera el tema de estudio. Si tenemos en cuenta que además, es la Organización Sanitaria más importante de Andalucía, tanto por el volumen de recursos (815.779.373 mil millones de pesetas de los cuales 408.912.138 estaría destinados a Cap. I o lo que es lo mismo a personal; Ley 1/2000 de 27 de diciembre, del presupuesto de la Comunidad Autónoma Andaluza para el año 2001) que maneja, como por el número de personas que en ella trabajan (76,464 personas). Su «misión» se inspira en la Ley de Salud de Andalucía que se articula en torno a tres ejes considerados como esenciales

- ❖ Mejorar y mantener la salud de los ciudadanos a través de sus prestaciones sanitarias públicas.
  
- ❖ Incrementar la solidaridad con los que más necesitan

- ❖ **Mejorar los Cuidados que reciben los ciudadanos ( II Plan Andaluz de Salud 1999/2002: 4).**

De las 76.476 personas que en la actualidad trabajan en el SAS 18.596 son enfermeras, 762 matronas, técnicos especialistas 2.679 y 12.813 auxiliares de enfermería; tanto los técnicos como las auxiliares, dependen de Enfermería. (Plan Estratégico del SAS 1998:20). Son los profesionales de enfermería los que llevan toda la gestión relacionada con los cuidados de las personas tanto en situación de salud como de enfermedad.

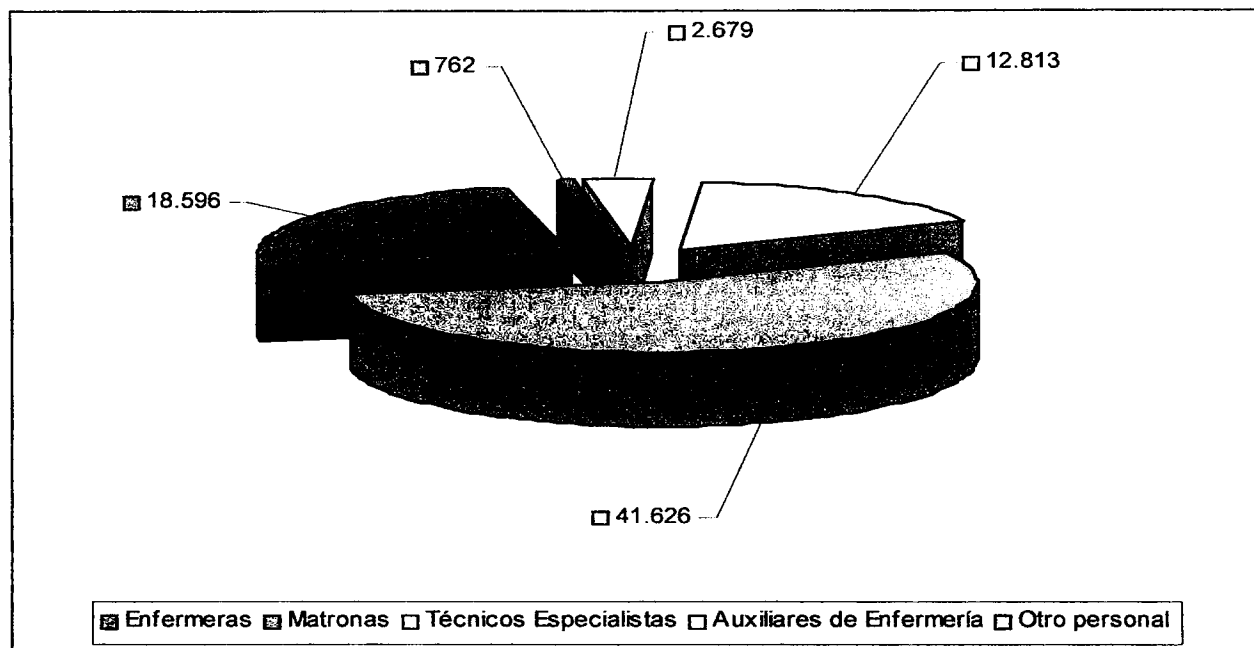


Figura nº 36. Fuentes: Plan Estratégico del SAS (1998:2000).

Otra de las razones ha sido la inexistencia de este tipo de estudio específico en gestores de Enfermería, en la comunidad por tanto, sería el primer estudio sobre evaluación de necesidades de los gestores enfermeros que desde el ámbito formal se lleva a cabo; máxime cuando uno de los objetivos Plan Estratégico del SAS (1998:56) es el que los Equipos Directivos incorporen líneas de formación e investigación *"potenciando y cualificando la función de los Equipos Directivos"*

Por ser la Institución de la que vengo, en la que desempeñé puestos de supervisión y con la que mantengo una estrecha relación ya que la asignatura que imparto es Administración y Gestión de los Servicios de Enfermería. Con el convencimiento de que este estudio puede ser útil tanto para la disciplina como para el colectivo enfermero andaluz, ya que, puede ayudar a conocer y entender los problemas y dificultades a los que se enfrentan cotidianamente permitiendo hacer una análisis sobre las condiciones actuales y las deseadas; además, puede ser el punto de arranque que posibilite el hacer un seguimiento dentro del campo de la gestión enfermera y ayude a abrir nuevas líneas de investigación que permitan profundizar en el tema.

Por último, puesto al servicio de la Administración podría ser un dato más a la hora de orientar, justificar y programar la formación de sus gestores y que además estaría basado en las necesidades sentidas por los mismos.

Lo explicitado hasta aquí, también nos puede situar ante qué es el SAS y daría paso a la contextualización del estudio, así nos encontramos ante el mayor proveedor de servicios sanitarios. Configurado como Organismo Autónomo de la Junta de Andalucía. El SAS, se encuentra adscrito a la Consejería de Salud, además a ésta se encuentran adscritas otras Instituciones que, en conjunto, definen la Organización Sanitaria de Andalucía.

Las funciones del SAS, definidas en la Ley 2/98, de Salud de Andalucía, incluye la gestión de los centros y servicios a él adscritos, Prestación de servicio sanitarios y gestión de recursos humanos y financieros necesarios para ello.

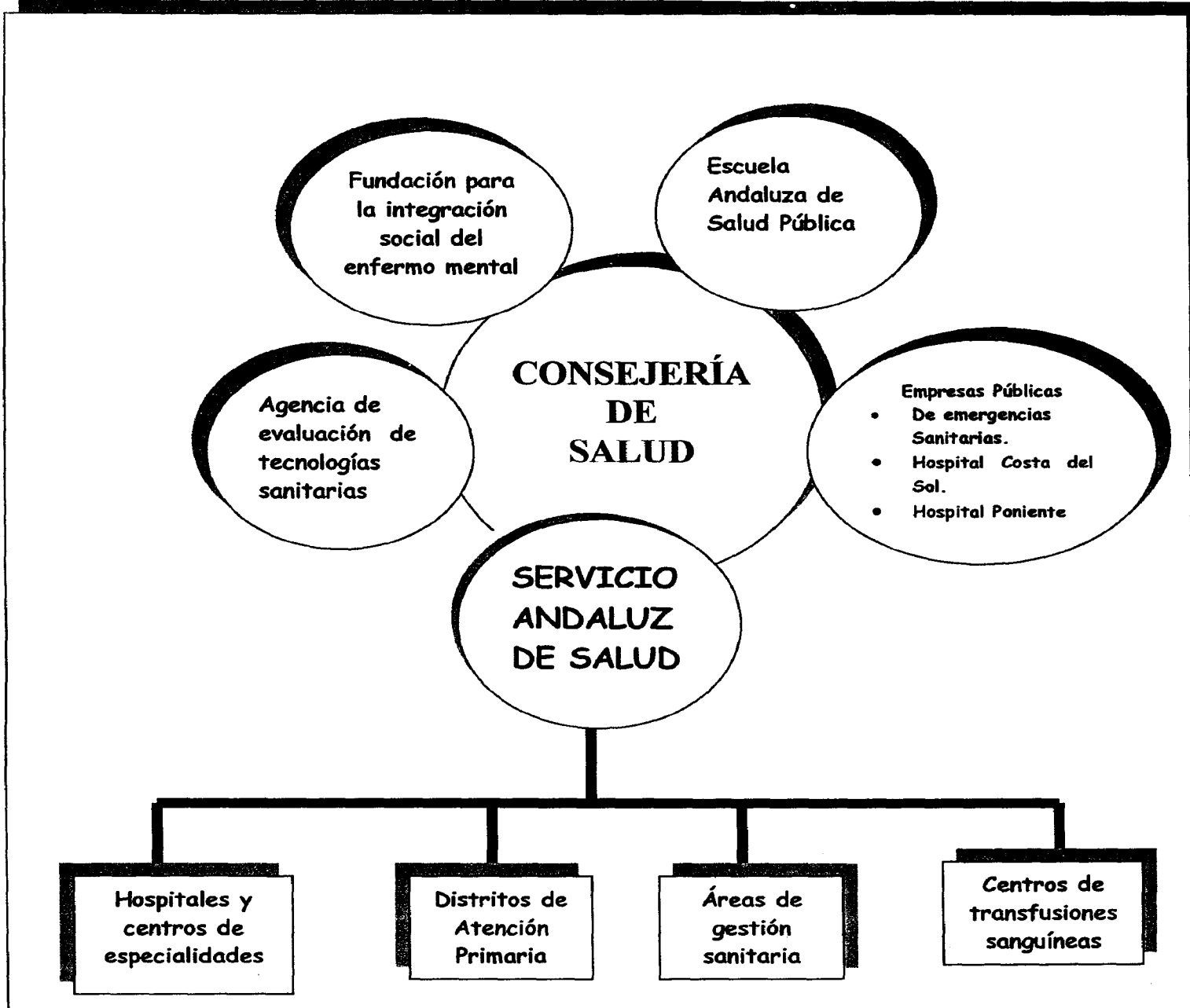


Figura nº 37. Fuentes: Rev. El SAS información (1999) Elaboración propia. Barquero. A. 2001

Para finalizar, mencionar que para el cumplimiento de cada objetivo, el SAS cuenta, como hemos comentado anteriormente, con un presupuesto inicial de 815.779.337 miles de pesetas (Ley 1/2000 de 27 de diciembre, del presupuesto de la Comunidad Autónoma Andaluza para el año 2001) financiados al 100% por Presupuestos Generales del Estado. De esta cantidad, 408.912.138 miles de pts. están destinados al capítulo de personal. Cabe destacar la inversión en formación e investigación que ascendió a 12.663 millones de pesetas.

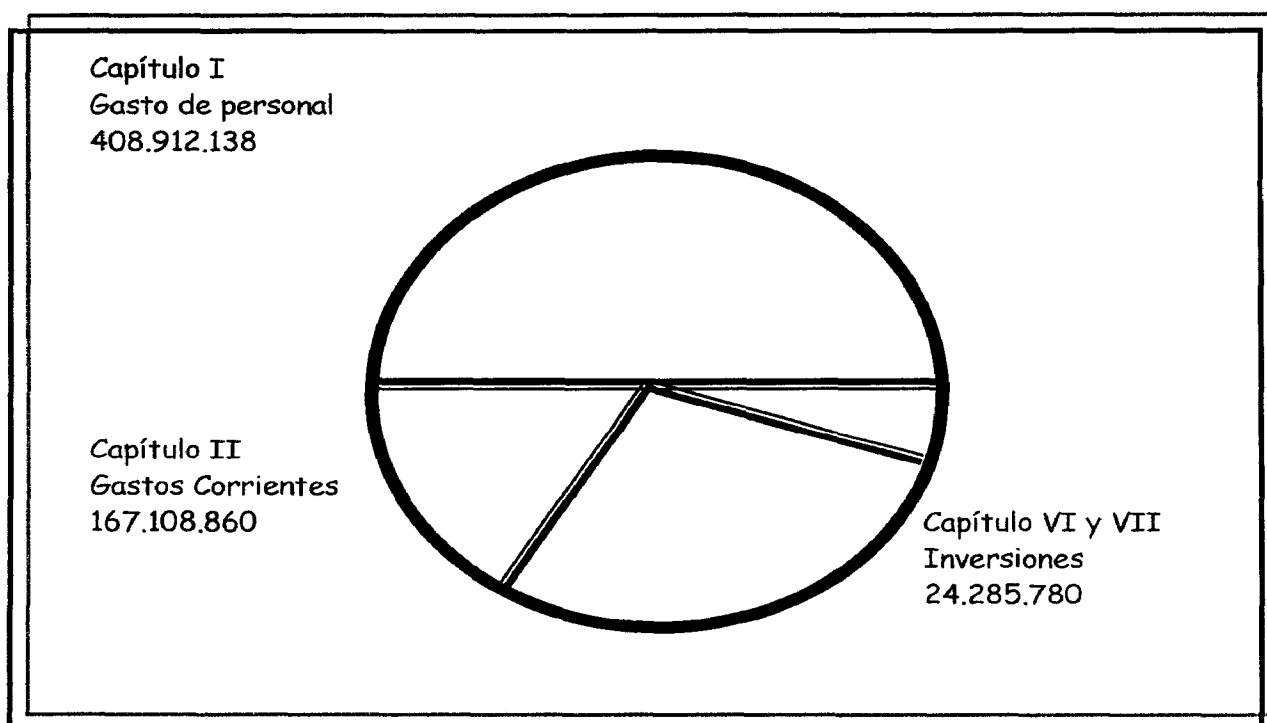


Figura nº 38. Fuentes: Rev. El SAS información (1999) Elaboración propia. Barquero. A. 2001



**SEGUNDA**

**PARTE**

## **CAPÍTULO II**

---

***METODOLOGÍA: EL DISEÑO DE LA  
INVESTIGACIÓN***



## O. INTRODUCCIÓN

Para Goetz, J.P. y LeCompte, M.D. (1988:83): *"La claridad de la conceptualización de los diseños y actividades de las investigaciones resulta fundamental para la legitimidad de los informes científicos, para el desarrollo de las líneas de indagación, para la formación de investigadores capaces y para la comunicación entre los expertos, imprescindibles en la ciencia"*.

En coherencia con el rigor de la investigación es necesario pronunciarse en torno al cómo se va lleva a cabo el estudio, cómo se va a realizar el análisis de las situaciones y su evaluación, y de las actuaciones para lograr lo propuesto. En este proyecto el tipo de estudio a realizar es de carácter descriptivo-explicativo en el que se van a simultanear técnicas cualitativas y cuantitativas por considerarlos complementarios en esta investigación. Bericat, E. (1998: 114) sostiene que el concepto de complementariedad es similar al de complementación. *"Los métodos cualitativo y cuantitativo en un mismo estudio se usan para medir u observar, en parte coincidentes, pero en parte diferentes facetas de un fenómeno. Por lo tanto, con la aplicación de un segundo método se*

*busca elaboración, realzamiento, ilustración o clarificación de los resultados"*

## 1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En el ámbito sanitario en general, la investigación clínica se ha asentado y se asienta principalmente en el paradigma positivista experimental, en enfermería, según Cabrero, J. y Richart, M. (2001:55): *"Históricamente y en la actualidad el cuerpo de la investigación, recae en la investigación cuantitativa, y, paralelamente, que el peso de la investigación cualitativa es al día de hoy casi testimonial"*. Esta metodología, que si bien para cierto tipo de investigaciones es la más adecuada, se encuentra con verdaderos escollos cuando quiere interpretar, analizar, fenómenos tan complejos como son salud o formación, impacto de los programas en las personas etc. Porque, como dice Santos Guerra (1999:26): *"El modelo racionalista de investigación se opone al modelo que se ha denominado naturalista, etnográfico o cualitativo...es uno de los que mejor permite acceder a la comprensión de fenómenos tan complejos como son los educativos y, dentro de ellos los de la organización escolar"* caso que en

nuestras circunstancias sería comparable con la organización sanitaria. Para Gimeno (1983) citado por Santos Guerra (1999:29) *"Investigar fuera y al margen de los problemas reales supone no contribuir a superarlos, en tanto que la investigación estará fragmentada y descontextualizada. La intervención en la acción requiere captación global del problema, lo que supone estudiarlo con métodos apropiados."*

Sin embargo, depende del contexto, de la naturaleza de los datos que queramos tratar, cada vez es más común la combinación de métodos cualitativos y cuantitativos, esto además de contemplar la especificidad de cada uno, permite a su vez profundizar en puntos divergentes y coincidentes además de la contrastación de los mismos. Como señala Mayor, C (1995:233) autores como Goetz y LeCompte (1988) con importantes aportaciones en la investigación cualitativa definen la investigación cuantitativa como *"Un estudio deductivo, verificativo, enumerativo y objetivo; la investigación cualitativa denotaría procesos inductivos, generativos, constructivos y subjetivos"*. En este mismo sentido, Bericat, E. (1998:17) piensa que *"Aunque existen importantes razones, tanto teóricas como prácticas, que pueden explicar esta*

*dual construcción metodológica de la ciencia social. Cada vez es más evidente que la separación entre ambas, su mantenimiento en compartimentos estancos y la imposibilidad de rebasar las fronteras establecidas, limitan seriamente las posibilidades de la ciencia para alcanzar descripciones o cuantificaciones, comprensiones o explicaciones, críticas o legitimaciones válidas, precisas y fiables de la realidad social".*

Este planteamiento integrador va a estar presente en cada una de las fases de esta investigación. Como Merriam (1988), Denzin y Lincoln (1994) y Miles y Huberman (1994) citados por Mayor, C. (1995: 234) vamos a asumir las características de la investigación cualitativa y la cuantitativa más influyentes y determinantes en estudios, que como el nuestro, combinan ambos métodos. Estas se sintetizan en el cuadro siguiente.

	I. Cualitativa	I. Cuantitativa
Foco de investigación	Calidad	Cantidad
Base filosófica	Interaccionismo simbólico. Fenomenología	Empirismo, positivismo
Frases asociadas	Etnografía, naturalismo, subjetividad	Experimental, Empírico, Estadística
Objetivos	Descripción, Descubrir Generar hipótesis	Predicción, control, confirmación, comprobar hipótesis
Diseño	Flexible, envolvente, emergente	Predeterminado Estructurado
Situación	Natural	Artificial
Muestra	Pequeña, No aleatoria	Grande, aleatoria
Recogida de datos	Investigador como primer instrumento, entrevistas, observaciones	Instrumento inanimados (escalas, test, cuestionarios, ordenadores)
Modelo, Análisis	Inductiva	Deductiva
Hallazgos	Comprensivos, holísticos, expansivos	Precisos, reduccionistas, limitados

Figura nº39. Características investigación cuantitativa y cualitativa (Merriam, 1988) Citado por Mayor, C. 1995

En cuanto al rigor de la investigación en general y para las dimensiones más cualitativas podemos seguir a algunos de los criterios de rigor que se utilizan en la investigación interpretativa destacados por Guba y Lincoln (1981, 1982) citados por Gairín (1995:33). Dichos criterios se refieren al valor de la verdad (credibilidad), aplicabilidad (transferibilidad), consistencia (dependencia), y neutralidad (confirmabilidad):

- ❖ **Valor de verdad:** se interroga sobre la confianza que ofrecen los resultados de una investigación y en los procedimientos utilizados. Se intenta establecer contrastando la credibilidad de las creencias e interpretaciones del investigador con las diferentes fuentes de las que se han obtenidos los datos. En nuestro estudio hemos utilizado diferentes fuentes de información y desde diferentes perspectivas, así hemos entrevistado a gestores enfermeros que desempeñan cargo en la actualidad y otros que han sido directores anteriormente, a docentes que imparten la asignatura de Administración de Servicios de Enfermería. Además han sido diferentes tanto las técnicas como los instrumentos, así como los momentos en los que se han llevado a cabo, para recabar la información perseguida
  
- ❖ **Aplicabilidad:** según Guba (1983), equivaldría a la validez externa o posibilidad de generalizar en el enfoque empírico analítico intenta determinar la relevancia y posibilidades de aplicación de las explicaciones/interpretaciones, resultado de una investigación concreta, para otros sujetos, otros

contextos, otros problemas. El partir de situaciones reales y contextualizadas, puede permitir la reflexión e implicación tanto de los participantes como de los responsables en la formación de los directores enfermeros.

- ❖ **Consistencia:** Pretende establecer el grado de relación entre las conclusiones de una investigación y los procedimientos de recogida y análisis de la información. Por el proceso riguroso que se ha seguido en la confección de los instrumentos, parece que esto puede estar garantizado.
  
- ❖ **Neutralidad:** Se propone asegurar que los resultados de la investigación están en función del problema estudiado y no de los intereses y juicios del investigador o investigadores. Angulo Rasco (1990) citado por Gairín (1995: 34)

Referente a los datos cuantitativos, el rigor de la investigación se ha intentado garantizar tanto en la construcción como en la aplicación de los instrumentos y en el análisis llevado a cabo en el tratamiento estadístico.

### **1.1. Descripción General del Proceso: El Esquema de Trabajo.**

El esquema básico del trabajo de investigación queda recogido de manera esquematizada en el siguiente cuadro.

- ❖ El marco general de la investigación se inscribe en el Servicio Andaluz de Salud (Comunidad Autónoma Andaluza), sus actores son los gestores enfermeros.
- ❖ El tema de estudio es las necesidades de formación de estos profesionales, relacionadas con el desempeño profesional.
- ❖ Las necesidades a detectar serán de carácter normativo, expresadas y sentidas (personales).
- ❖ Las fuentes de información van a ser muy diversas (personas expertas, gestores, documentación) y están relacionadas con el tipo de información que se quiere detectar.

- ❖ Los instrumentos son los derivados de cada metodología y están en consonancia con el tipo de información a recabar.
- ❖ El tratamiento de la información permite combinar armónicamente la información cualitativa con la cuantitativa, para lo que se han seleccionado diferentes técnicas de contraste.
- ❖ La información obtenida permitirá conocer y evaluar por una parte, las demandas formativas de los gestores enfermeros andaluces que trabajan en el SAS, y por otra, nos permitirá realizar propuestas formativas.
- ❖ Las propuestas de formación deben articularse en función de la formación que actualmente se está llevando a cabo contemplando a su vez con las posibilidades reales que tiene el SAS para asumir y realizar una posible intervención.

### FASES DEL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

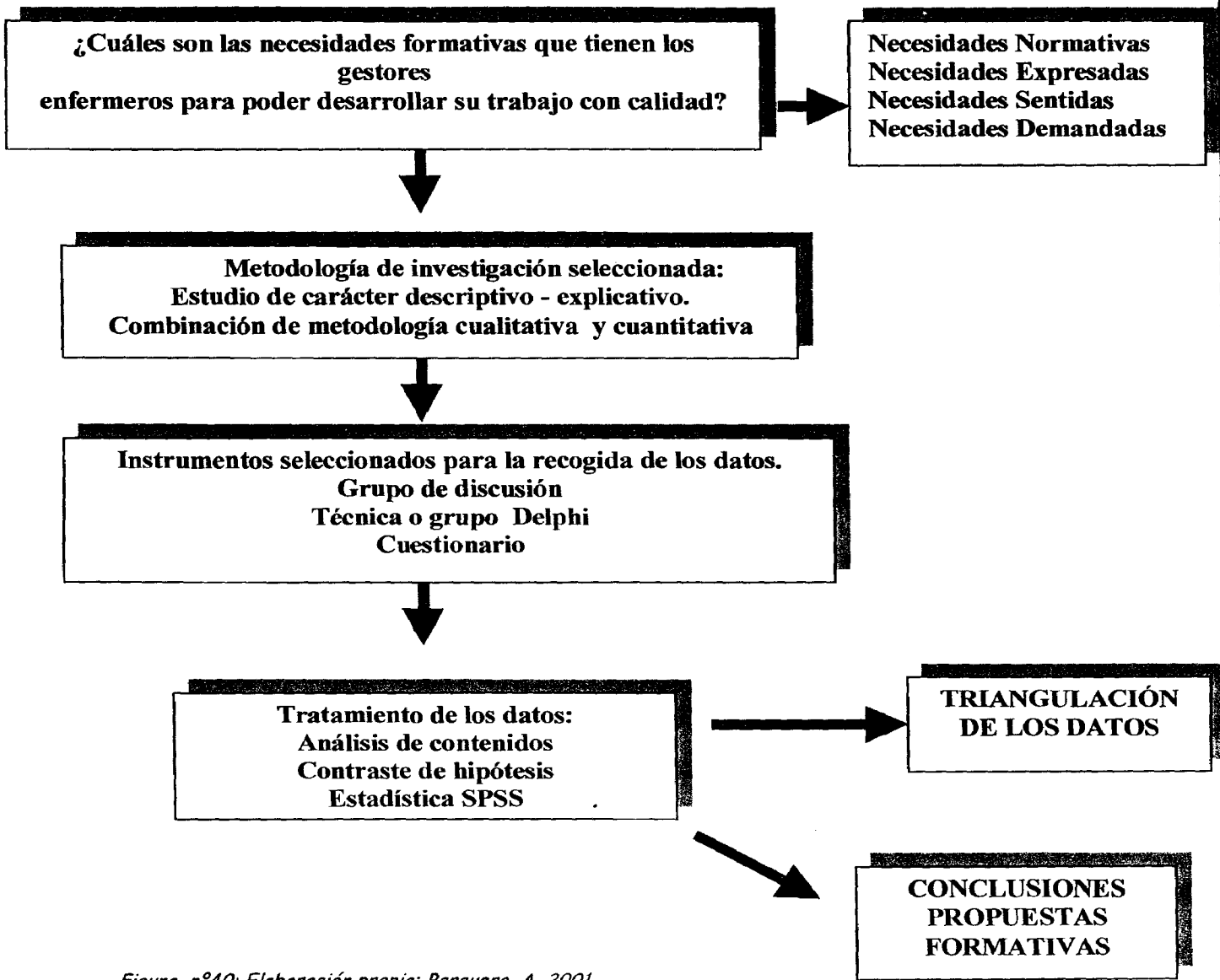


Figura nº40: Elaboración propia: Barquero, A. 2001

## 1.2. Objetivos del Estudio:

Una vez delimitado el problema a estudiar y decidido los ámbitos de análisis, se pasará a plantear los objetivos y a acotar las variables. Los objetivos son los siguientes:

- ❖ Analizar y evaluar las necesidades de formación relacionadas con la gestión y la calidad asistencial de los gestores de Enfermería en el SAS de la CAA.
- ❖ Analizar las modalidades que en la actualidad se utilizan para formar a los directivos.
- ❖ Conseguir que los gestores enfermeros reflexionen y detecten sus lagunas referidas a la formación recibida y a la vez evalúen sus actuaciones profesionales *"con el convencimiento de que es una actividad crítica en la que cada uno aprende de y con los demás"* (Margalef, L. 1997:135).

- ❖ Comparar la oferta formativa con las demandas de los gestores relacionadas con las necesidades y sus expectativas.
- ❖ Hacer propuestas de formación en base a las necesidades detectadas y que surgen de la práctica diaria, con el fin de mejorar cualitativa y cuantitativamente la capacitación de los profesionales. Entonces estaremos hablando de formación y no sólo de entrenamiento. En este sentido, Lhotetier define la formación como "la capacidad de transformar en experiencia significativa los acontecimientos cotidianos generalmente sufridos, en el horizonte de un proyecto personal y colectivo" Marcelo (1992; 176)
- ❖ Abrir nuevas líneas de investigación que faciliten la comunicación y potencien la interacción entre: las Escuelas de Enfermería y la realidad asistencial en el área de la gestión y a su vez con el resto de los profesionales enfermeros.

La investigación cumple con otros objetivos no menos importantes como:

- ❖ Describir el perfil profesional de los gestores enfermeros: su formación, expectativas y dificultades en el desempeño profesional.
- ❖ Describir y analizar los procesos de formación de los enfermeros gestores en el SAS referente a: si hay un estudio previo de las necesidades formativas, el tipo de planificación que se hace, cómo se desarrolla, cómo se evalúa, con qué finalidad, expectativas de los actores, modelos de formación que se siguen.
- ❖ Conocer el tipo de evaluación llevada a cabo por el SAS a los gestores, resultados y productos esperados, realizar propuestas y desarrollo de las mismas.
- ❖ Describir la organización estructural y funcional del SAS, sus órganos de gestión y la posición en el organigrama de los gestores de Enfermería. Innovaciones y tendencias actuales.

- ❖ **Alentar y asesorar a los gestores enfermeros para que se constituyan equipos internos de evaluación y formación que se vea reforzado por otro externo con el fin de ayudar a conseguir unos cuidados de calidad.**

### **1.3. Variables del Estudio.**

En el cuadro siguiente vamos a describir algunas de las variables contempladas.

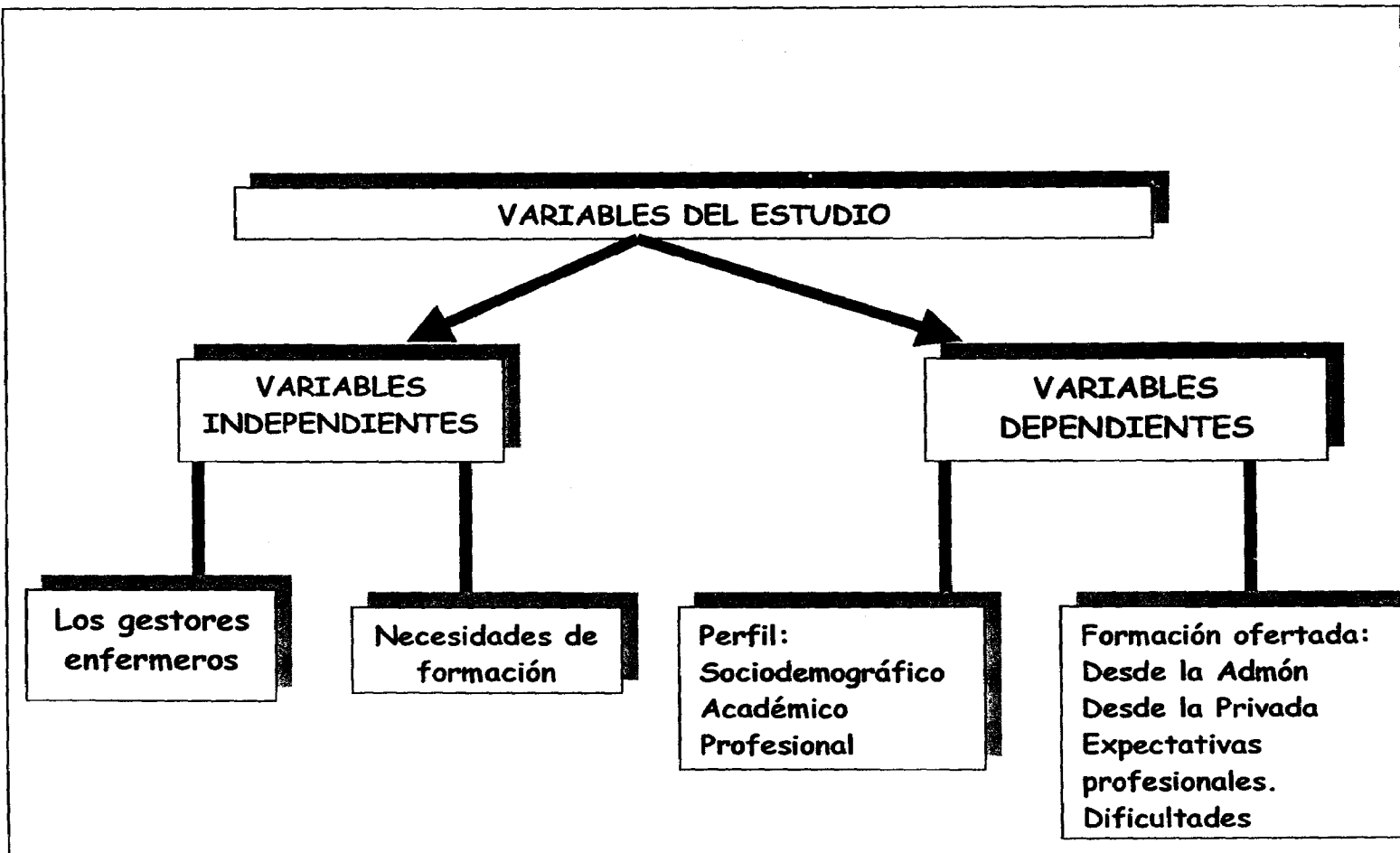


Figura nº41. Elaboración propia: Barquero, A. 2001

Según Bericat (1998: 78-79): "El análisis de las variables se basa en el aislamiento de atributos de la realidad por un lado, y en la sistematicidad con que han de extraerse las observaciones empíricas. Este segundo rasgo permite la replicabilidad y la

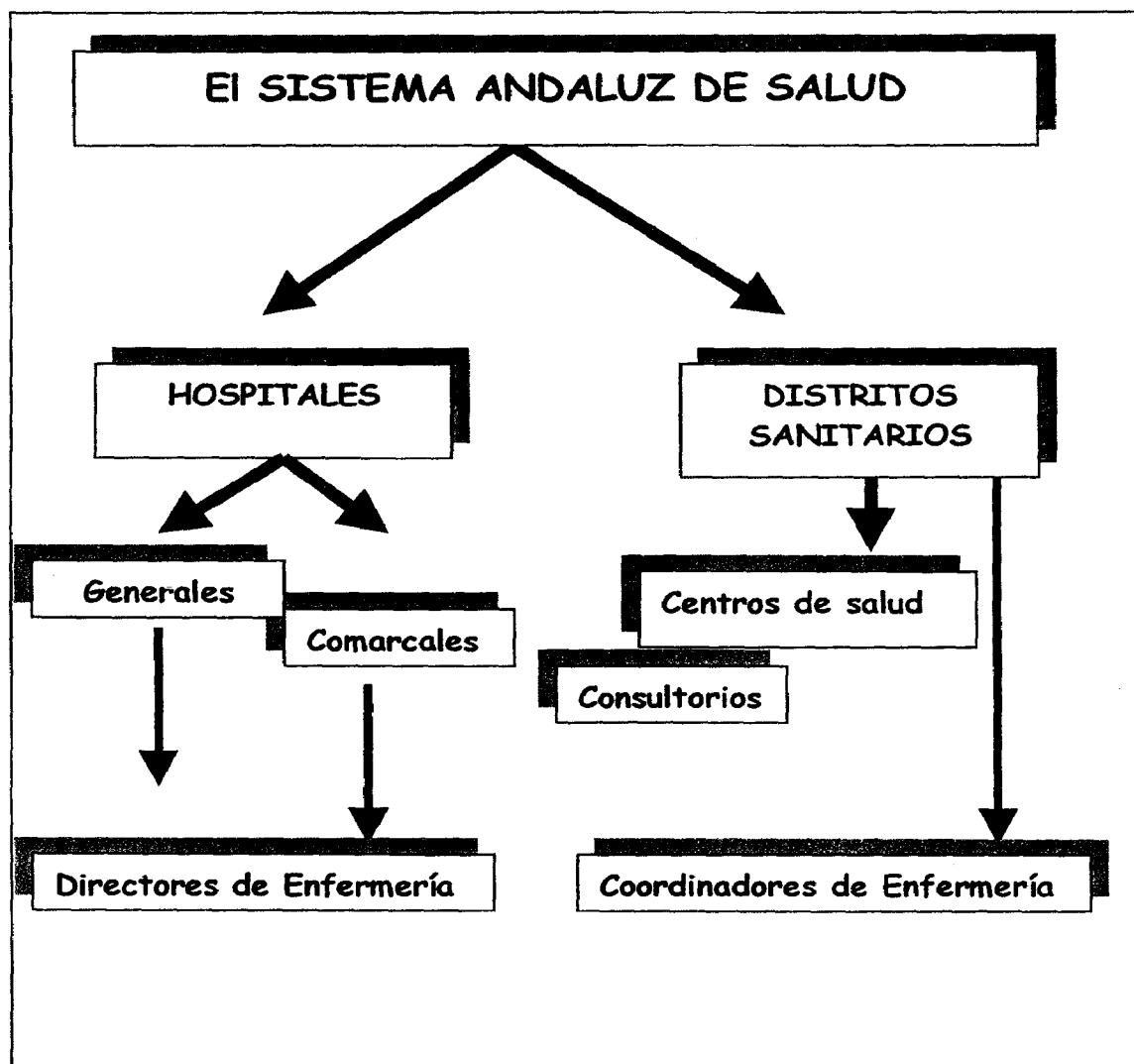
*comparabilidad de los resultados obtenidas por la aplicación de un idéntico proceso observacional a personas, grupos o comunidades diferentes... esto se orienta al incremento de la fiabilidad y también permite contabilizar frecuencias."*

#### **1.4. Población de Estudio:**

Nuestra población de estudio va a ser el conjunto de los Directores de los Hospitales Públicos de la CAA (31) y los de los diferentes Distritos Sanitarios (30) de Atención Primaria pertenecientes al SAS. El tamaño de la muestra a estudiar será coincidente con el de la población, esto es: 61 personas, entre los 31 Directores de Hospitales Públicos y los 30 Directores de Distrito Sanitario.

La decisión de estudiar a la totalidad de la población vino determinada por la buena predisposición mostrada por los directores, con los que se mantuvo un contacto telefónico, para conocer el nivel de colaboración con el que se podía contar.

Figura nº42 Población estudiada. Elaboración propia Barquero. A. (2001)





**SEGUNDA**

**PARTE**

## **CAPÍTULO III**

---

---

### ***LA RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN***



## **0. INTRODUCCIÓN**

Una de las etapas que requiere mayor interés es la relativa a la recogida de los datos y la selección de los instrumentos para poder llevarla a cabo. En esta investigación los datos se han recogido mediante estrategias diferentes. En primer lugar se llevó a cabo el grupo de discusión con una serie de expertos seleccionados, posteriormente se utilizó la técnica Delphi estas técnicas serían las concernientes para los datos cualitativos, para los cuantitativos se utilizó un cuestionario. A continuación pasamos a detallar cada una de las fases seguidas en el proceso.

FASES	FUENTES DE INFORMACIÓN	ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN
<b>FASE PREVIA</b>	Revisión de la literatura. Memorias de otras investigaciones. Experiencias previas llevadas a cabo en el campo de la gestión enfermera. Experiencias concretas llevadas a cabo por el Servicio Andaluz de Salud en el campo de la gestión.	Análisis de los documentos. Estado actual del problema de investigación. Contextualización
<b>FASE I</b>	Proyecto inicial: El grupo de discusión; documentación sobre el mismo. Revisión de otras experiencias. Preparación de la entrevista, elección y contacto con los participantes. Grabaciones, observaciones, diario de campo	Puesta en marcha del grupo de discusión. Negociación. Sistematización y organización de los primeros datos. Análisis de la información. Elaboración del primer borrador de los apartados del estudio.
<b>FASE II</b>	El grupo Delphi: documentación, revisión de otros estudios, realización del primer cuestionario Delphi. Elección del grupo de expertos para dicha técnica, contacto con los mismos. Envío y análisis del primer cuestionario. Delphi.	Recogida de la información. Sistematización y análisis de los datos. Triangulación. Adecuación y modificaciones a la primera propuesta.
<b>FASE III</b>	Elaboración, envío y análisis del 2º cuestionario Delphi.	Revisión, sistematización y análisis de los datos. Triangulación. Adecuación y modificaciones a la segunda propuesta.
<b>FASE IV</b>	Elaboración del cuestionario definitivo, prueba de jueces. Validación del cuestionario. Envío y análisis del cuestionario definitivo.	Sistematización, análisis y tratamiento de los datos. Triangulación. Elaboración del informe final. Revisión y negociación: acuerdos de emisión y publicación del estudio.

Figura nº 43. Fases del proceso: Fuente y actividades. Elaboración propia.

## 1. EL GRUPO DE DISCUSIÓN

La primera técnica utilizada para la recogida de datos fue el grupo de discusión que en palabras de Delgado, J.M. y Gutiérrez, J. (1994:296): *"Es un dispositivo para investigar los lugares comunes (ese espacio topológico de convergencia) que recorren la subjetividad que es, así intersubjetividad."* Según Krueger, R.A. (1991:24) *"Está compuesto generalmente por entre siete y diez participantes desconocidos entre sí. Estos participantes son seleccionados porque tienen ciertas características en común que les relacionan con el tema objeto de la discusión grupal"*. Landeta (1999:25) especifica que: *"La dinámica de esta técnica es muy sencilla: consiste en congregar en un mismo espacio físico a un número de variable de expertos para que intercambien información, opiniones y conocimientos respecto a un problema concreto y, a partir de la posible modificación de sus posiciones individuales, que intenten llegar a una decisión de grupo"*

Por tanto, una vez seleccionado el tema a tratar se determinó el grupo y su composición y continuamos el proceso como a continuación se relata:

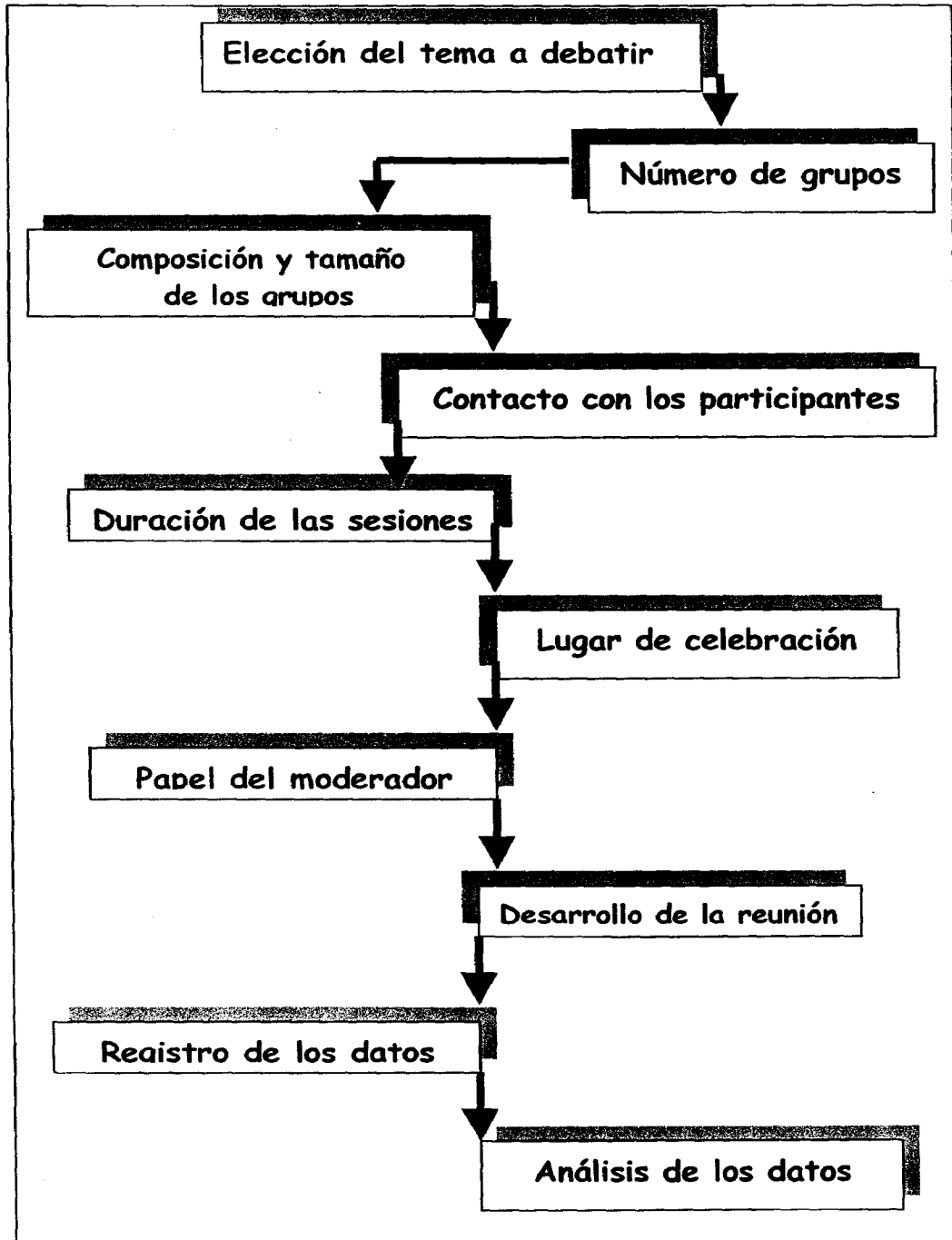


Figura nº44. Elaboración propia. Barquero, A. 2001

### 1.1. Elección del tema a debatir.

El objetivo de utilizar esta técnica de corte cualitativo, era el de recabar información directa sobre el sentir de los gestores, para posteriormente utilizar dicha información en la elaboración del primer cuestionario para el Grupo Delphi. Para ello, se elaboró una guía cuyos resultados nos ayudaron a conocer, describir, analizar la problemática actual de los gestores enfermeros y las posibles propuestas nacidas de dicho grupo de profesionales sobre nuestro tema objeto de estudio.

El tema a debate versó sobre los problemas que en general tienen los gestores enfermeros en la CAA en la actualidad relacionados con la formación y de cómo estos, inciden en el desempeño profesional, teniendo en cuenta que según Callejo, J. (2001:118): *"Las características de la propuesta del tema condicionan también el grado de participación de los convocados a la reunión"*.

Algunas de las cuestiones a debatir y por las que se condujo el grupo de expertos fueron las siguientes:

- ❖ **Funciones del gestor de enfermería:** Hacia dónde va y hacia dónde debería ir la profesión y más concretamente la función de la dirección enfermera.
- ❖ **Desarrollo profesional:** Principales problemas relacionados con su tarea diaria como gestor.
- ❖ **Necesidades de formación:** En qué parcela relacionada con su tarea diaria necesitaba ser formado.
- ❖ **Programación de la formación:** Cómo se lleva a cabo la Formación y cómo debería programar el SAS la formación continuada de los gestores enfermeros.
- ❖ **Actividades y estrategias formativas:** Como podría el SAS para recabar información sobre las necesidades formativas de sus gestores y que cambios debería introducir.
- ❖ **Evaluación:** Fórmulas para evaluar la formación de los gestores y la eficacia de la misma.

## 1.2. Número de Grupos

En cuanto al número de grupos y según Gil (1993) citado por Córdoba, M. (2001: 471): *"Está en función de los objetivos del estudio y depende de consideraciones acerca de la población estudiada"*; algunos autores, continúa diciendo, establecen el número de grupo en tres ó cuatro como mínimo.

En este estudio se han llevado a cabo tres grupos de discusión, cuya característica común, era el estar desempeñando un puesto de dirección o coordinación en hospitales, distritos sanitarios y /o servicios Centrales del Servicio Andaluz o bien el haberlo desempeñado; porque, como dicen Rodríguez y otros(1996:135): *"Los informantes considerados en una investigación cualitativa se eligen porque cumplen ciertos requisitos que, en el mismo contexto educativo o en la misma población, no cumplen otros miembros del grupo o comunidad"*.

### **1.3. Composición y tamaño de los grupos.**

Según Krueger (1991) citado por Córdoba (2001:476) la composición de los grupos puede oscilar entre siete y diez personas, aunque este número puede variar de tan sólo cuatro a un número de doce, otros autores como Wells (1974), y Morgan (1988) plantean entre seis y diez participantes y Álvarez Rojo (1990) e Ibáñez (1992) entre cinco y diez sujetos, aunque el mismo Ibáñez dice que el grupo puede funcionar con tan sólo cuatro personas, siempre que todos participen con la máxima atención.

En este sentido Krueger (1991) dice: *"El tamaño del grupo está condicionado por dos factores debe ser lo suficientemente pequeño como para que todos tengan la oportunidad de exponer sus puntos de vista y lo suficientemente grande como para que exista diversidad en dichos puntos de vista. Cuando el grupo excede a la docena de participantes, hay una tendencia grupal a la disgregación"*

Para evitar las ausencias, la literatura recomienda seleccionar un número superior de los sujetos que pretendemos reunir en cada grupo (Morgan 1988 recomienda el 20%), en nuestro caso no fue posible hacerlo, porque de hacerlo así, si asistían todas las personas convocadas, más el 20% los grupos hubiesen quedado descompensados.

Cualitativamente, la composición de nuestros grupos se vio marcada principalmente por aquellas características fundamentales que se consideró debían poseer los participantes. Para ello, se eligieron a quince personas cuyo requisito fue: el ser o haber sido director, coordinador de enfermería en atención primaria (distrito), o atención especializada (hospital), ser docente de EUE habiendo desempeñado cargos de gestión o el haber desempeñado puestos de coordinador de formación en los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud (puesto que en la actualidad ha desaparecido). Ajustándonos a lo anteriormente expuesto, cada grupo estaba compuesto por cinco miembros, quedando conformado de la siguiente manera:

<b>Grupo nº 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Director de distrito</li> <li>- Directora de distrito</li> <li>- Ex directora de hospital</li> <li>- Ex subdirectora de hospital</li> <li>- Coordinadora de área</li> </ul>
<b>Grupo nº 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ex directora de hospital</li> <li>- Ex subdirectora de hospital</li> <li>- Coordinadora de la formación en los Servicios Centrales</li> <li>- Directora de distrito</li> <li>- Profesora EUE y directora de EUE</li> </ul>
<b>Grupo nº 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Director de distrito</li> <li>- Directora de distrito</li> <li>- Ex directora de hospital</li> <li>- Ex subdirectora de hospital</li> <li>- Profesora de EUE directora de departamento</li> <li>- Ex coordinadora de la formación en los Servicios Centrales</li> </ul>

*Figura nº45. Composición de los grupos de discusión*

#### **1.4. El contacto con los participantes.**

Ateniéndonos a las instrucciones mínimas para la contactación de grupos para reuniones de Callejo, J. (2001:95-101), en un primer momento, se contacto por teléfono o bien personalmente, explicándoles vagamente el tema a tratar para evitar que una excesiva información generase ideas o actitudes predeterminadas (Gil 1993) y a su vez, de evitar ansiedad o intranquilidad (Hayward y Rose 1990). Dicho contacto se llevó a cabo a través de terceras personas o "contactadores" (Orti, 1989). Éstos, eran miembros del Departamento de Enfermería o enfermeros que trabajan en hospitales o centros de salud, los cuales estaban en contacto o conocían a otros profesionales que nos interesaban tener dentro de los grupos.

Una vez aceptada la participación, fueron citados por carta en la cual se les indicaba: el objeto de la reunión en líneas muy generales, el lugar donde tendría lugar, la fecha y la hora. Las reuniones se celebraron a lo largo de la mañana. El primer grupo se reunió a las 9 h. el segundo, a las 11 h y el tercer 13h.

No hubo absentismo en ninguno de los grupos principalmente, porque los invitados consideraron según expresaron posteriormente la relevancia del tema a tratar.

### **1.5. Duración de las Sesiones.**

Las recomendaciones realizadas por algunos autores sobre la duración de las sesiones, oscila entre la hora y media dos horas de Álvarez Rojo y la una y dos horas de Ibáñez (1992) y Gil (1993) citados por Córdoba (2001: 480). Las sesiones de este estudio han tenido una duración entre una hora y media y dos horas

### **1.6. Lugar de la Reunión.**

La reunión se llevó a cabo en Sala de Juntas de la EUE de Huelva, la cual reunía las condiciones que generalmente se aconsejan en la literatura para este tipo de técnica (luz, espacio, confortabilidad etc). La sala contaba con una serie de mesas modulables, las cuales se dispusieron de manera que todos los participantes nos

podíamos ver y además facilitaba la interacción entre todos. Además contaba con unan pizarra y un papelógrafo.

### **1.7. Papel del Moderador.**

Morgan y Krueger (1993) citados por Callejo (2001:119) se preguntan si cualquiera puede moderar un grupo de discusión o exige una especial y profunda especialización y profesionalización; aunque ninguno de los dos extremos sea el adecuado, continúa diciendo el autor que lo que sí que es cierto como afirman Canales y Peinado es que el moderador es el motor del grupo de discusión y como motor del mismo su principal papel es el de dejar hablar. De este parecer también es Ibáñez (1992: 302-305) ya que es de la opinión que el moderador debe provocar, guiar, canalizar la discusión evitando los bloqueos que impiden el buen funcionamiento del mismo a la vez que debe velar porque éste se mantenga dentro del tema tratado.

Sin embargo, según Córdoba, M (2001: 482) autores como Krueger (1991) adjudican al moderador la misión de formular varias preguntas abiertas y bien pensadas capaces de guiar el

discurso y Grunig (1990) propone que el moderador puede formular una serie de tópicos que le interesa analizar más que un guión rígidamente estructurado.

El papel que en todo momento se intentó jugar en este grupo fue el de provocar la discusión sobre el tema que nos ocupaba, moderar las actuaciones de los componentes, bien porque se salían del tema, o porque no dejaban hablar a los otros, queriendo imponer sus opiniones.

### **1.8. Desarrollo de la Reunión.**

Para que se sintieran lo más cómodos posible, no se les dio ninguna recomendación especial, se les invitó a tomar asiento haciéndolo cada uno en el lugar que quiso. Desde el primer momento, se tuvo muy en cuenta la negociación de roles, para ello, se comenzó por informar de nuevo muy someramente sobre la finalidad de la reunión, la constitución de los grupos y la duración de la sesión, haciendo especial hincapié en este último punto.

A continuación, se procedió a las presentaciones para romper el hielo del primer encuentro y la moderadora lanzó la primera pregunta. Ésta, estaba relacionada con las principales dificultades que tienen los directores/coordinadores de enfermería en su desempeño profesional diario como dice Krueger (1998) citado por Callejo (2001:132) esta primera pregunta que abre la sesión debe estar relacionada con los hechos; anteriormente se les solicitó permiso para grabar en audio las sesiones.

En la sala, había otra persona ajena al grupo cuya misión era la de observar a los participantes, además de controlar la grabación y registrar anotaciones en su cuaderno de campo, ya que se consideró que la observación podía ser el método idóneo a la hora de que surgieran dificultades relativas a personas que no se quisiesen manifestar abiertamente, o expresar opiniones sobre hechos o situaciones concretas, además de registrar conductas, expresiones que se pudieran escapar a la persona que conducía la reunión.

En un primer momento y como es lógico surgieron preguntas a:

*que lo que se habla aquí saliese de esta sala"*

*"La información que salga del grupo sólo la vais a manejar vosotras".*

*"Pero, ¿para quién es esta información?"*

*" A mi no me gustaría que lo que se hable aquí saliese de esta sala"*

Una vez aclarado y convencidos de la finalidad del grupo de expertos fue fluyendo un clima de confianza, no habíamos hecho otra cosa que comenzar una negociación que como dice Atkinson citado por Rodríguez y otros (1996:131): *"La negociación que llega hasta la puerta de entrada no siempre es suficiente para abrir otras puertas, aunque al principio puede parecer que con eso basta"*.

La participación de los componentes fue unánime y afloraron multitud de problemas que no por ser comunes a casi todos son compartidos y analizados por los mismos:

*"No tenemos lugares de encuentro donde poder exponer nuestros problemas, muchas veces por falta de tiempo y otras por desidia nuestra; cuando esto sería muy bueno para todos en muchos sentidos, primero, nos ayudaría a analizar aquellas situaciones comunes pudiendo dar soluciones variadas; segundo tendríamos más fuerza a la hora de plantear a la Admón. soluciones a aquellos problemas que son comunes"... "nos encontramos aislados pensando que los problemas son sólo míos"... "Este tipo de encuentros deberíamos exigirnoslos y exigirlos"..."*

La reflexión sobre la realidad del día a día vivida por los gestores afloró de manera espontánea y fluida como diría Walker (1983) citado por Pozuelos, F.J. (2000: 411) *"El examen de un ejemplo de acción"*. Por otra parte, *"Este dinamismo fruto de distintos intercambios e interacciones imprime un carácter evolutivo que escapa a todo esquematismo previo o secuencia rígida de trabajo de investigación"*

## 1.9. Registro de la información.

Los recursos utilizados para recoger la información fueron el audio, el cuaderno de campo y la pizarra, porque como detalla Canales, M. y Peinado, A. (1994:305) en Delgado, J.M. y Gutiérrez, J. (1994). *"El registro cumple dos funciones: por un lado, recoge el texto en su extensión y literalmente, de modo que el análisis pueda operar sobre este material bruto, sin ningún filtro intermedio. Por otro viene a objetivar la dimensión del trabajo del grupo"*. Con anterioridad y como propone Erikson (1989) citado por Pozuelo, F.J. (2000:414): *"El investigador debe negociar una estricta protección de la información, es decir, proteger los intereses particulares de los participantes"*.

En este nuestro caso, no fue posible grabar en vídeo ya que no lo consideraron oportuno dos personas del grupo. *"Queremos hablar con tranquilidad, no queremos que se nos identifique..."* Como anteriormente se había pactado la confidencialidad tanto de los datos como de las fuentes se respetaron ya que como dice Walker (1983) *"Debe ser una preocupación metodológica constante y*

*estrechamente relacionada con los valores y contenidos..."*

Pozuelo, F.J. (2000:414)

Pero, además para analizar los datos de manera coherente es necesario seguir un método y en este caso hemos seguido las etapas que proponen Taylor y Bogdan (1994: 321) y que se explican en el cuadro siguiente:

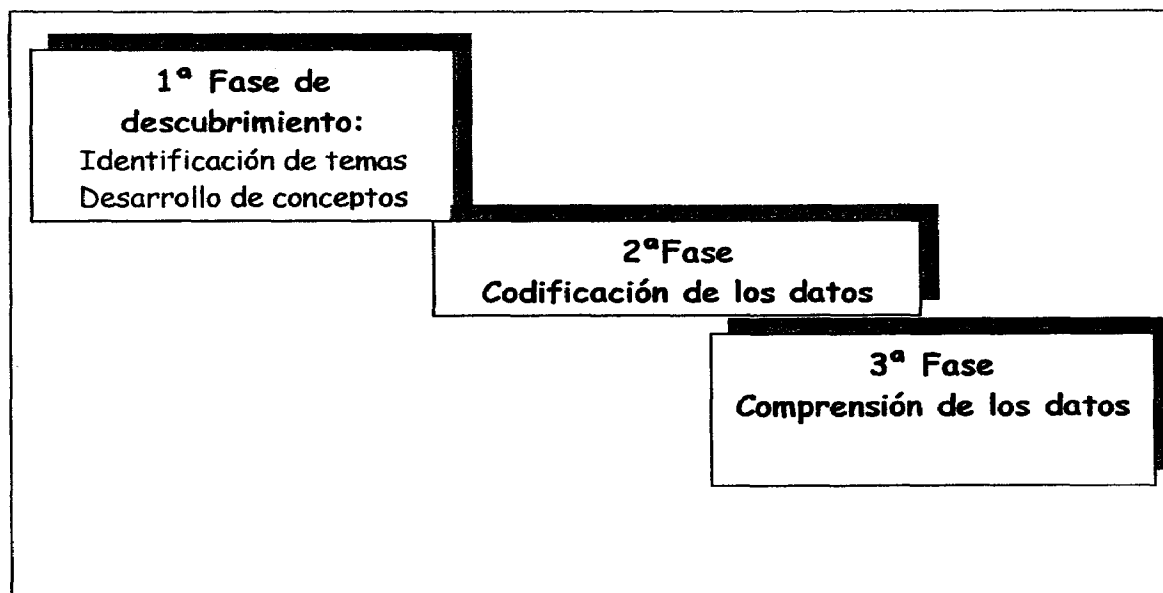


Figura nº46. Cuadro Elaboración propia

Para la primera fase, los autores aconsejan:

- ❖ Leer repetidamente el texto.
- ❖ Seguir la pista de los temas que surjan.
- ❖ Buscar temas emergentes.
- ❖ Elaborar tipologías.
- ❖ Desarrollar conceptos y proposiciones teóricas
- ❖ Leer material bibliográfico
- ❖ Desarrollar una guía o guión de la historia.

La segunda fase sería la manera de ir puliendo y desarrollando las interpretaciones de los datos, esto debe hacerse tras haber designado las unidades de análisis; y la tercera consiste en interpretar los datos en el contexto recogido.

Otros autores como Bardin (1986:71) y Miles y Huberman (1984) proponen las siguiente estrategias que sintetizamos en el cuadro siguiente:

<b>Bardín</b>	<b>Miles y Huberman</b>
Elección de la unidad de análisis Codificación Extracción de elementos y enumeración Agrupamiento en categorías y clasificación Revisión del material de campo según las categorías e interpretación	Reducción de los datos Estructuración y presentación Extracción de conclusiones

Figura nº 47. Elaboración propia. Barquero, A. (2001)

En primer lugar y como aconseja Stubbs (1987) citado por Callejo (2001:146) se oyeron las cintas grabadas antes de la reducción definitiva a los textos escritos: *"El magnetófono proporciona demasiados datos, que la transcripción selecciona"*. A continuación, para analizar los datos del grupo de discusión se

siguió la propuesta de Bardín. El primer cometido llevado a cabo fue elegir la unidad de análisis.

1. Para ello, se hicieron varias lecturas de la transcripción de las cintas grabadas en el grupo, en esta tarea participó la observadora y la investigadora. Se consensuó el párrafo como unidad de análisis.
2. A cada una de las unidades de análisis se le asignó un símbolo, con ello se pretendía desarrollar categorías de codificación.
3. Extracción de elementos. Enumeración. Una vez analizados los textos, teníamos frases, expresiones de los participantes relativas a dificultades profesionales, formación, necesidades sentidas, procesos seguidos en su formación etc.
4. Agrupación de los elementos en categorías. Una vez codificados los datos de cada categoría deben reunirse. Para

ello, debe establecerse las diferencias y similitudes porque de lo que se trata es de comparar y ordenar.

El sistema categorial se montó a partir de la primeras lecturas y teniendo en cuenta las recomendaciones que hacen expertos como Fox (1981); Weber (1985); Bardin (1986); Pérez Serrano (1994)... referido a esta tema cuando afirman que un sistema categorial debe ser:

- ❖ **Exclusivo:** Cada elemento debe pertenecer a una sola categoría.
- ❖ **Homogéneo:** La organización estipulada debe seguir el mismo principio
- ❖ **Pertinente:** Debe adaptarse tanto al texto como al objetivo marcado.
- ❖ **Productivo:** es decir que aporte soluciones al tema de estudio.

- ❖ **Fiable:** para conseguirlo debe ser aplicado por varios analistas o aplicarlo varias veces.

<b>CÓDIGOS</b>	<b>CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS</b>
<b>FUN</b>	<b>Funciones del gestor de enfermería:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestión de cuidados</li> <li>- Gestión de recursos materiales y humanos</li> <li>- Control</li> <li>- Delegación de funciones</li> <li>- La carrera profesional</li> </ul>
<b>PROB DP</b>	<b>Problemas relacionados con el desempeño profesional</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Con la Admón.</li> <li>- Con el personal</li> <li>- Con los recursos</li> <li>- Con los sindicatos</li> </ul>
<b>FOR</b>	<b>Formación específica para la gestión enfermera</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidades de formación</li> <li>- Formación continuada</li> <li>- Formación del personal</li> </ul>
<b>EVA FOR</b>	<b>Evaluación de la formación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrategias evaluativas en el centro</li> <li>- Evaluación por parte de la Admón.</li> </ul>
<b>PROG FOR</b>	<b>Estrategias formativas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programación de la formación</li> <li>- Desde la Admón.</li> <li>- En el centro</li> </ul>

*Fig. nº 48. Configuración de los grupos de discusión Elaboración propia*

## 5. Revisión del material de campo atendiendo a las categorías.

Interpretación. Tras la categorización se volvió a revisar de nuevo las transcripciones pero desde la perspectiva que te da el haber profundizados sobre las mismas y con el apoyo conceptual aportado por la revisión bibliográfica.

### **1.10. Análisis e Interpretación de los Datos.**

Por último, se llevó a cabo el análisis cualitativo y la interpretación de los datos lo que nos situó ante una panorámica general del mundo de la gestión enfermera. Es aquí donde se apoyaría el proyecto inicial, ya que, la finalidad perseguida al utilizar este instrumento no era otra, que la de recabar información para la construcción del primer cuestionario abierto utilizado en el Delphi. Como dice Krueger, Mueller y Casey citado por Krueger, R.A. (1991:37) "*Los grupos de discusión ofrecen una valiosa discusión para confeccionar cuestionarios y pueden utilizarse previo a la planificación a la valoración de necesidades, diseño de programas etc*".

Referido a las funciones del gestor de enfermería (FUN) Como se ha ido describiendo y analizando en el marco conceptual existe un vacío referente a las funciones no sólo en la profesión en sí, sino que esto se extiende a las funciones que han de ejercer y por ende las actividades derivadas de las mismas y que afectan a los gestores. Por otra parte la falta de autonomía en la profesión se manifiesta en no poder tomar decisiones y así lo manifiestan diciendo:

*""La figura de la enfermera gestora carece de contenido, se nos identifica sólo con la actividad asistencial".*

*"No existen metas ni misiones claras en el SAS. Al no existir misiones concretas difícilmente se pueden desarrollar proyectos profesionales claros".*

*"Te encuentras con muchas dificultades para que tu opinión como técnica se valore, por ejemplo en las comisiones de farmacia, de compra. En algunos momentos apareces como una figura decorativa sólo por cumplir con la norma".*

*"Actualmente, en otros grupos (médicos y licenciados fundamentalmente) se cuestiona el nivel directivo de enfermería".*

*"Tu orientas a todos pero las decisiones las toman otros"*

Según se deduce del análisis realizado existe un sentimiento que parece que sólo son las personas que gestionan la que se creen su papel ya que ni la propia Admón. los potencia en este sentido.

*" El reconocimiento del gestor enfermero siempre está cuestionado por todos, inclusive por el propio colectivo enfermero"*

*"Nuestro colectivo no está concienciado de su influencia en todo el proceso de cuidar. No se consideran parte activa".*

*" Porque entre otras cosas, Maribel, tampoco está claro que es lo que la empresa quiere de mi"*

*"Lo que no le corresponde a nadie, se le da al gestor de enfermería. Gestionamos todo menos los cuidados de enfermería"*

En cuanto a los problemas del colectivo PROBL DP los principales escollos relacionados con su tarea diaria como gestor. Estaban relacionados con los derivados del poco reconocimiento tanto de la Admón. como del colectivo que dirigen, la falta de formación específica para el puesto que van a desarrollar, lo cual va a marcar en parte su desempeño profesional diario.

*"Tu entras en un puesto directivo sin que nadie te haya formado, es más, sin que ni siquiera te digan cual es tu función"*

*-"Alguno de vosotros me decís que quiere la Admón. de nosotros, tampoco conocemos sus objetivos". -*

*-"Eso es verdad, pero es que muchas gentes confunden los objetivos con la productividad. Y, fíjate, cualquier pataleta de los enfermeros, bien porque no les des un día, o algo que ellos quieran, se convierte en una pataleta que se transcribe en pérdida de información para el equipo de gestión, en el momento en que no les das lo que piden, esto se traduce en una presión constante"*

*"Yo no se si estáis de acuerdo, pero en el distrito y Raquel puede corroborarlo, todo lo que no es de nadie es de la coordinadora de enfermería"*

Otra de las dificultades (PROB DP) que apuntan es la ausencia de representación en los órganos gestores como son los Servicios Centrales del SAS. Estas circunstancias, son un escollo más para el desarrollo profesional; una de las consecuencias derivadas de esto, es que las actividades de enfermería actualmente, se midan por indicadores médicos.

*"Mientras ha habido enfermeras en los Servicios Centrales, ha existido la actividad enfermera; a partir de que empiezan a desaparecer, comienzan a desaparecer los medios y las actividades enfermeras"*

*"Cuando yo iba al SAS a pedir cursos de formación o recursos u otro tipo de cosas cuando estaba una enfermera, las dos sabíamos de lo que hablábamos, ahora eso ha cambiado"*

*"¿Qué es lo que hay que medir en Enfermería?. Actualmente, no hay personal de enfermería en los Servicios Centrales para ser el interlocutor en Enfermería. Son los médicos los que deciden. Así el producto enfermero se une a los indicadores médicos, de hecho son los GDRs los que marcan las plantillas de enfermería, siendo estos indicadores exclusivamente médicos."*

La falta de identidad profesional (PROB DP) en el colectivo dificulta la misión enfermera y esta hace que redunde no sólo en el colectivo sino en lo que es más importante, los enfermos.

*"Los enfermeros no nos creemos lo del cuidar. Yo, como estoy, estoy muy cómodo y por tanto no quiero moverme"  
"Empecemos por preguntarnos lo primero, si es que sabemos y estamos de acuerdo en lo que son los cuidados enfermeros"*

Otros problemas (PROB DP) de los que se quejan o al que achacan parte de las dificultades que sufre el colectivo, es de la ausencia de carrera profesional, esto, parece ser es lo que desmotiva en parte a trabajadores que llevan toda su vida viendo como no tienen opción a desempeñar otro tipo de actividad. Los puestos de gestión en el SAS son puestos de confianza y son elegidos generalmente por las personas designadas en puestos superiores. Así el director de enfermería generalmente es elegido por el director médico y éste elige a su equipo que a su vez suelen ser gente de su confianza. Esto supone que

*"Existen grandes diferencias entre la dirección médica y la de enfermería"*

*"Para el SAS no existe el coordinador de enfermería, sólo consideran al administrador o al director médico".*

*"Esta empresa no permite que tu te promociones: no podemos ser directores de distritos, no podemos ser técnicos de salud..."*

*"La falta de competencia profesional hace que no sientan la necesidad de que sus profesionales tengan una buena carrera profesional"*

En el apartado de la formación (FOR) la queja que se manifestaba como uno de los problemas es unánime. Esta falta de formación generalmente la suplen con una autoformación y algunos relatan que es la experiencia la que en muchas ocasiones los salva. La formación que reciben es la que quiere la Admón., y no la que realmente necesitan en la mayoría de las ocasiones.

*"Existen pocos cursos de preparación a nivel de gestión sobretodo cuando se empieza"*

*"Básicamente por lo que yo conozco y llevo bastantes años en esto, lo que tenemos la mayoría es una autoformación y nos apoyamos fundamentalmente en la experiencia. Además la formación que nos da la Admón es discontinua y poco adaptada a las transformaciones tan grandes que existen en este campo"*

*"No quiero decir que estén formados con "cursos de gestión", quiero decir que no se han planteado nuevas vías de formación específica para el desarrollo real de la gestión real de los no recursos en la que estamos y no se ha ensayado ningún sistema nuevo de cara al futuro. Hasta ahora, la formación que se ha dado en la EASP ha sido la que le ha interesado a los políticos de turno".*

*"Falta una formación eficaz que revierta en lo asistencial, además no hay un seguimiento, ni una coordinación sobre lo que se hace o se debería hacer"*

Cuando se refieren a la formación (FOR) que ellos deben autorizar o programar como gestores para los enfermeros, las opiniones son diferentes. Además consideran que la formación a nivel interno está estructurada de manera diferente.

*"Sobre el tema de la formación es una conversación aparte, porque eso es la puerta del absentismo de muchas gentes. Una cosa es que te formes para que tu empresa se beneficie de esa formación, y otra, es que te vayas a un congreso de no se que o a un curso de no se cuanto y te quites del marrón. La formación en el hospital muchas veces no e para formarte sino para evadirte de tu trabajo"*

*" ¡Claro!, pero también existe el caso de cuando te formas para algo y después no te lo dejan poner en marcha"*

*"Si la formación fuera a mejorar en algo tu planta, el hospital, pero muchas gentes te pide hacer unos cursos que tu no te lo puedes ni imaginar Ana, que no tiene ninguna relación con su actividad ni siquiera a veces, con su profesión."*

*"Además este tema mejoró con la Formación Continuada, cuando nosotras llegamos de jefas a nuestro hospital, se podían contar con los dedos de la mano los enfermeros que tenían algún curso de formación. Cuando lo dejamos era al contrario"*

En cuanto a las necesidades de formación (FOR) que manifiestan relacionadas con su tarea diaria, la demanda realizada en este sentido fue variopinta, las mayores coincidencias fueron para cursos de programación, relaciones humanas, gestión de recursos, evaluación, calidad, legislación, informática.

*"Los ciudadanos exigen cada vez más calidad en los cuidados de salud y no estamos preparados"*

*"Se supone que además somos los gestores enfermeros los que debemos velar por la formación de las enfermeras, y por tanto deberíamos ser los más preparados"*

Respecto al cómo se programa (PROG FOR) y cómo debería programar el SAS la formación continuada de los gestores enfermeros.

No existe programación conocida por parte de los gestores que provenga del SAS. Generalmente son las personas las que solicitan los cursos, en ocasiones es la propia Admón. la que propone

realizar a ciertas personas. Además, existe una queja sobre la falta de representatividad de los enfermeros en los órganos donde se programa y se toman las decisiones y así lo expresan:

*"En la elaboración del segundo Plan Estratégico del SAS, donde se programa entre otras cosas la formación, no hay ningún director de enfermería, fijaos que cosa más gorda, claro que aquí prima el amiguismo, y la información que tenemos es de segunda mano, por lo tanto está más que sesgada"*

*"La formación nunca ha sido una asignatura de la Admón así que para qué se va a programar".*

*"Hace algunos años cuando yo comenzaba en esto, la Admón, marcó una línea de actuación y tenían unos programas de formación para directivos, se empezó y se cortó"*

Sobre las estrategias (PROG FOR) que podría utilizar el SAS para recabar información sobre las necesidades formativas de sus gestores.

*"Muy fácil preguntándonos"*

*"Podía montar seminarios, reuniones de desde los que salieran iniciativas y además agrupásemos a personas con intereses comunes, además esto sería bueno para contrastar aquello que sabemos, lo que nos hace falta, pero, esto no le interesa a la Admón"*

Fórmulas para evaluar la formación (EVA FOR) de los gestores y la eficacia de la misma. Existe un vacío en esta parcela, tanto para una formación inicial, como para la continuada, a nadie se le pide cuenta de la formación recibida y ésta redonda sólo en el que la recibe.

*"Otro problema de la gestión además de que no se dan cursos es que tan poco puede motivarlos, porque si yo pudiera decir a gentes que está por la labor: Te voy a dar quince días para que vayas a un curso y luego lo pongas en práctica en tu planta. Per, esto no es posible así a ver como luego le exiges tu que cumplan bien su misión."*

*"La formación ha servido para muchos para hacer currículum y después irse a la privada".*

*"A veces desde arriba te dicen que tienes que dejar ir a fulanito, o sutanito a Granada, pero después nadie te pide que tu le exijas una memoria, si lo haces es porque tu quieres"*

Para finalizar, podríamos resumir los pasos seguidos en todo el proceso en el cuadro siguiente, donde se puede observar tanto las estrategias utilizadas para la recogida de la información, como el proceso seguido en el análisis de los datos.

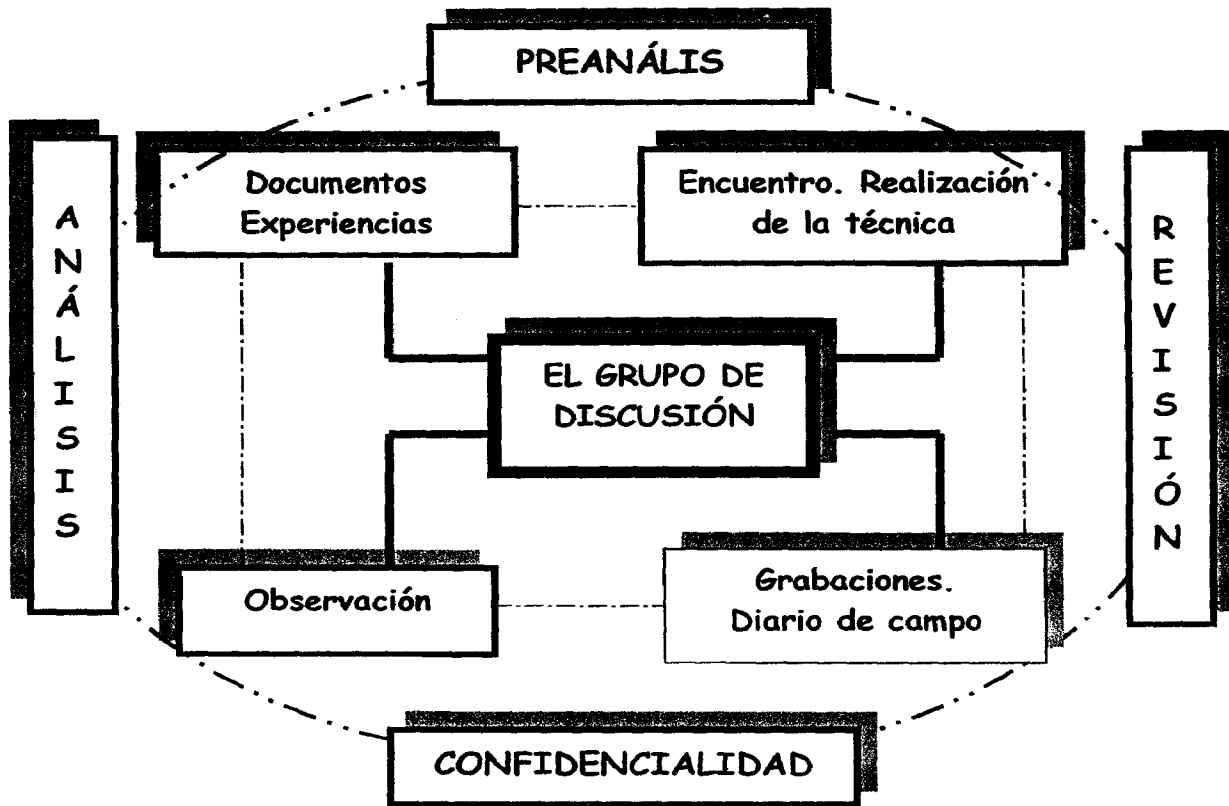


Figura nº 49. Elaboración propia. Barquero, A. 2001.

## 2. LA TÉCNICA DELPHI.

Linstone y Turoff (1975) citado por Landeta (1999:31) definen la técnica Delphi *"Como un método de estructuración de un proceso de comunicación grupal que es efectivo a la hora de permitir a un grupo de individuos, como un todo, tratar un problema complejo"*. Para Ruiz, J. e Ispizua, M.A. (1989:172) La técnica Delphi es un proceso sistemático e interactivo encaminado a la obtención de las opiniones y el mayor consenso posible de un grupo de expertos esta técnica parte de tres supuestos:

1. El supuesto conocido que "dos ojos ven más que uno"; la opinión de un individuo sólo es menos fiable que la opinión de un grupo en igualdad de condiciones.
2. Cuando se trata de prever las consecuencias de una decisión importante es preciso recabar la opinión de personas a las que se les considera expertos en la materia, teniendo poco valor la de aquellos otros que ocupan una posición secundaria respecto al tema.

3. Es corriente que los expertos mantengan entre sí opiniones dispares con respecto al tema. Esta técnica presupone que, aun en aquellas situaciones en la que los expertos mantienen una discrepancia frontal, pueden llegarse a conseguir un doble objetivo. Por un lado, es posible encontrar algunos puntos de consenso; y, por otro, al margen de la opinión respecto a la solución de un problema, los expertos pueden estar de acuerdo respecto a los aspectos o dimensiones que en este problema son prioritarios y cuáles, pueden ser tenidos como secundarios.

Las premisas en que se asientan los razonamientos ulteriores que llevan a concebir la metodología Delphi se sustentan en los siguientes principios. Landeta, J. (1999:41).

1. El futuro se construye.
2. Limitación de la previsión tradicional.
3. Necesidad del juicio de los expertos.
4. El juicio subjetivo es imperfecto.
5. Superioridad del juicio grupal.
6. En los procesos grupales se dan fenómenos negativos.

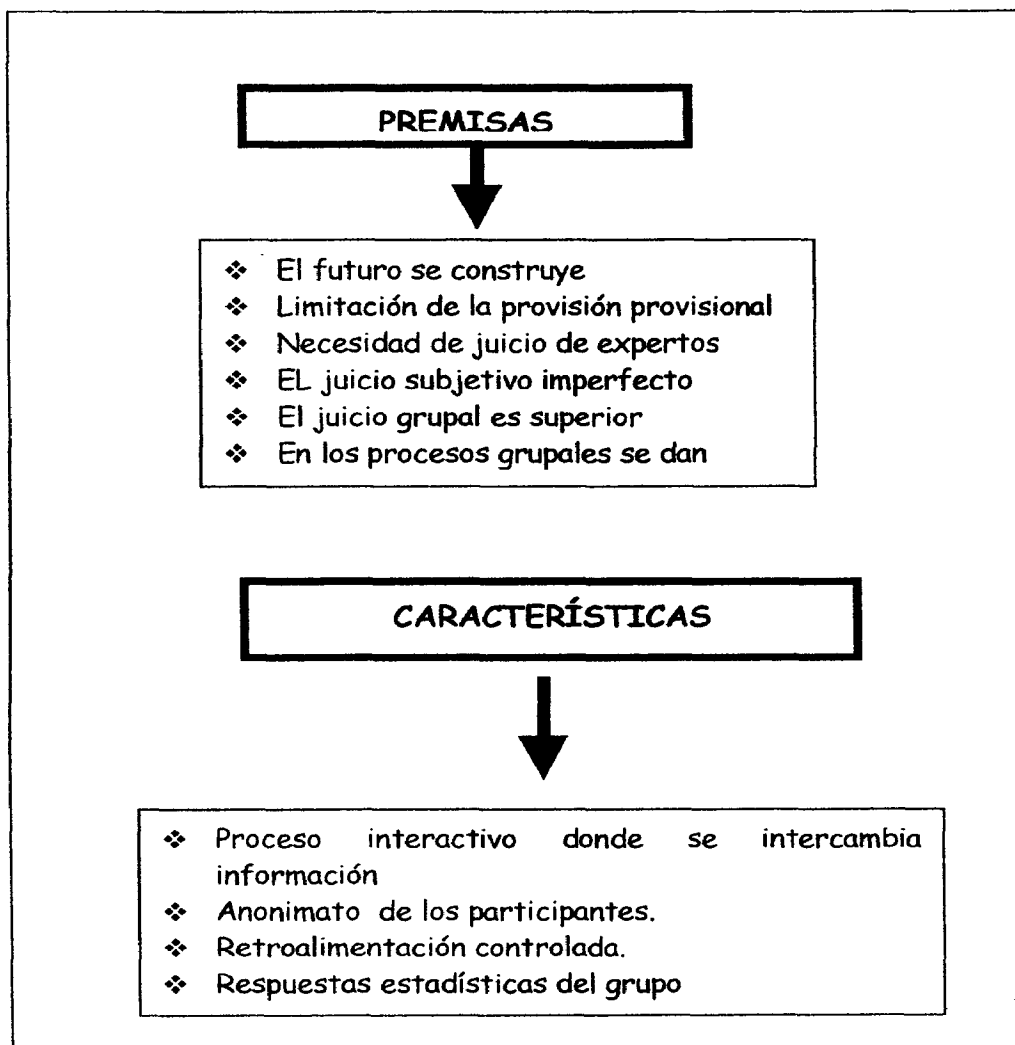


Figura nº 50. Premisas y características del Delphi. Fuentes: Landeta, J (1999).

## **2.1. Participantes del Estudio. Número de Expertos.**

Para este estudio, se seleccionaron 13 expertos a nivel de todo el territorio español según Galanc T. Y Mikus, J. (1986) citados por Landeta, J. (1999:60) no hay formas de determinar cual es el número óptimo de expertos, a modo indicativo se consideraban como siete el número mínimo y a partir de 30 es desaconsejable.

## **2.2. Requisitos para poder formar parte del Grupo Delphi.**

- ❖ **Que su formación supere la media a nivel general en el tema tratado.** En este estudio, las personas seleccionadas fueron profesionales de enfermería de reconocido prestigio en el campo de la gestión que bien están trabajando como gestores, o como docentes en el área de Administración de los Servicios de Enfermería, o bien habían desempeñado dichos cargos.

<b>Composición Grupo Delphi</b>	
❖	3 Directoras de hospitales
❖	3 Profesoras de Administración de Servicios de Enfermería
❖	1 Subdirectora de hospital
❖	2 Ex directora de hospital
❖	3 Coordinadores de enfermería de distrito
❖	1 Ex - subdirectora de hospital

- ❖ **Que quiera trabajar en el proyecto.** Para ello, se contacto con dichas personas para pedir su consentimiento y saber de su disponibilidad. Excepto dos de los seleccionados que declinaron la invitación por falta de tiempo, el resto de los elegidos desde el primer momento se mostraron interesadas en participar en el estudio. Todos y cada uno de éstos cumplieron los plazos pactados.

- ❖ **Que disponga de tiempo.** El tiempo, fue el único escollo encontrado, factor éste, que se superó con éxito debido al interés mostrado por los elegidos.

### **2.3. Contacto con los Expertos.**

EL contacto con los participantes seleccionados se hizo en un primer momento a través del teléfono, una vez aceptada su participación, se les envió una carta informándoles sobre:

- ❖ Los objetivos del estudio.
- ❖ La metodología que se estaba llevando a cabo.
- ❖ Se les recordaba en lo que consistía la técnica Delphi, el número de cuestionario que se debían cumplimentar (3).
- ❖ La duración aproximada del proceso, y la importancia de que se respetaran los plazos estipulados. A cada cuestionario se les daba entre 25 y 30 días para su cumplimentación.

- ❖ Para lo que servía la información recibida, en nuestro caso concreto era para la confección de un cuestionario.
- ❖ Por último, se les agradecía su participación y se les prometía informales de todos los resultados que se obtuvieran en dicho estudio.

#### **2.4. Proceso Seguido en la Elaboración de Cuestionario Delphi.**

En la planificación de un cuestionario, como plantea Córdoba (2000:429) citando a del Rincón y otros (1995) y a Davison (19970) se han de tener en cuenta una serie de cuestiones como:

- ❖ La definición los objetivos.
- ❖ La definición de la información que se necesita
- ❖ La revisión de la información sobre el tema de estudio

- ❖ La decisión sobre los datos a recoger y el análisis de la muestra.
- ❖ La evaluación de recursos: materiales, humanos, el tiempo...
- ❖ La elección de la muestra.
- ❖ La elección del método de encuesta.
- ❖ La estructura de las preguntas.
- ❖ El diseño del cuestionario.
- ❖ La elección del método para la recogida de los datos.
- ❖ La aplicación piloto.
- ❖ La rectificación del cuestionario y la muestra.
- ❖ La aplicación.

Como se comentaba anteriormente, una vez llevado a cabo el análisis y la interpretación de los datos recogidos en el grupo de discusión, se construyó el primer cuestionario y teniendo en cuenta los apartados anteriormente citados.

Las preguntas eran todas abiertas porque como aconseja Landeta, J. (1999:689): *"Cuando el estudio lo permita, se debe comenzar con preguntas abiertas, para extraer a partir de ahí los ítems y cuestiones sobre las que se asentará la continuación del trabajo, disminuyendo (aunque no desapareciendo) de esta manera la influencia de los investigadores, al descansar en las indicaciones de los propios expertos el esquema del desarrollo del proceso"*.

Cada pregunta presentaba cinco opciones que los expertos debían ordenar del 1 al 5, por orden decreciente de importancia. Para su construcción se tuvieron en cuenta algunas de las recomendaciones de Salancik y otros (1977) citados por Landeta, J. (1999:75) como:

- ❖ Preguntas claras y concisas.
- ❖ Realizar pretests antes de su formulación definitiva.
- ❖ Los ítems objeto de tratamiento Delphi es aconsejable que procedan de una pregunta previa abierta.
- ❖ Cuanto mayor sea el conocimiento de los expertos y más simple y familiar sea el objeto de la cuestión, menos extensa debe ser la pregunta.

La técnica se lleva a cabo mediante el envío de tres rondas de cuestionarios, una vez recogido el primero, se analizaron y categorizaron las respuestas, construyéndose el segundo cuestionario, se envía y se sigue el mismo procedimiento anterior y así hasta el tercero. El tercer cuestionario no sufrió ninguna modificación.

## **2.5. Contenido de los cuestionarios**

Algunas de las preguntas que se llevaron a cabo en el primer cuestionario estaban relacionadas con:

- ❖ Identifique cinco problemas que obstaculizan el desempeño profesional de los profesionales enfermeros que se dedican a la gestión.
- ❖ Defina cuáles en su opinión, deben ser las funciones específicas de los gestores enfermeros.

- ❖ Señale las cinco principales dificultades para desarrollarlas
  
- ❖ Indique cinco parcelas en las que tiene prioridad en ser formado.
  
- ❖ Enumere las principales carencias de la Admón. en materia de formación respecto a los directores y coordinadores de enfermería
  
- ❖ Enumere algunas de las ofertas formativas del SAS para sus gestores enfermeros.
  
- ❖ Señale como se lleva a cabo la evaluación de la eficacia y eficiencia de los programas formativos por parte del SAS.
  
- ❖ Formule alguna propuesta al SAS relacionada de cómo llevaría a cabo la formación de los gestores.
  
- ❖ Señale de qué manera podría evaluar el SAS a sus gestores la formación recibida.

El proceso Delphi. Esquema global

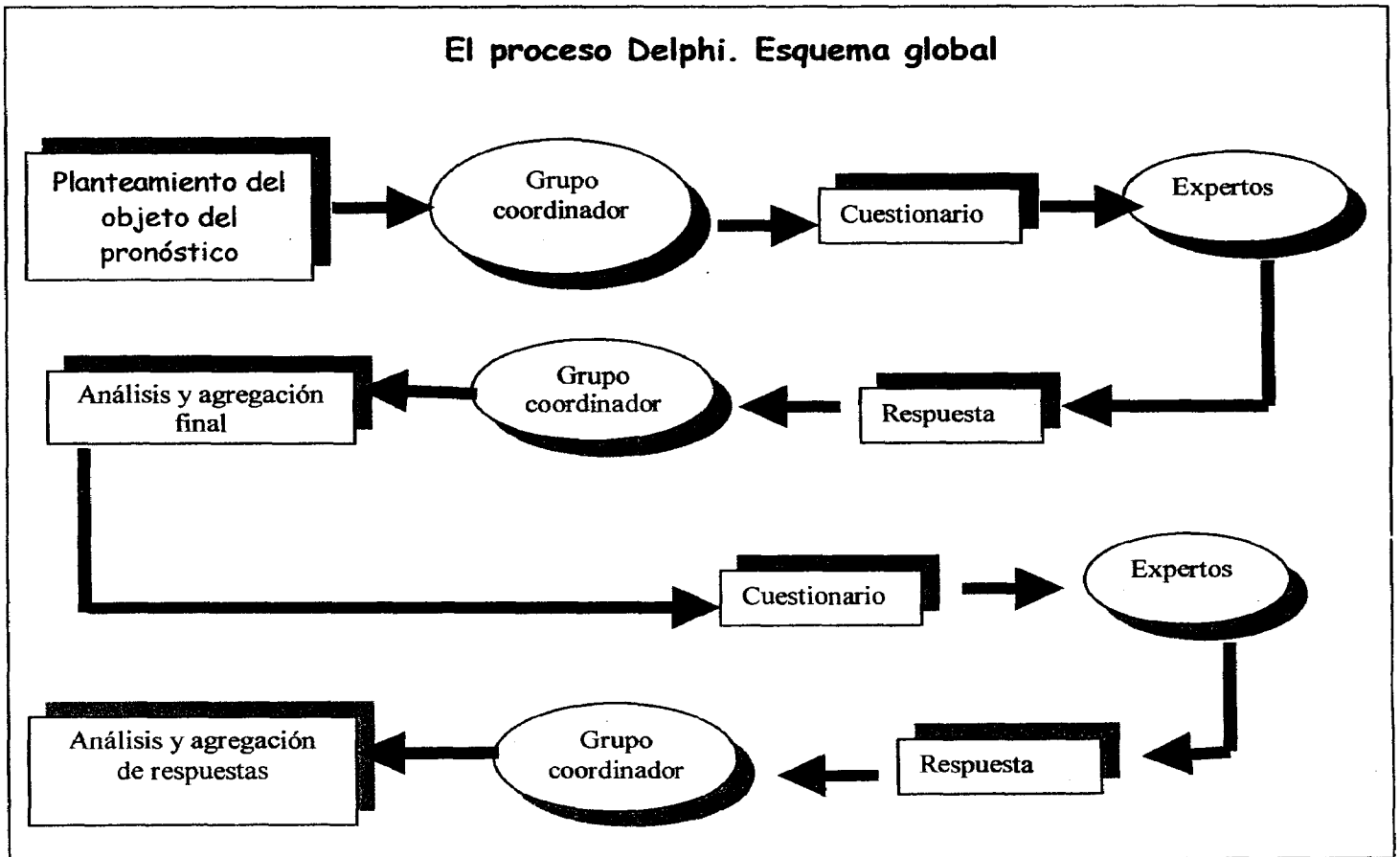


Figura nº 51. Fuente: Soldevilla, E. Citado por Landeta (1999: 51)

## 2.6. Limitaciones de la técnica Delphi:

Algunas características y limitaciones del Delphi según Landeta (1999:156) son el anonimato, la retroalimentación controlada y la categorización de las respuestas, respecto a las limitaciones so el abandono de los participantes, puede dilatarse en el tiempo, la evaluación de los expertos que conforman el grupo.

## 3. EL CUESTIONARIO.

Para Rodríguez, G. y otros (1996:185-186): *"El cuestionario como técnica de recogida de datos puede prestar un importante servicio en la investigación cualitativa"* Para ello, deben respetarse algunas exigencias como:

- ❖ Es un procedimiento de exploración de ideas y creencias generales sobre algún aspecto de la realidad.
- ❖ Se considera una técnica más no la única, ni fundamental en el proceso de la recogida de datos. Así en este estudio

la recogida ha sido a través del grupo de expertos, la técnica Delphi y el cuestionario.

- ❖ En su elaboración se parten de los esquemas de referencia teóricos y experiencias definidos por un colectivo determinado y en relación con el contexto de que son parte. En nuestro caso se ha partido de las experiencias de gestores asistenciales en el campo de la enfermería y de docentes encargados de impartir la Administración de Servicios de Enfermería.
- ❖ El análisis de los datos del cuestionario permite que la información se comparta por participantes en la investigación. Por nuestra parte se ha creado un compromiso para dar a conocer los resultados con los participantes en la misma, y para poder planificar estrategias de trabajo comunes.
- ❖ El cuestionario no produce rechazo entre los miembros de determinado colectivo, sino que es mayoritariamente

aceptado y se considera una técnica útil en el proceso de acercamiento de la realidad estudiada. El contacto con la población estudiada ha sido de una muy buena acogida ya que encontraban un tema de gran interés y poco estudiado y todas aquellas personas que se les solicitó su colaboración aceptaron de buen agrado.

### **3.1. La recogida de la información.**

En este estudio, como ya se ha apuntado anteriormente, se pueden distinguir distintos niveles de análisis con cierta independencia, pero que se apoyan y complementan unos sobre otros y esto es lo que permite dar solidez a los resultados. Esta estrategia de complementación en palabras de Bericat, E. (1998: 106) "*Se basa en el deseo de contar con dos imágenes distintas de la realidad social... Dado que cada método ofrece, por su propia naturaleza, una imagen distinta, dado que cada una revela aspectos diferentes, podremos ampliar nuestro conocimiento de la realidad social.*"

Cada una de las fuentes de información se han ido analizando de manera individual, con la finalidad de conocer en profundidad los significados que en cada una de ellas existen. Para ello se han agrupado en función de la técnica a emplear. El procedimiento seguido ha sido el siguiente:

- A) El análisis de la documentación consistió: en la revisión de otros estudios de investigación relacionados con el tema objeto de estudio; de la bibliografía afín para conocer las aportaciones teóricas y poder ir construyendo el marco teórico referencial; de la normativa y filosofía del SAS en materia de formación y de otros estudios existentes realizados por el Ministerio de Sanidad y por el Servicio Andaluz de Salud relacionados con el tema.

Para recabar la información referida a las instituciones, se mantuvo una entrevista con la responsable de la formación en los Servicios Centrales del SAS (que en esos momentos estaba ocupado por enfermera), dicha persona, nos proporcionó tanto los estudios hasta el momento realizados

como el directorio donde se contemplan todos los hospitales y distritos sanitarios de Andalucía con los nombres de sus responsables y la dirección y teléfono de los mismos.

- B) Los resultados del grupo de discusión se analizó en primer lugar, para montar el grupo Delphi, como anteriormente se ha explicado.
- C) El análisis de los cuestionarios provenientes del Delphi, se realizó, a medida que iban finalizando las tres rondas de las que consta dicha técnica, para culminar en el cuestionario.
- D) Para la recopilación de los datos mediante el cuestionario, se hizo un primer contacto telefónico con todos los directores de hospitales y de distrito del SAS, a los que se les informó del estudio que se estaba llevando a cabo, y para él que se pedía su colaboración, se les informa que pueden contestar bien por correo electrónico o por correo convencional. A las personas que quieren contestar por correo se les envía la documentación en un sobre franqueado y con acuse de recibo (con el fin de asegurar su llegada). La documentación

consistía en una carta de presentación del estudio, el cuestionario y un sobre franqueado para su devolución una vez cumplimentado. Al resto por correo electrónico.

El primer cuestionario se envía la segunda quincena de mayo del 2001, a aquellas personas que no contestaron a los quince días, se les recordó a través del teléfono, la necesidad de su colaboración. No cabe duda que uno de los escollos de la investigación ha sido la recogida de dicho cuestionario. Durante los meses de junio, julio y agosto, se fue contactando con aquellas personas que no habían contestado. Hubo fallos con el correo electrónico y se enviaron a estas personas por correo postal de nuevo el cuestionario. La primera semana de septiembre del 2001 se cierra la recogida del cuestionario.

A continuación se ofrece un resumen sobre el proceso seguido en la recogida de los datos.

1. Obtención de la población a estudiar: directores de hospitales y coordinadores de distritos sanitarios de la Comunidad Autónoma Andaluza. Estos datos se obtuvieron en los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud cita en Sevilla.
1. Celebración grupo de discusión
1. Realización grupo Delphi
1. Construcción del cuestionario definitivo
1. Contacto telefónico con todos los integrantes de la población estudiada, solicitando su aceptación a participar en el estudio y la manera de hacerles llegar el cuestionario.
1. Envío de los cuestionarios este se realiza de diferentes maneras: entrega personal, por correo postal y por correo electrónico.
1. Pasado el tiempo anteriormente estipulado (quince días), se contacta con aquellas personas que no han contestado para saber si han recibido o no el cuestionario. Este procedimiento se llevó a cabo durante los meses de junio, julio, agosto, cerrando la recogida la primera semana de septiembre.

### **3.2. Ventajas y limitaciones del cuestionario como instrumento para la recogida de la información.**

Una de las ventajas que Córdoba, M. (2000:412) resalta de los cuestionarios, es la función de enlace que ejercen entre los objetivos de la investigación y la realidad observada. Por ello, y según Sierra Bravo (1986) (citado por esta autora) las condiciones que considera deben reunir, dependen de la investigación y de la población, puesto que la finalidad del cuestionario es obtener de manera sistemática y ordenada información para la población investigada sobre las variables de estudio. Esta información se refiere que las personas encuestadas piensan, sienten, opinan etc.

Pero, como todos los instrumentos el cuestionario tiene una serie de ventajas y de limitaciones; no hemos de perder de vista lo que apuntan Rodríguez y otros (1996:191): *"El cuestionario es una técnica de encuesta que se elabora para sondear las opiniones de un grupo relativamente numeroso de sujetos, invirtiendo cada uno de ellos un tiempo mínimo. Por tanto, no está especialmente*

*diseñado para exigir a los sujetos grandes dosis de reflexión...".* Muchas veces, el no considerar estas cuestiones se nos convierte en una desventaja, ya que cuando los cuestionarios son demasiado largos, o difíciles de interpretar, suelen o bien no contestarse, o recibirlos con muchas respuestas en blanco esto es lo que expresa Pérez Juste (1984: 108) al decir que contestar un cuestionario implica además de cierto nivel de comprensión y expresión, dominar lo que denomina como "técnicas de respuestas".

Pero, tan poco hemos de olvidar que a menudo es una de las pocas maneras o incluso la única que tenemos de recabar información, de hecho, son numerosas las investigaciones cuyo único instrumento para la recogida de datos se sustenta sólo en el cuestionario; además, es una estrategia muy útil como *dice Hayman (1984:106): "De conocer opiniones, conocer actitudes..."*

Córdoba (2000:413), aludiendo a las ventajas que tienen los cuestionarios en sí, cita a algunos autores como Hopkins (1989) y Buendía (1997). Ésta última autora, considera una ventaja el que el cuestionario no necesite de personas expertas para su puesta en marcha. De ahí, que la mayoría de las veces los cuestionarios,

sean autoadministrados y se envíen por correo. Este método, posibilita en parte, que las respuestas sean más meditadas al no tener un tiempo límite para la contestación y además, da una cierta libertad al no sentirse coartado el entrevistador por el entrevistado.

Esta investigadora sin embargo, considera que en muchos ocasiones más que una ventaja es un inconveniente, ya que por experiencia en otras investigaciones, y por la literatura consultada, uno de los escollos que se presentan más a menudo, es la dificultad a la hora de la recogida de la información cuando se utilizan los cuestionarios autoadministrados y por correo. Esto, es lo que hace que se tenga que insistir para conseguir las respuestas deseadas, con la pérdida que supone tanto de tiempo como de dinero (en teléfono, en envío de nuevos cuestionarios) además de ralentizar todo el proceso del estudio. Además de la "mortalidad" existente que como indican Rodríguez y otros (1996:193) se pierden entre un 40 y u 60% para Buendía (1997) la pérdida estaría en un 30%. Cuando las respuestas no se consiguen al 100% pero estamos en un nivel de respuestas aceptable que nos

permite analizar con fiabilidad las mismas es bueno realizar el análisis de la no-respuesta

Las ventajas que resalta Hokins (1989) de los cuestionarios frente a otros instrumentos se exponen en el cuadro siguiente:

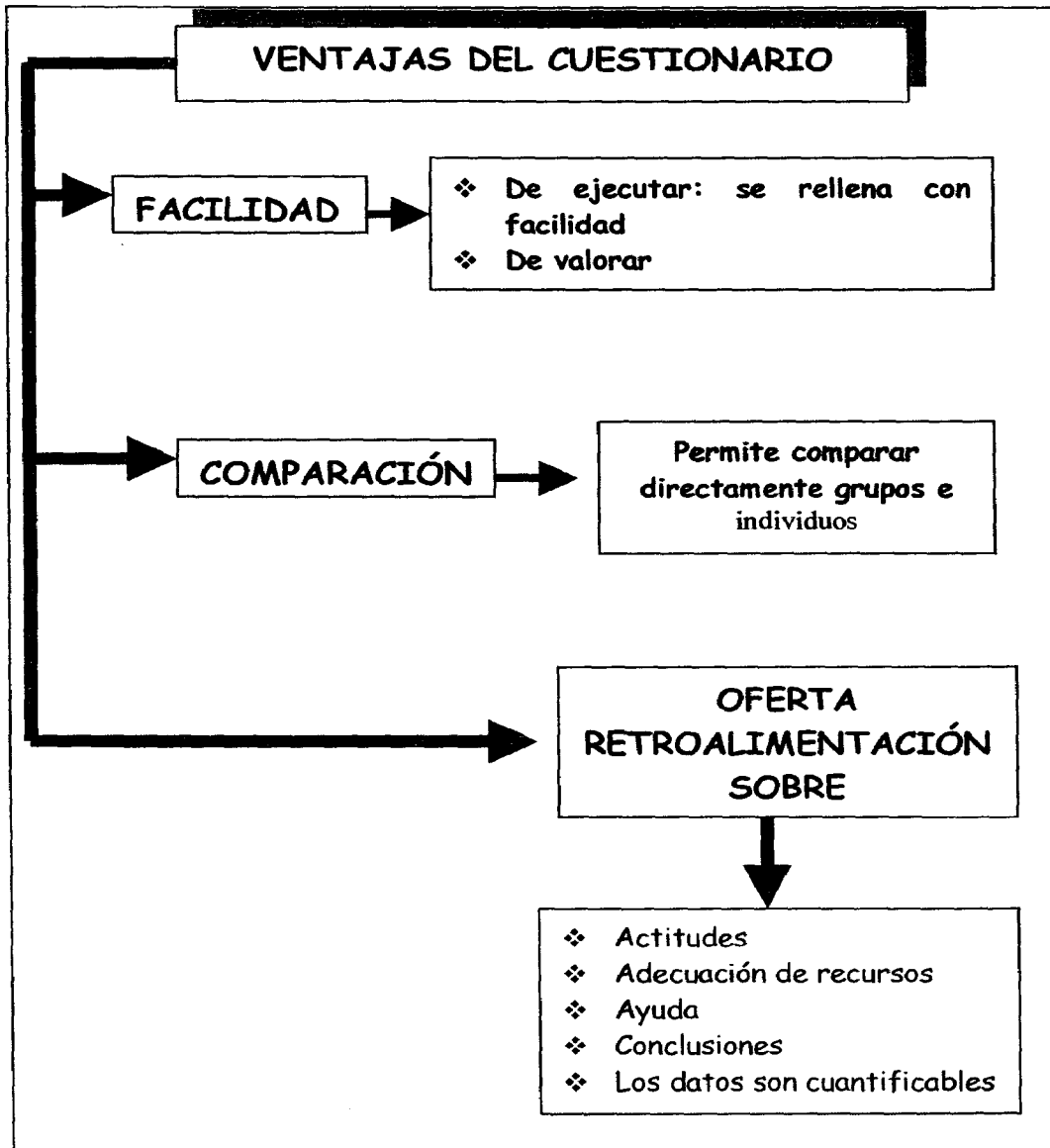


Figura nº 52. Ventajas del cuestionario. Elaboración propia. Barquero, A. 2001.

Frente a las ventajas comentadas el mismo autor relata una serie de inconvenientes tales como:

- ❖ El análisis requiere bastante tiempo.
- ❖ Se necesita gran preparación para conseguir preguntas claras y relevantes.
- ❖ Es difícil conseguir preguntas que exploren en profundidad.
- ❖ La eficacia depende mucho de la capacidad lectora.
- ❖ Los encuestados intentan dar respuestas correctas.

A pesar de las ventajas y limitaciones que se ha descrito, el instrumento elegido para recoger la información proveniente de los gestores enfermeros, ha sido el cuestionario ya que, se consideraron más las ventajas que podía aportar que los inconvenientes, porque como dice Cohen y Manión (1990:70) el cuestionario es una estrategia muy apropiada para la obtención de datos cuando está bien construido y se lleva a cabo de manera adecuada, porque permite recoger información cuantificable y previamente determinada por los investigadores.

Esta investigación tiene un cariz analítico /descriptivo y según Bartolomé y otros (1995) el cuestionario es un instrumento muy aceptado en este tipo de estudio, además, teniendo en cuenta que se ha pasado a la población total estudiada, la posibilidad más coherente y factible era la utilización del cuestionario.

### **3.3. Secuencia para la Validación y Fiabilidad del Cuestionario.**

Como se ha explicado anteriormente para la construcción del primer cuestionario se utilizó el último cuestionario emanado del grupo Delphi, además, se revisaron otros cuestionarios que o bien se habían utilizado en otras investigaciones similares Lizarralde (1992); Gairín, J. (1995), o bien se habían puesto en marcha desde la Administración como el llevado a cabo por el Ministerio de Sanidad y consumo en 1994 o el realizado por el Servicio Andaluz de Salud en 1993.

Para contrarrestar las posibles limitaciones que en el anterior apartado se han descrito, se analizaron detenidamente tanto los objetivos que se perseguían con la investigación (porque como dicen Rodríguez y otros (1996:187): *"Toda planificación comienza a partir de la propia reflexión del encuestador sobre el problema o asunto que constituye el corazón de su estudio";*) así como, a los destinatarios más adecuados para nuestro estudio. Referente a éstos, se descartaron personas que ocupasen puestos intermedios de gestión (responsables de áreas, supervisoras, adjuntas de

enfermería, coordinadora de centros de salud), seleccionado sólo a los directores de enfermería y los coordinadores de distrito. Al filo de lo anterior, Cohen y Manion (1990:132) señalan tres prerequisites a tener en cuenta en la construcción y diseño de un cuestionario:

- A) La especificación exacta de la finalidad del cuestionario.
- B) La población a la que va dirigida.
- C) Los recursos disponibles.

Tanto la elección del formato como el tipo de pregunta y la manera de formularlas habían quedado bastante determinadas por el Delphi donde se habían realizado preguntas abiertas en un primer momento y a medida que se iban depurando quedaron configuradas en preguntas de elección múltiple, de escalas y algunas, las menos, abiertas.

Una vez elaborada la primera versión se sometió a la técnica de la "prueba de jueces". Como dice Córdoba citando a: (Villar 1988; de Vicente y otros 1995; Barrios y otros 1996; Villar y Cabero 1997) esta técnica normalmente utilizada en la investigación, para la validación de los instrumentos elaborados posee una serie de ventajas en un doble sentido; por un lado la revisión directa del instrumento en cuestión, y por otra, las cualificadas respuestas que se pueden obtener, algunas de sus limitaciones serían tanto en la subjetividad a la hora de elegir a los expertos, pero en general y de acuerdo con los expertos señalados tiene pesan más las ventajas que los inconvenientes a la hora de la validación de instrumentos.

La prueba de jueces o juicio de expertos, fue llevada a cabo en tres rondas o momentos diferentes y por expertos distintos en cada una de las rondas. Éstos fueron elegidos por su experiencia en el mundo de la gestión enfermera y/o en el campo de la investigación o docencia en este tema. En total fueron 15 expertos los que participaron en dicha valoración con el fin de cómo dice Visauta B. (1989:280) comprobar aspectos relacionados

con el correcto enunciado de las preguntas y su extensión, el ordenamiento de las mismas, su comprensión etc.

En cada una de las tres pruebas, se les solicitó a los participantes una valoración global del cuestionario, pidiéndoles que hiciese aquellas anotaciones, correcciones o sugerencias que consideraran necesarias porque como plantea Rodríguez, G. y otros (1996:195) *"El cuestionario debe probarse con el objeto de observar entre otras cosas, en que medida han funcionado las preguntas y los problemas que puedan surgir"*.

Las sugerencias que hicieron iban referidas principalmente a: la reducción del cuestionario, eliminación de algunas preguntas por ser confusas o por su excesiva complejidad. La primera versión del cuestionario pasado a la prueba de jueces constaba de 35 preguntas quedando reducido a 20 ítems.

Una vez pasada la prueba de jueces y modificado el cuestionario, se realizó una prueba piloto en una muestra de profesionales enfermeros del campo de la gestión de la Comunidad Autónoma y a cuatro profesoras de la Escuela Universitaria de Enfermería con experiencia en el área de la Administración Sanitaria. De nuevo, se volvieron a modificar aquellas preguntas que tenían dificultad para entenderse, o bien eran muy extensas o cuyos enunciados no eran lo suficientemente claros al final el cuestionario quedó reducido a 18 ítems.

En resumen, se puede decir que el cuestionario utilizado en este estudio es el producto de cuatro fuentes principales:

1. El marco teórico
2. El grupo de discusión
3. El grupo Delphi.
4. El marco teórico y la revisión de la literatura.

A continuación se representa el proceso seguido en la construcción del cuestionario.

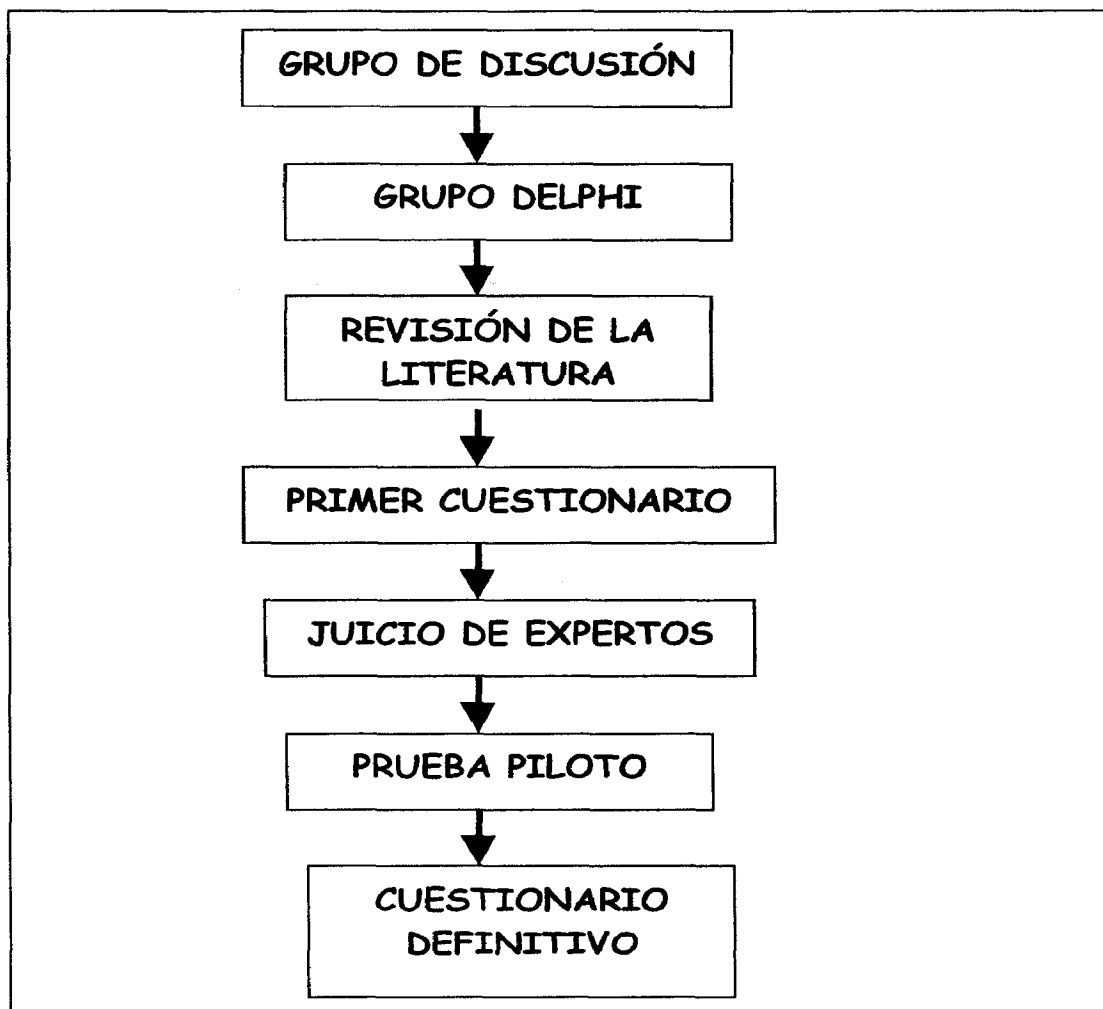


Figura nº53. Proceso seguido para la construcción del cuestionario Elaboración propia. Barquero, A. (2001)

### **3.4. Formato y estructura del cuestionario.**

El cuestionario consta de una portada con el título del estudio, en la segunda página se presenta y se hace una invitación a rellenarlo reseñando la importancia que tiene su participación en esta investigación, se pide sinceridad y se dan unas normas mínimas para su correcta cumplimentación por último se pide sea contestado íntegramente.

Desde el punto de vista formal identifica el contexto donde se lleva a cabo es decir, identifica el ámbito hospitalario, o el de la Atención Primaria. Se estructura en 18 preguntas y está preparado para el tratamiento estadístico.

### **3.5. Tipo y Naturaleza de las Preguntas**

El cuestionario utilizado engloba tres tipos diferentes de respuesta; puede clasificarse de semi cerrado referido al tipo de preguntas planteadas ya que deja un buen número de preguntas con la opción de otros:

En cuanto a la naturaleza de las preguntas realizadas y siguiendo las orientaciones de Rutheford y Parkin (1988) citados por Mayor, C. (1995:260) en las que aconsejan que la composición del cuestionario conste de tres partes:

- A) Datos generales de la descripción de la muestra.
- B) Banco de cuestiones relacionadas con la dimensión a considerar.
- C) Algunas cuestiones abiertas invitando al comentario o sugerencia sobre alguna área o dimensión en particular como base de mejora.

Estas sugerencias se han cristalizado, para este trabajo, de la manera siguiente:

- A) Preguntas de tipo descriptivo que buscan obtener una información concreta del mundo del encuestado. Según Rodríguez, G. (1996:188) referido al tipo de preguntas, *"Donde las opciones presentadas deben ser redactadas de manera que permitan responder a todos los sujetos, incluso a aquellos que no deseen dar ciertos datos o no conocen otros"*
- B) Preguntas estructuradas que buscan información de carácter cualitativo y cuyo fin es conocer los constructos del encuestado referentes a su mundo profesional y formativo. Para ello, se han utilizado preguntas de escala tipo Likert que ante una serie de afirmaciones dadas, el entrevistado expresa su grado de acuerdo o desacuerdo (siendo 1 el valor correspondiente al total desacuerdo y 5 el correspondiente al total acuerdo). Las preguntas concretamente son: la 9, la 12, y de la 14 a la 18. La ventaja de este tipo de preguntas radica según Fox (1980) citado por Rodríguez, G. y otros (1996:191) *"En que en cierta medida se tiene en cuenta el*

*hecho de que hay pocos asuntos opinables de sí-no y que, en general, las personas se situarán en distintas posiciones a lo largo de la dimensión en estudio").*

- C) Preguntas de contraste, con ellas se ha pretendido obtener los significados que los encuestados asignan en las diferentes cuestiones preguntadas y las posibles relaciones que pueden existir entre las opiniones que expresan
- D) Preguntas de ordenación, que ante una serie de opciones de respuesta dadas, el entrevistado ordena sus preferencias y/o prioridades de mayor a menor importancia (siendo 1 la máxima valoración, 2, 3, 4, hasta 5). Se consideran las preguntas 6, 7, 8, 10, 11 y 13.
- E) Preguntas abiertas, que pretenden recoger otra información cualitativa, así como las matizaciones y/o aclaraciones que el entrevistado considere oportunas, acerca de una serie de aspectos concretos, por ejemplo en este caso sobre:

- El tipo de formación universitaria recibida por los gestores enfermeros entrevistados, distinta a la Diplomatura de Enfermería.
- La situación laboral de aquéllos en las instituciones donde trabajan (tipo de contrato).
- La experiencia laboral (puestos desempeñados).
- La Producción Científica.
- El tipo de intervenciones realizadas en contextos diferenciados: congresos, jornadas, reuniones de trabajo o cuáles otros, desde que desempeñan un puesto de trabajo relacionado con la Gestión.
- Problemas (otros) que dificultan el desempeño profesional de los gestores enfermeros.
- Aspectos (otros) que deberían caracterizar el perfil profesional de los gestores enfermeros.

- El perfil académico (otros) que deberían reunir los profesionales de enfermería que se dedican a la Gestión.
- Las (otras) opiniones respecto a cuál debe ser la finalidad ideal de la formación del gestor enfermero.
- Los (otros) medios que puede emplear la Administración Servicios Centrales del S.A.S para conocer las demandas y las necesidades de formación de los gestores enfermeros.
- Las (otras) estrategias que puede emplear la Administración para evaluar la adecuación de la formación de los gestores en su práctica profesional diaria.
- Sobre (otras) estrategias que debería de poner en marcha la Administración para favorecer la investigación entre sus gestores enfermeros.

En este sentido, se ha intentado presentar un informe de resultados que proporcione una información lo más exhaustiva posible acerca de las dimensiones analizadas. Para ello, se ha estructurado en cinco apartados:

- A) El perfil socio-demográfico y laboral del entrevistado: sexo, edad, nivel de estudios, formación complementaria, situación laboral, categoría profesional, años de experiencia en enfermería y en la Gestión, puestos desempeñados, lo que nos permiten situar a las personas y establecer relaciones.
- B) El perfil académico del entrevistado: titulación académica, cursos de postgrado realizados (cantidad y calidad), trabajos o artículos publicados (cantidad y contexto), ponencias o comunicaciones llevadas a cabo (tipo de intervención y contexto), todo ello relacionado con la Gestión.
- C) Desempeño profesional dificultades subsanables a través de la formación. Este apartado nos permite

situarnos en las concepciones básicas que tienen las personas sobre formación y funciones directivas, las preferencias y/o prioridades del entrevistado en cuanto a su desarrollo profesional y a la incidencia de ello en la calidad de los cuidados en el S.A.S., por ejemplo en cuanto a: cuáles son los principales problemas que dificultan el desempeño profesional, los aspectos que deberían caracterizar el perfil académico y profesional de los gestores enfermeros, sobre cuál debería ser la finalidad ideal de la formación de los mismos, cómo se debería programar en el ámbito institucional la formación continuada, o sobre los medios que podría emplear la Administración para conocer mejor las demandas y las necesidades de formación de los gestores enfermeros.

- D) El grado de acuerdo o desacuerdo del entrevistado con relación a una serie de afirmaciones sobre su desarrollo profesional y la incidencia de ello en la calidad de los cuidados en el S.A.S., sean por ejemplo: valorar

aspectos concretos sobre la formación de los gestores enfermeros, sobre el papel de la Administración al respecto y las estrategias que ésta podría emplear para evaluar la adecuación de la formación a la práctica profesional, sobre las funciones reales que desarrollan los gestores enfermeros en su práctica diaria, los problemas que se encuentran y cuáles repercuten más en la calidad asistencial, sobre las estrategias que la Administración debería poner en marcha para favorecer la investigación.

- E) Opiniones sobre la formación recibida y de las dificultades que le impiden participar en el proceso de formación. Este último nos ilumina sobre el cómo debería plantearse la formación en un proceso de mejora.

No podemos olvidar que como dice Fox (1980) citado por Rodríguez, G. y otros (1996:191): *Con independencia de cómo se hagan las preguntas, el investigador se tiene que asegurar que sus modelos de respuestas cumplen el doble objetivo del cuestionario: dar a los sujetos la posibilidad de responder de un modo que refleje razonablemente su respuesta y proporcionar al encuestador los datos que necesita, en la forma en que los necesite, para responder al problema de estudio.*

**INFORMACIÓN SOLICITADA A LOS DIRECTIVOS EN LOS CUESTIONARIOS  
ASPECTOS**

**0 PRESENTACIÓN**

**A. DATOS GENERALES**

Edad

Sexo

Titulación en Enfermería que posee

Institución en la que trabaja

Cargo que ocupa

Situación laboral

Otras titulaciones

Años de experiencia como enfermero

Años de experiencia en puestos de gestión.

Año de comienzo en la gestión.

**B. ASPECTOS RELACIONADO CON SU FORMACIÓN**

Formación específica en gestión.

Producción científica relacionada con la gestión

Perfil del gestor según su concepción relacionado con la formación y las funciones

Concepción sobre la formación y su finalidad.

Características que debe reunir la programación de la formación de los gestores

Enfermeros

**C. OPINIONES SOBRE LA FORMACIÓN RECIBIDA**

Calificación sobre la formación que programa el SAS

Contenido que debería tener la formación.

Contenidos ausentes en la formación actual.

Estrategias para conocer las demandas de formación por parte del SAS

Estrategias para evaluar la formación recibida por parte del SAS.

Dificultades profesionales provenientes de la falta de formación específica en gestión.

*Figura nº 54. Elaboración propia. Barquero, A. (2001)*



**TERCERA**

**PARTE**

## **CAPÍTULO I**

---

***TRATAMIENTO DE LOS DATOS Y  
RESULTADOS DEL ESTUDIO***



## **0. INTRODUCCIÓN.**

Como se comentó anteriormente, el tratamiento de la información fue diferente según la naturaleza de las cuestiones a tratar.

El tratamiento de los datos cualitativos. Para el caso del grupo de discusión se utilizó el análisis de contenido: Las respuestas se oyeron varias veces, anotando conceptos y dejando margen para posteriormente anotar comentarios e interpretaciones. A la vez se fueron analizando los comentarios recogidos en papel por la persona que condujo el grupo, y por la persona que estaba llevando a cabo la observación. Finalmente, se establecieron una serie de categorías como se indica en el apartado que corresponde y se extrajeron conclusiones.

El tratamiento de los datos cuantitativos. La información obtenida ha sido a partir del análisis descriptivo y bidimensional de los datos recogidos en la encuesta. Tras la validación y depuración de los cuestionarios (en papel), las respuestas fueron trasladadas a una matriz de datos en soporte informático (SPSS/PC). Se realizó la consistencia del fichero resultante, para

poder partir de un 95% de confianza, y bajo el supuesto de proporciones, minimizar el margen de error, que será menor del 5% ( $p=q=0'5$ ); y se dio paso al análisis.

- A) El análisis descriptivo de los datos ofrece frecuencias y porcentajes de respuesta. Así mismo, y según las posibilidades de cada pregunta, también nos permite obtener las medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación típica) oportunas.
  
- B) El análisis bidimensional, por su parte, permite profundizar en el estudio de una población estadística determinada, analizando dos o más variables simultáneamente. De cada individuo se pueden observar varias características comunes: sexo, edad, nivel de estudios o categoría profesional -en este caso—. Para entender determinados comportamientos y fenómenos es necesario interrelacionar este tipo de variables con las que describen los objetos clave del estudio.

- C) A partir de aquí, es posible observar opiniones y comportamientos diferenciados significativamente, según las variables de referencia -por ejemplo, si hombres y mujeres opinan de forma diferente respecto a los problemas que dificultan su desempeño profesional, si la edad influye en que se opine de forma diferente respecto a cuál debe ser el perfil académico del profesional de enfermería, etc—.
- D) Dado que para algunas preguntas se ha utilizado la escala Likert, cada cuestión fue analizada como una variable independiente para perder el mínimo de información y poder utilizar un análisis multivariable de los datos.
- E) Análisis de fiabilidad para analizar la consistencia del mismo, de cada una de sus preguntas, con el objeto de valorara la cantidad y calidad de la información y de los resultados que se obtendrán, establecer un margen de confianza y minimizar el margen de error, y poder mejorarlo respecto a una continuación del estudio.

- F) **Análisis multivariable** que permite a partir de datos numerosos establecer ciertas relaciones y leyes operativas, para constituir un resumen relativamente exhaustivo y sin perder mucha información del conjunto de partida, en principio complejo.
  
- G) **Análisis factorial** para reducir la dimensión de un conjunto de variables observadas, agrupándolas y formando unas nuevas, perdiendo la menor información.

El tipo de resultados que se presentan respecto al cuestionario son:

- A) **A nivel cuantitativo:** medias, desviaciones típicas, tablas de frecuencias y de contingencia,
  
- B) **A nivel cualitativo,** tablas de resultados en *Excel*, añadiendo el factor repetición cuando corresponda, sólo de aquella información que resulte relevante.

## H) Análisis de correspondencia para relacionar variables

TIPOS DE ANÁLISIS	TIPOS DE INFORMES
<p>D. Cuantitativos      D. Cualitativos</p> <p>↓                              ↓</p> <p>Cuestionario              Grupo discusión</p> <p>↓                              ↓</p> <p>P. Cerradas                Preguntas abiertas</p> <p>↓                              ↓</p> <p>Sistema de categorías</p>	<p>DIMENSIONES</p> <p>SISTEMA DE CATEGORÍAS</p>
<p>TRIANGULACIÓN DE LOS DATOS</p>	
	<p>INFORME FINAL</p> <p>CONCLUSIONES</p>

Figura nº 55. Fuente: Elaboración propia Barquero, A. (2001).

## **1. CONCLUSIONES DEL GRUPO DE DISCUSIÓN.**

Una vez llegado este punto y una vez analizadas las categorías estipuladas, se extraerán algunas de las conclusiones que se creen más significativas.

En cuanto a las funciones (FUN) el colectivo enfermero que se dedica a la gestión de los servicios de enfermería, el principal problema que manifiestan está relacionado con la indefinición de funciones que existe para su cometido profesional, de aquí, se derivan una serie de inconvenientes que les lleva a sentirse como los "apaga fuegos" de la Admón, sin tener un cometido específico propio. Por otra parte, no se sienten reconocidos ni por la Admón, ni por los propios compañeros. Estas circunstancias hacen que la gran mayoría se sienta a veces frustrados en su trabajo.

En la categoría que se refiere a los problemas (PROB DP) alguno de ellos provienen de:

- ❖ La indefinición de funciones comentada.
- ❖ Sentirse cuestionados constantemente tanto por parte de la Administración como del su propio colectivo.
- ❖ Haber sido apartado de ciertos puestos de responsabilidad, circunstancias estas que hacen que no sientan representado en los altos niveles de la Admón donde se planifica, se evalúan resultados y se distribuyen recursos, un ejemplo de esto sería que las actividades enfermeras son medidas por indicadores médicos. A esta cuestión se le suma el no tener la posibilidad de desarrollo de la carrera profesional, escollo este, que está cada vez limitando más a los enfermeros a la hora de ocupar cargos de gestión y que tradicionalmente venían siendo ocupados por ellos,

En cuanto a su formación (FOR) expresan haberla adquirida fundamentalmente a través de su propio trabajo individual y a través los cursos programados desde la Admón. Esta formación la consideran muchas veces insuficiente y poco actualizada, ya que consideran en su mayoría, que no les capacita para responder adecuadamente a los retos que se presentan en el mundo la gestión y más concretamente en el campo de los cuidados enfermeros.

La Admón según expresan los participantes, no se preocupa de todas maneras por la formación de sus profesionales, así la dimensión (PROG FOR) programación de la formación no se contempla, generalmente, son los propios gestores los que solicitan los cursos en función de sus necesidades. Generalmente estos cursos son impartidos en la EASP de Granada donde se hace una programación anual que oferta un catálogo variado de cursos de formación y es la propia persona en base a aquellas deficiencias o apetencias la que programa su formación.

Aunque reconocen los gestores la gran importancia y la repercusión que en la práctica estos cursos debería tener, no hay ninguna exigencia por parte de la Admón para su puesta en marcha, ni tan poco existe ninguna estrategia para evaluar (EVA FOR) el impacto de dicha formación en el día a día.

(PROG FOR). Otro de los avances en cuanto a la formación de los enfermeros bases, fue la creación de las Unidades de Formación Continuada, dependientes de la dirección de los gestores de enfermería, las cuales son las encargadas de velar por la formación de los profesionales en la Atención Especializada; estas, son las que programan la formación. La programación de la formación (PROG FOR) se realiza en función de los objetivos generales de la Institución, pero sin que se haga un estudio previo de necesidades formativas bien por unidades o bien por grupos de profesionales.

En la Atención Primaria, existen matices en cuanto a la programación de la formación aquí, es el Distrito Sanitario y los propios centros de salud lo que se encargan de esta programación la formación continuada se contempla alrededor de horas diarias y su programación se hace en base a los objetivos de la Institución y por las demandas de los profesionales; esta formación generalmente se programa para todo el equipo multidisciplinar.

(EVA FOR) Sin embargo, en cuanto a la evaluación de dicha formación es muy pobre, sólo se hace referida a aspectos metodológicos de los cursos impartidos, pero no en cuanto a su aplicación en la práctica diaria; además, la mayoría de los profesionales están en contra de que se les exija algún tipo de memoria u otro tipo de evaluación.

En cuanto a la naturaleza de los cursos solicitados por los enfermeros base, resulta llamativo la opinión de los directores o coordinadores de enfermería cuando hacen una valoración sobre la formación de los profesionales a su cargo, parece ser que en muchas ocasiones la formación demandada por algunos de los profesionales, es para liberarse del trabajo. No obstante, echando la vista atrás, los directores reconocen los avances de la profesión en cuanto a los niveles de participación desde hace unos años hasta nuestros días en la formación continuada.

## **2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN DEL CUESTIONARIO.**

La muestra estudiada en esta investigación corresponde a la totalidad de la población, es decir 61 personas, 30 son directores de hospitales y 31 son de distrito. Del total han respondido 53 personas con lo que contamos con un nivel de respuesta del 86,88%. De ellos corresponden 29 a Atención Primaria y tantos 24 Atención Especializada. En los siguientes cuadros se representan el número real de directores de AP y AE que han respondido.

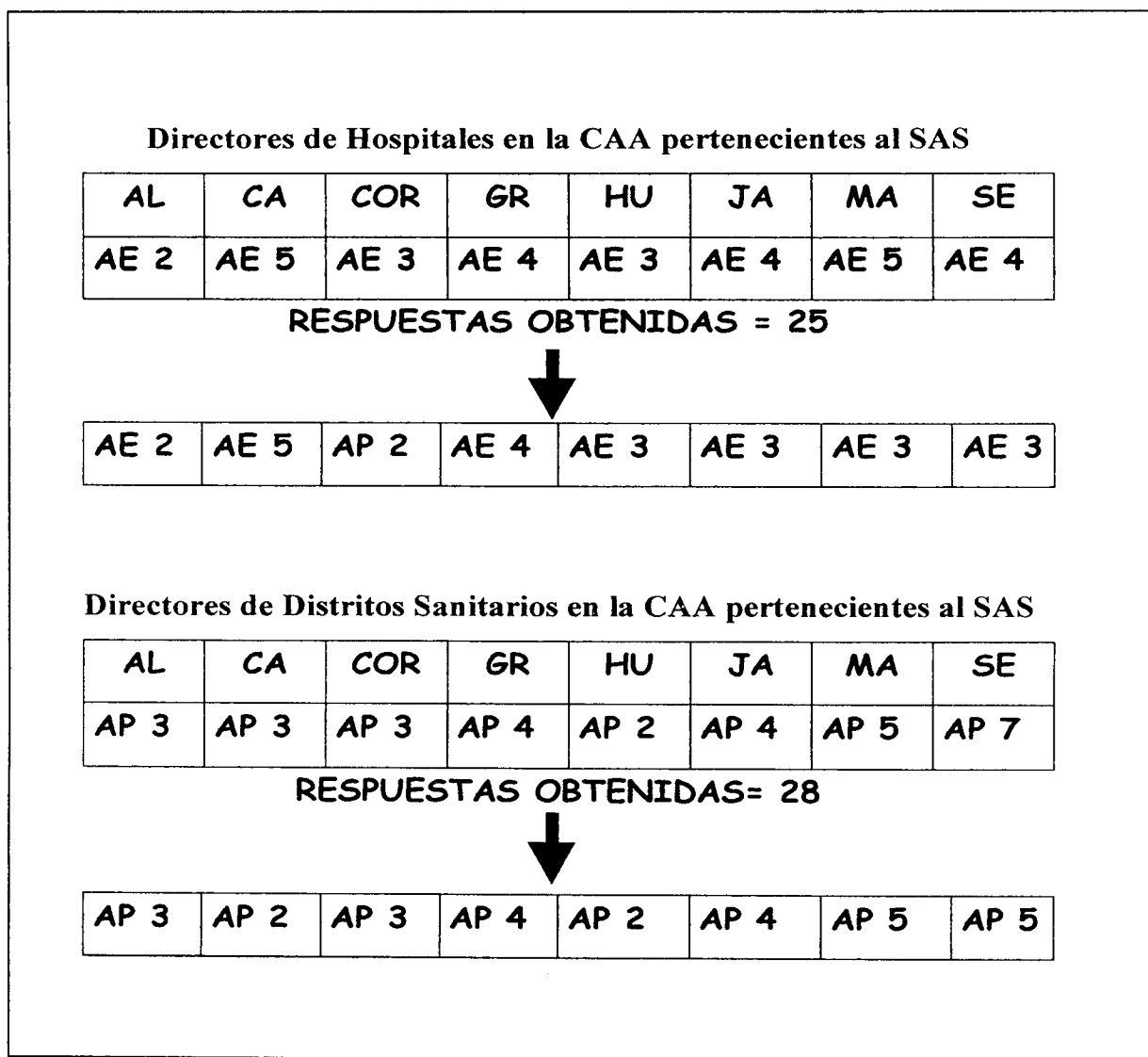


Figura nº 53. Elaboración propia. Barquero A. (2001)

## 2.1. Análisis Descriptivo.

La muestra se divide en 28 hombres (52,8%) y 25 mujeres (47,2%). De edades comprendidas entre los 31 y 40 años (17 personas, el 32,1% de la muestra), los 41 y 50 años (34 personas, el 64,2% de la muestra) y 2 personas de más de 51 años (3,8% de la muestra).

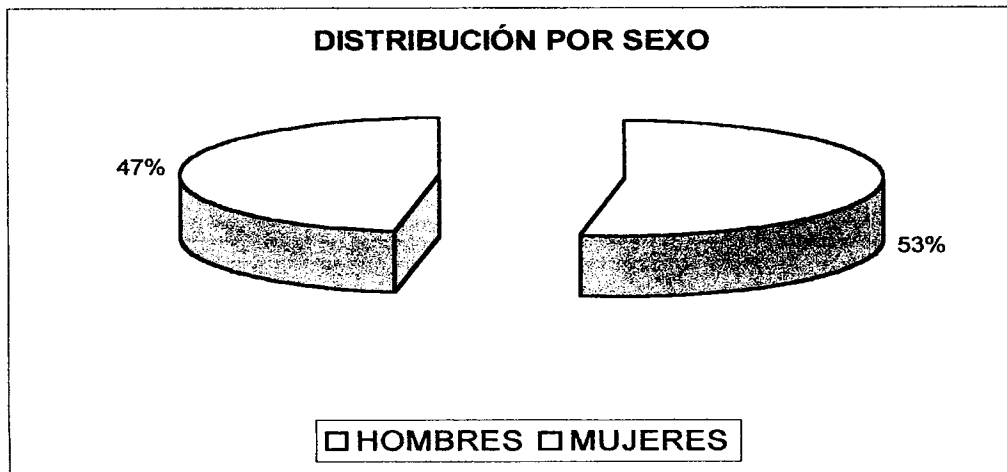


Figura nº 57. Elaboración propia. Barquero A. (2001)

En cuanto a la procedencia de los encuestados, vemos como el 52% de estos encuestados son "Directores de Atención Primaria" y el 48% son "Directores de Atención Especializada". Tanto este

dato como la distribución por edades de la muestra se pueden apreciar en las siguientes gráficas.

Figura nº 58. Elaboración propia. Barquero A. (2001)

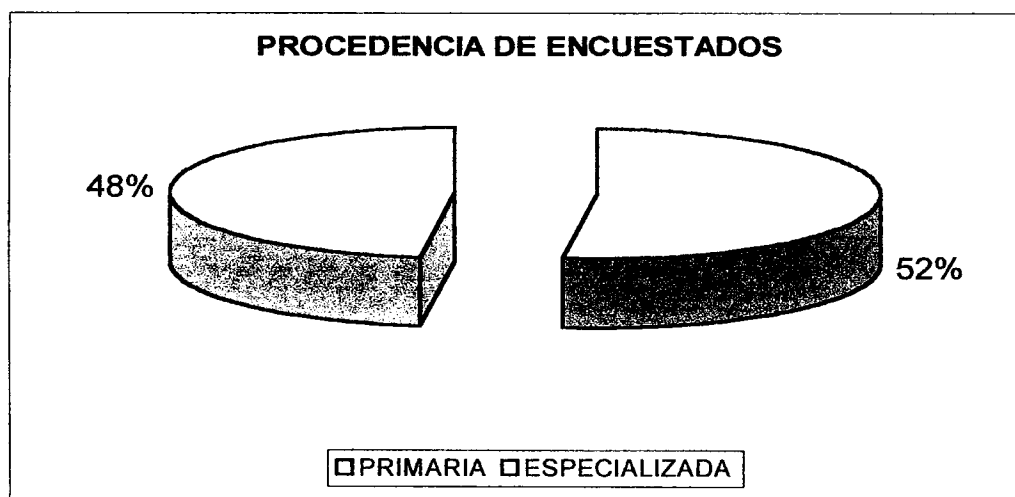
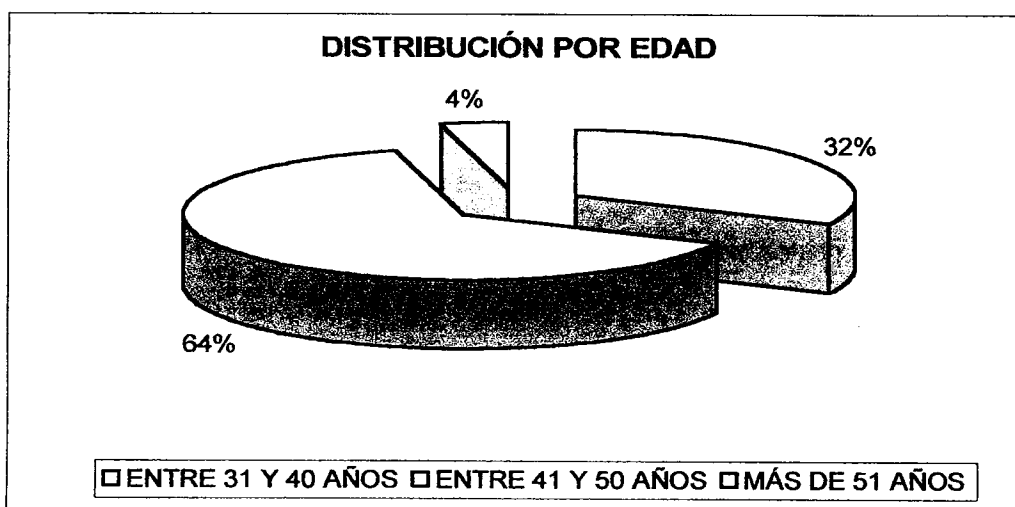


Figura nº 59. Elaboración propia. Barquero A. (2001)



Más de la mitad de la muestra son Diplomados en Enfermería (54,9%). Un 37,3% son A.T.S. convalidado y sólo el 7,8% de los encuestados son A.T.S.

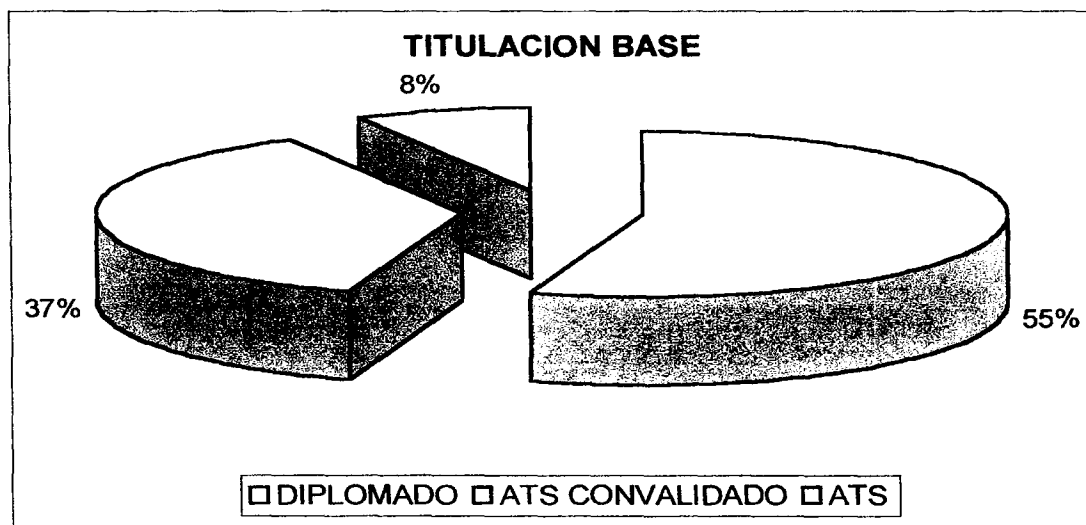


Figura nº 60. Elaboración propia. Barquero A. (2001)

La gran mayoría de los gestores enfermeros entrevistados no poseen otras titulaciones universitarias distintas a la de Diplomado en Enfermería (73,1%). Sólo un 26,9% sí ha cursado otros estudios complementarios, por ejemplo:

- ❖ Licenciado en Psicología

- ❖ Diplomado en Fisioterapia
- ❖ Licenciado en Antropología

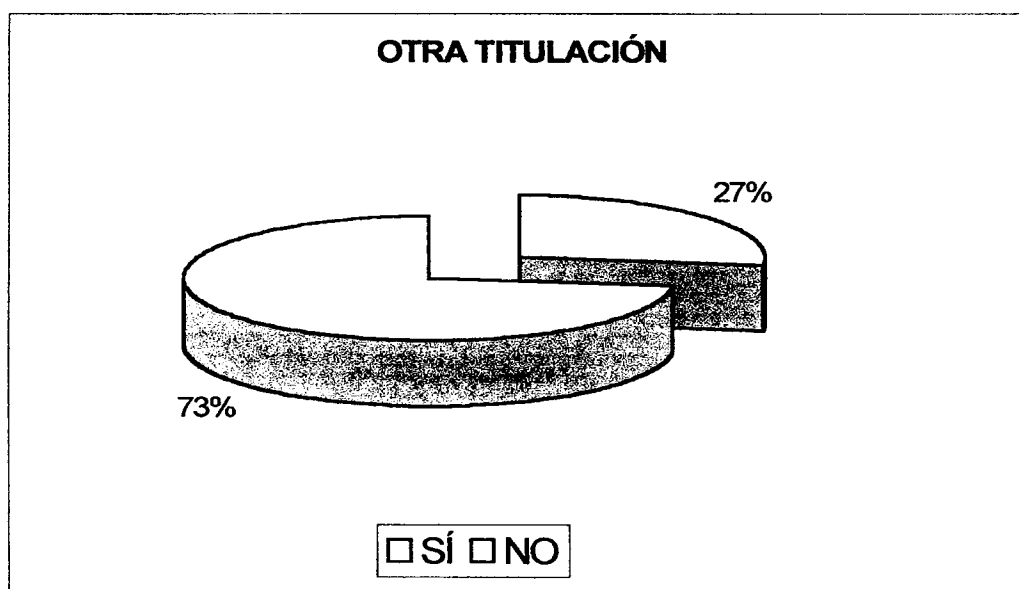


Figura nº 61. Elaboración propia. Barquero A. (2001)

En cuanto a la situación laboral de los encuestados, el 86,5% son fijos en la institución donde trabajan, frente a sólo un 13,5% que posee otro tipo de contrato.

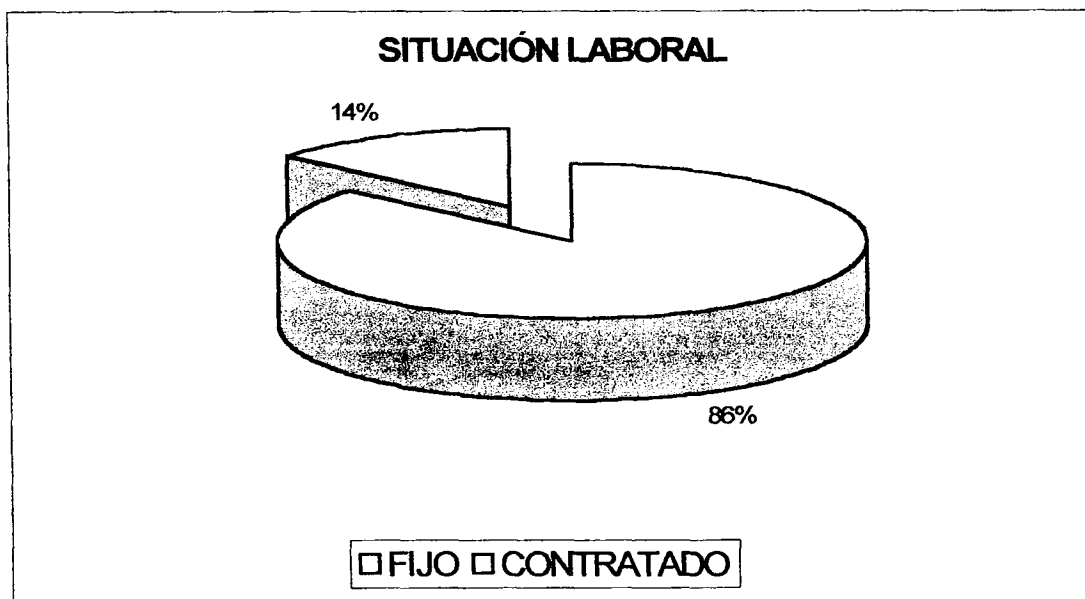


Figura nº 62. Elaboración propia. Barquero A. (2001)

Sobre el tiempo trabajado por las personas entrevistadas como enfermero, antes de desempeñar un puesto de gestor, oscila entre 1 y 3 años para 5 personas (9,4%), entre 4 y 7 años para 12 personas (22,6%) y más de 7 años para 36 personas (67,9%).

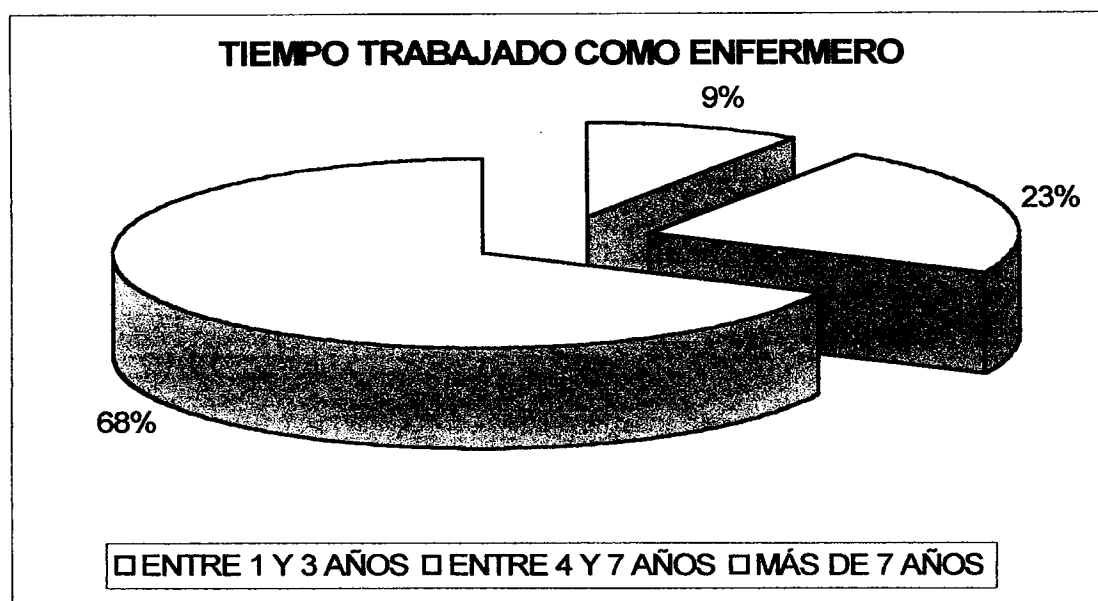


Figura nº 63. Elaboración propia. Barquero A. (2001)

La media de años para el total de la muestra, desde que ocupan el puesto actual de gestor, es de casi 7 años (6,88). Desde individuos que llevan un año trabajando en la Gestión, hasta individuos que llevan 15 años.

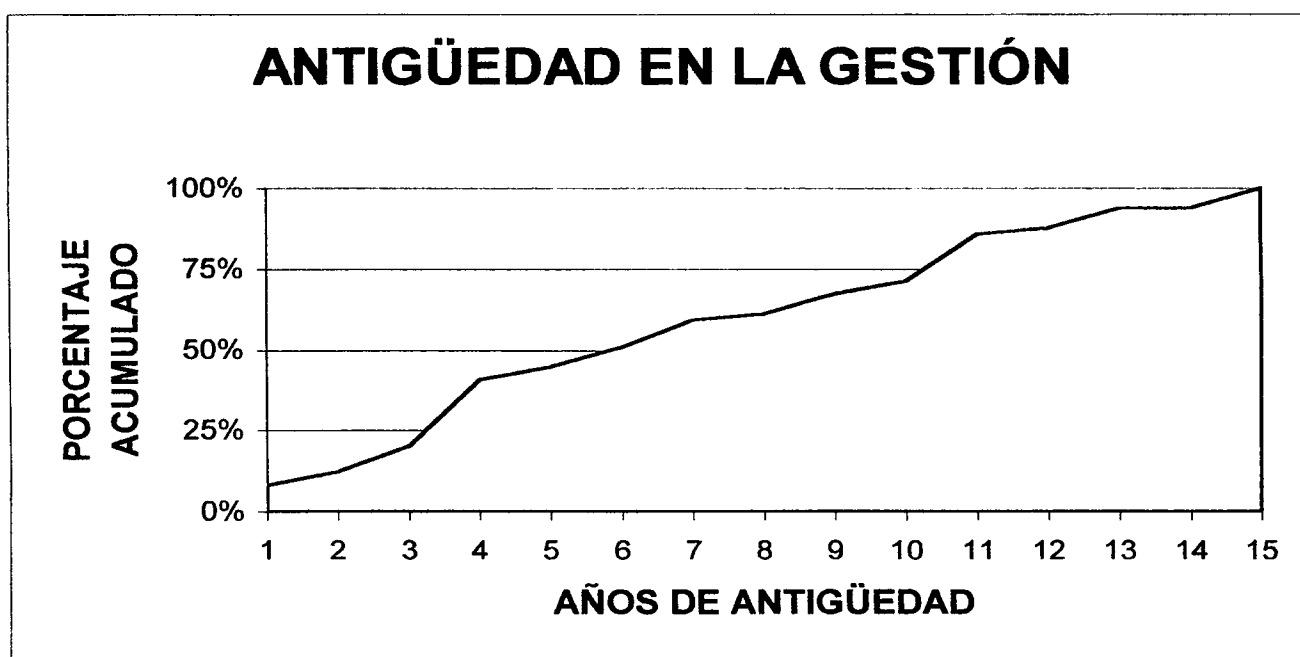


Figura nº 64. Elaboración propia. Barquero A. (2001)

El 78,8% de la muestra, antes de ocupar el puesto actual, ya poseía experiencia en otros puestos de Gestión, concentrándose en:

- ❖ Supervisores: 22 casos.
- ❖ Adjuntos de Enfermería: 15 casos.
- ❖ Jefes de Bloque: 12 casos.

❖ **Subdirectores de Enfermería: 5 casos.**

Todo esto frente a un 21,2% que no posee experiencia previa, en los que el puesto actual es su comienzo en la Gestión Enfermera.

La media de años de experiencia, de los que han trabajado en otros puestos de Gestión, es algo más de 6 años (6,17); desde individuos con un año de experiencia anterior a individuos con 19 años de experiencia en otros puestos.

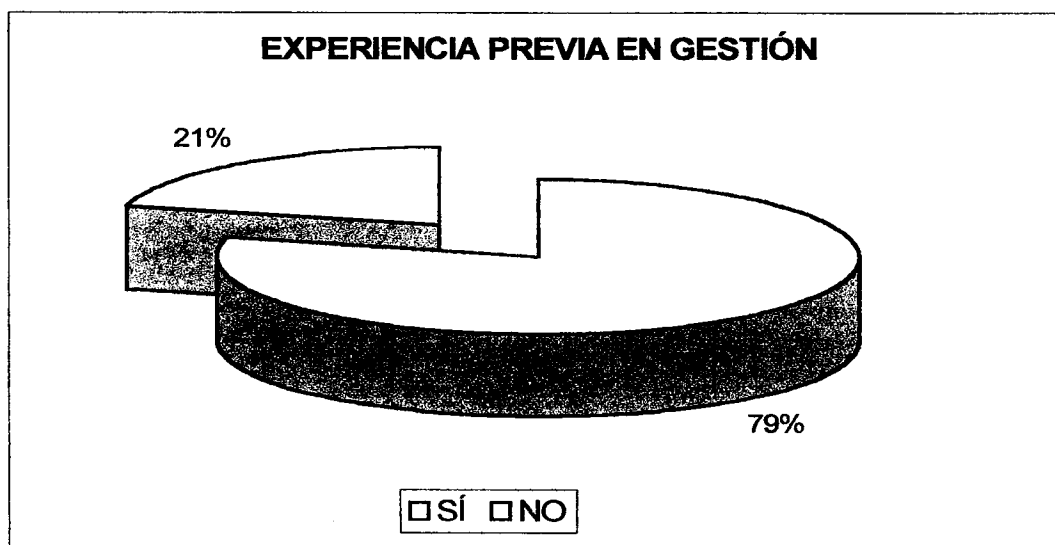


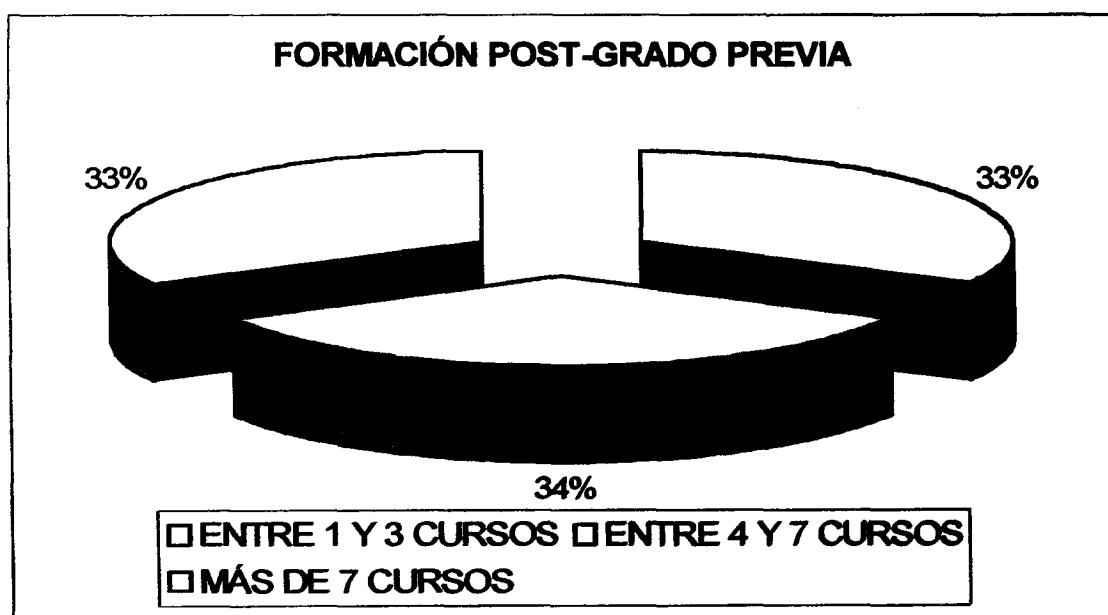
Figura nº 65. Elaboración propia. Barquero A. (2001)

A continuación, dentro de este análisis descriptivo, pormenorizamos las respuestas obtenidas a las preguntas 1 a 5.

**PREGUNTA 1.- Cursos de post-grado, relacionados con la Gestión, que se han realizado antes de desempeñar el puesto actual.**

El 34,6% de los encuestados ha realizado entre 4 y 7 cursos de *Postgrado*, relacionados con la *Gestión*, antes de desempeñar el puesto actual. Un 32,7% ha realizado entre 1 y 3 cursos, y otro 32,7% ha realizado más de 7 cursos.

*Figura nº 63. Elaboración propia. Barquero A. (2001)*



**PREGUNTA 2.- Cursos de post-grado, relacionados con la Gestión, realizados desde que se ocupa el puesto actual.**

Casi la mitad de los encuestados (49,1%) ha realizado más de 7 cursos de *Postgrado*, relacionados con la *Gestión*, desde que desempeña el puesto actual. El 30,2% ha realizado entre 4 y 7 cursos y el 20,8% restante entre 1 y 3 cursos.

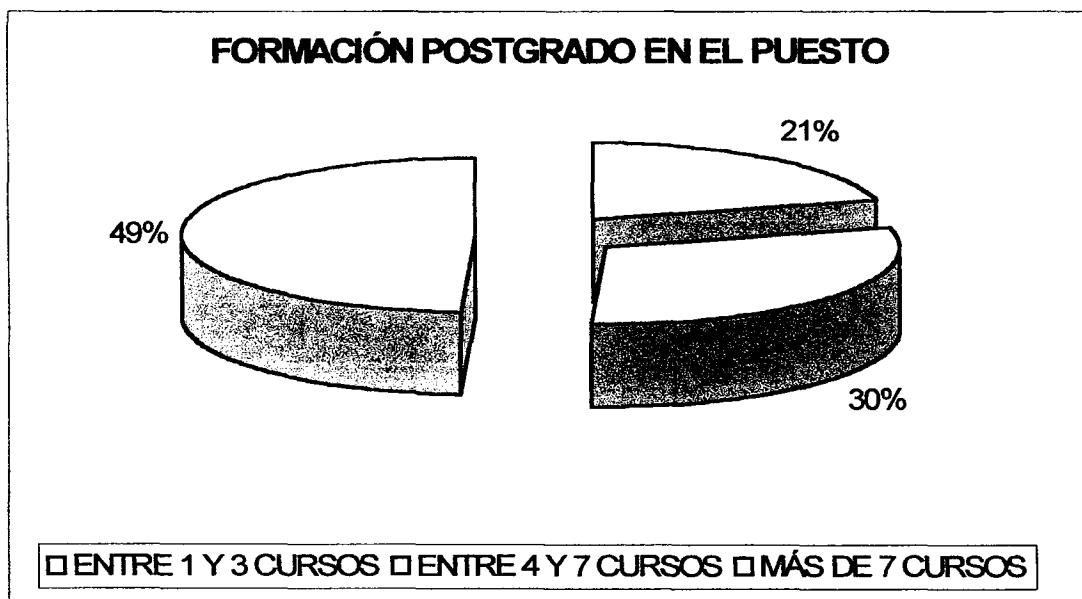


Figura nº 67. Elaboración propia. Barquero A. (2001)

**PREGUNTA 3.- Trabajos o artículos, relacionados con la Gestión, publicados.**

Sólo 14 personas entrevistadas aseguran que han publicado algún trabajo o artículo relacionado con la Gestión (26,4%). La gran mayoría afirma lo contrario, el 73,6% de la muestra total (39 personas). De aquellas 14 personas, 11 contestan sobre el número de publicaciones realizadas: entre 1 y 14 publicaciones, como media 3,18 publicaciones. Estas publicaciones se realizan principalmente en la revista ROL de ENFERMERÍA, con un 34% de las publicaciones.

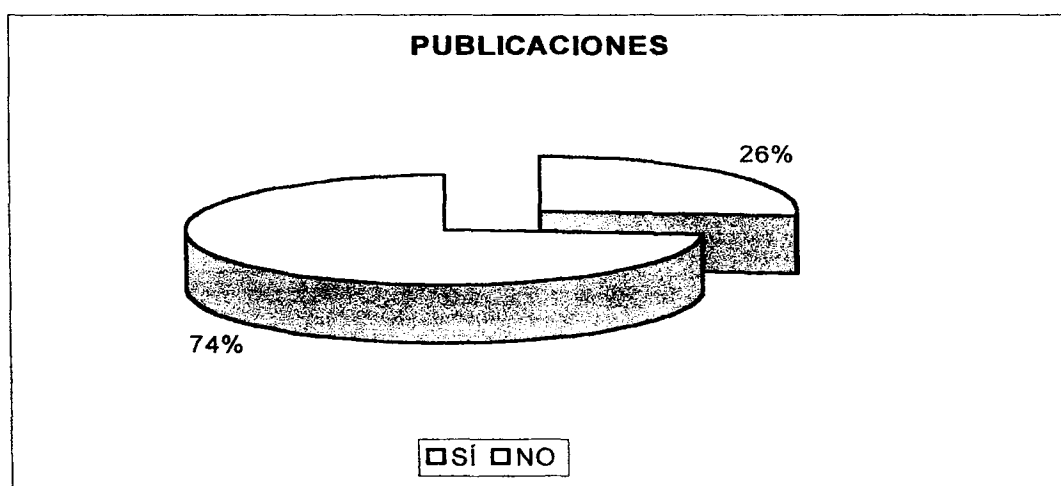


Figura nº 68. Elaboración Propia. Barquero, A. (2001)

**PREGUNTA 4.- Ponencias, Comunicaciones, Mesas Redondas, ..., relacionadas con la Gestión, en las que se ha participado.**

En cambio, hay muchas más personas que han realizado alguna ponencia, comunicación o mesa redonda, relacionada con la Gestión, en congresos, reuniones de trabajo, jornadas, etc., desde que desempeñan el puesto actual: 36 personas (67,9%). Frente a 17 personas que no lo han hecho (32,1%).

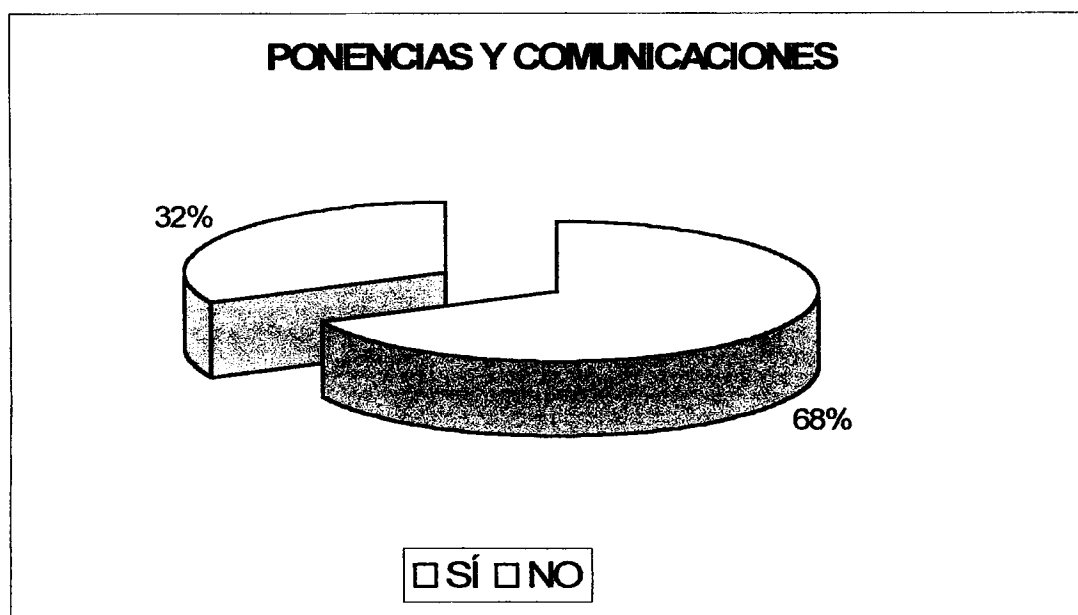


Figura nº 69. Elaboración propia. Barquero A. (2001)

**PREGUNTA 5.- Asistencia a cursos relacionados con Habilidades Sociales.**

Por último, la gran mayoría de los gestores enfermeros entrevistados ha realizado algún curso relacionado con las "Habilidades Sociales": 48 gestores así lo afirman (90,6%), frente a 5 gestores que dicen lo contrario, no haber realizado estos cursos (9,4%). Sólo 18 personas -de aquellos 48 gestores- contestan por el número de horas invertidas en este tipo de cursos, entre 4 y 300 horas, como media global casi 80 horas.

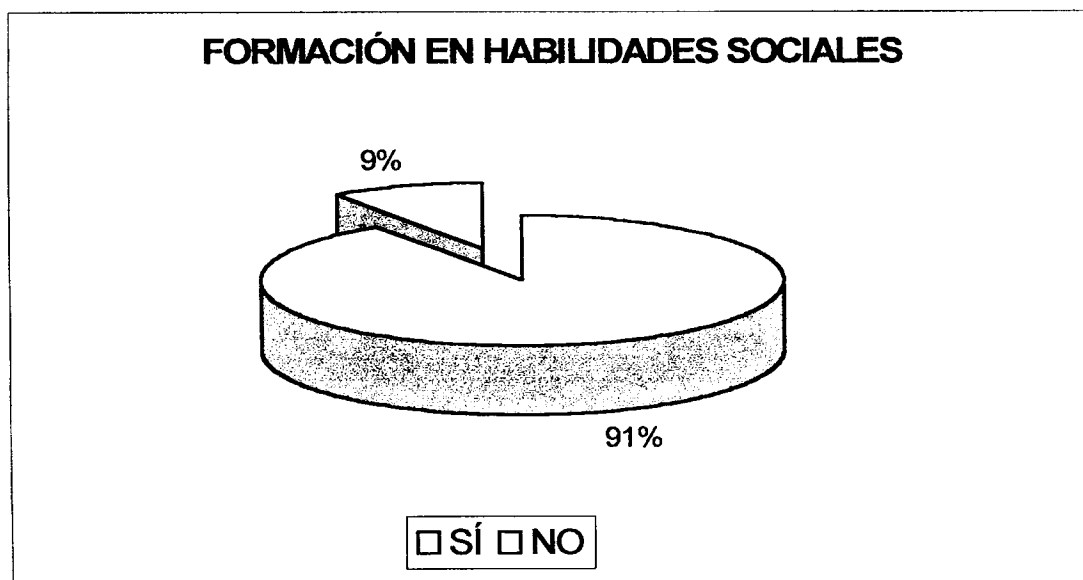


Figura nº 70. Elaboración propia. Barquero A. (2001)

## **2.2. Análisis Bidimensional.**

Como parte del tratamiento estadístico se han realizado cruces por sexo, edad, nivel de estudios y categoría profesional. A continuación se muestran los resultados más significativos, encontrándose en los anexos la totalidad de las tablas de contingencia.

Referente al sexo de las personas que ocupan cargos de *Gestión*, cabe mencionar el hecho de que los hombres ocupan el 52% de los cargos, cuando estamos ante una profesión eminentemente femenina. Es más, entre los gestores más jóvenes, aquellos comprendidos entre 31 y 40 años, donde cabría esperar un mayor porcentaje de mujeres, es donde la mayoría de los hombres resulta más aplastante (71% de hombres frente a sólo un 29% de mujeres).

**Tabla de contingencia DIRECTOR/A \* SEXO**

			SEXO		Total
			Hombre	Mujer	
DIRECTOR/A	Atención primaria	Recuento	16	11	27
		% del total	30,8%	21,2%	51,9%
	Atención especializada	Recuento	11	14	25
		% del total	21,2%	26,9%	48,1%
Total		Recuento	27	25	52
		% del total	51,9%	48,1%	100,0%

*Figura nº 71. Elaboración propia. Barquero A. (2001)*

En lo referente a la formación recibida en el puesto actual, se observa una mayor dedicación por parte de las mujeres. Así, más del 92% de las mujeres en puestos de *Gestión* han recibido más de 4 cursos de post-grado, siendo este porcentaje en el caso de los hombres de tan solo un 68%.

En cuanto a producción científica, de nuevo son las mujeres las que más publican; así publican un 32% de las mujeres en puestos de *Gestión* frente a un 21% de los hombres.

Tabla de contingencia EDAD \* SEXO

			SEXO		Total
			Hombre	Mujer	
EDAD	Entre 31 y 40	Recuento	12	5	17
		% del total	22,6%	9,4%	32,1%
	Entre 41 y 50	Recuento	15	19	34
		% del total	28,3%	35,8%	64,2%
	Más de 51	Recuento	1	1	2
		% del total	1,9%	1,9%	3,8%
Total		Recuento	28	25	53
		% del total	52,8%	47,2%	100,0%

Figura nº 72. Elaboración propia. Barquero, A. (2001)

**Tabla de contingencia Nº POSTGRADOS REALIZADOS DURANTE TU PUESTO ACTUAL \* SEXO**

			SEXO		Total
			Hombre	Mujer	
Nº POSTGRADOS REALIZADOS DURANTE TU PUESTO ACTUAL	Entre 1 y 3	Recuento % del total	9 17,0%	2 3,8%	11 20,8%
	Entre 4 y 7	Recuento % del total	6 11,3%	10 18,9%	16 30,2%
	Más de 7	Recuento % del total	13 24,5%	13 24,5%	26 49,1%
Total		Recuento % del total	28 52,8%	25 47,2%	53 100,0%

*Figura nº 73. Elaboración propia. Barquero, A. (2001)*

En lo referente tanto a la publicación relacionada con la gestión como la asistencia a congresos, ponencias, etc. y la edad, es digno de mención el hecho de que las personas en la franja de 41 a 50 años publican bastante más que aquellas comprendidas entre 31 y 40 años, concretamente un 32% frente a un 18%.

Tabla de contingencia PUBLICACION DE TRABAJOS RELACIONADOS CON LA GESTION \* SEXO

			SEXO		Total
			Hombre	Mujer	
PUBLICACION DE TRABAJOS RELACIONADOS CON LA GESTION	Sí	Recuento % del total	6 11,3%	8 15,1%	14 26,4%
	No	Recuento % del total	22 41,5%	17 32,1%	39 73,6%
Total		Recuento % del total	28 52,8%	25 47,2%	53 100,0%

Figura nº 74. Elaboración propia. Barquero, A. (2001)

**Tabla de contingencia PUBLICACION DE TRABAJOS RELACIONADOS CON LA GESTION \* EDAD**

			EDAD			Total
			Entre 31 y 40	Entre 41 y 50	Más de 51	
PUBLICACION DE TRABAJOS RELACIONADOS CON LA GESTION	Sí	Recuento	3	11		14
		% del total	5,7%	20,8%		26,4%
	No	Recuento	14	23	2	39
		% del total	26,4%	43,4%	3,8%	73,6%
Total		Recuento	17	34	2	53
		% del total	32,1%	64,2%	3,8%	100,0%

*Figura nº 75. Elaboración propia. Barquero, A. (2001)*

**PREGUNTA 6.- Los principales problemas por orden de prioridad que dificultan el desempeño profesional de los gestores enfermeros:**

**Resultados globales**

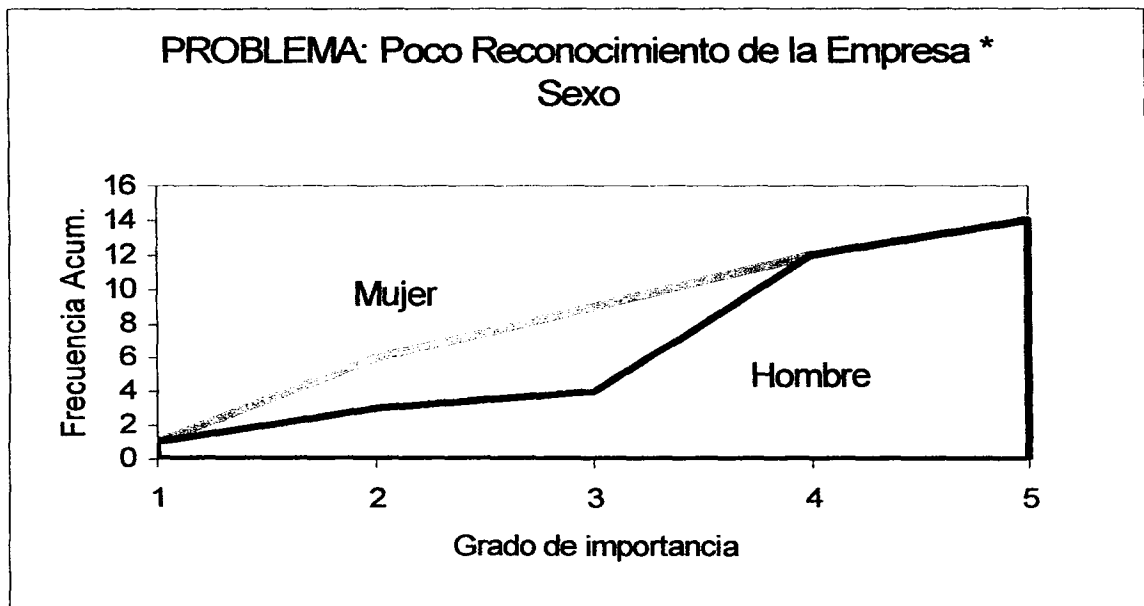
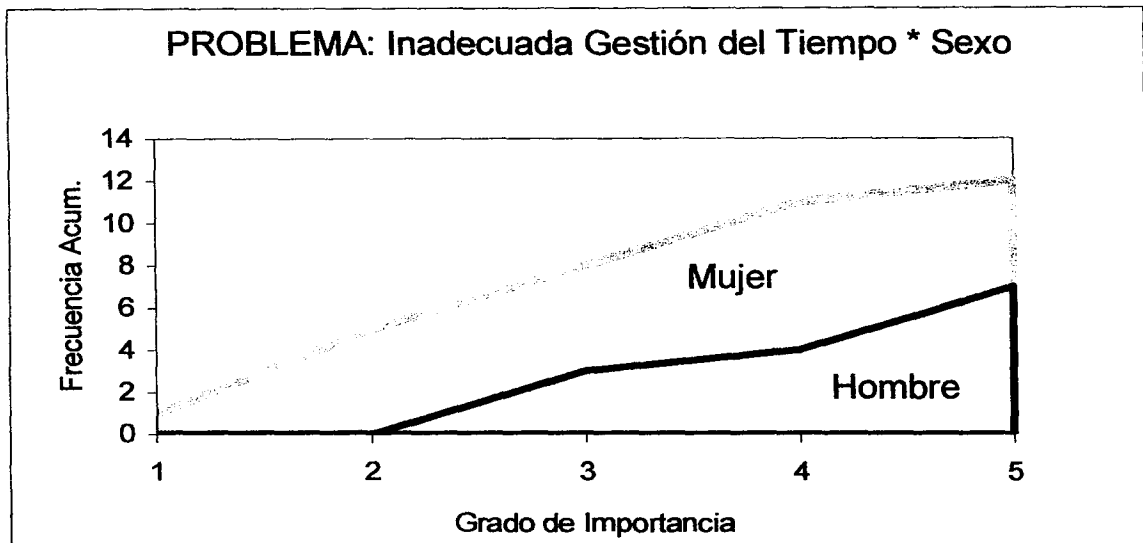
Los principales problemas que obstaculizan el desempeño profesional de los gestores enfermeros son, por orden de importancia:

1. En primera preferencia emerge de forma clara la "indefinición de funciones propias de gestión enfermera" (de todos los problemas identificados en primera importancia, este supone un 52,9%) y la "falta de compromiso profesional" (31.6%).
2. En segunda preferencia aparece "no disponer de presupuesto" (36.4%) y "falta de autonomía en la toma de decisiones" (34.5%).

3. En tercera preferencia un mayor porcentaje de los encuestados ha citado "falta de recursos materiales y humanos" (35.3%) e "inadecuada gestión del tiempo" (31.6%).
4. En cuarta preferencia se cita con mayor fuerza "poco reconocimiento de la empresa" (39.3%), "poco reconocimiento de los trabajadores" (33.3%) y "falta de compromiso profesional" (31.6%).
5. En quinta preferencia tan sólo aparece de forma destacada "no disponer de presupuesto" (36.4%).

### Análisis Bidimensional

- Si analizamos los problemas que dificultan el desempeño profesional de los gestores enfermeros, por sexo del entrevistado, vemos que las mujeres, a diferencia de los hombres, le dan mayor importancia a "la inadecuada gestión del tiempo" y a "poco reconocimiento de la empresa". En cuanto al resto de respuestas tienen perfiles muy parecidos.



Figuras nº 76 y 77 Elaboración propia. Barquero A. (2001)

- Existen diferencias en las respuestas dadas por los entrevistados teniendo en cuenta la variable edad. En concreto, el principal problema para los profesionales entre 31 y 40 años es la "Indefinición de funciones propias de Gestión de Enfermería". Entre los que tienen entre 41 y 50 años, este problema sigue siendo el más detectado, seguido por el de la "Falta de Autonomía".

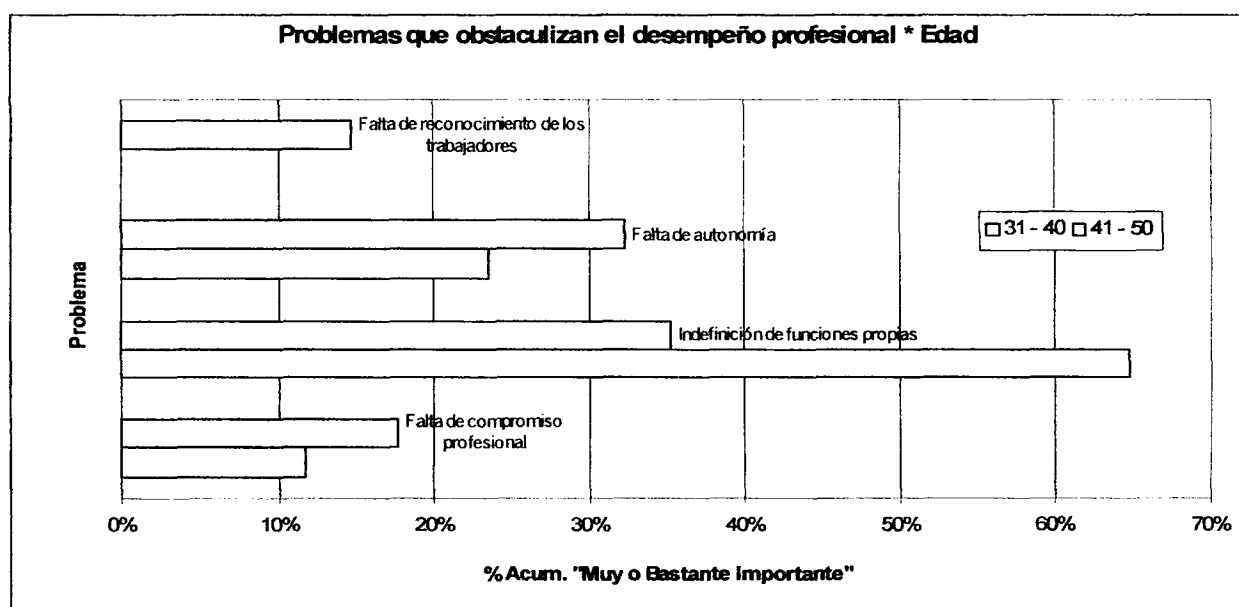


Figura nº 78. Elaboración propia. Barquero, A. (2001)

- Si analizamos los principales problemas que obstaculizan el desempeño profesional de los gestores enfermeros, vemos que existen diferencias en función de la titulación de enfermería que posee el entrevistado. En concreto, si se trata de un A.T.S se le da más importancia a:
  - Falta de autonomía en la toma de decisiones.
  - Poco reconocimiento de los trabajadores.
  - Escasa formación específica.

Por lo que se refiere a los A.T.S convalidado dan más peso en problemas de esta índole:

- Inadecuada gestión del tiempo.
- Dispersión de funciones.

Finalmente, los diplomados en enfermería vemos que le otorgan mayor relevancia a:

- No disponer de presupuesto.
- Falta de recursos materiales y humanos.

- Indefinición de funciones propias de gestión enfermera.
  - Falta de compromiso profesional.
- En cuánto a los perfiles de respuesta referentes a los principales problemas que dificultan el trabajo de los gestores enfermeros, vemos como los de atención especializada, a diferencia de los de atención primaria, le otorgan una mayor importancia a:
- Poco reconocimiento de los trabajadores.
  - Inadecuada gestión del tiempo.
  - Falta de recursos materiales y humanos.

En cambio, los de atención primaria ven como una mayor dificultad la "indefinición de funciones propias de gestión enfermera".

- Otros problemas que dificultan el desempeño profesional de los gestores enfermeros:

- No disponer de una visión estratégica sobre la *Gestión enfermera*
- El actual sistema de designación
- Falta de un modelo de enfermería
- Ausencia de un marco conceptual en enfermería
- Escaso margen legal para tomar decisiones
- No profesionalización de la *Gestión sanitaria en general*
- No profesionalización de la *Gestión enfermera en particular*
- La complejidad de la *Gestión actual*

- ❖ **PREGUNTA 7.- El perfil de Enfermería en gestión debe estar relacionado con...**

### Resultados globales

El perfil de gestión exigido a cualquier persona con la categoría profesional de Gestor en Enfermería debería cumplir lo siguiente:

- En primera preferencia tener un "amplio conocimiento del contexto y ámbito de la gestión" (39.3%).
- En segunda preferencia destaca el ser una persona con una cierta "capacidad de liderazgo" (30.2%).
- En tercera preferencia se considera importante tener la "capacidad para dinamizar los equipos de trabajo" (30%) como también para "el diálogo y consenso" (29.8%).
- En cuarta preferencia tener también "capacidad para dinamizar los equipos de trabajo" (25%).

- En quinta preferencia se cita tener "habilidad en la gestión de relaciones" (33.3%).

### **Análisis Bidimensional**

- El perfil de enfermería en gestión difiere en función del sexo del entrevistado. Mientras que para los hombres es más importante "la capacidad para dinamizar el equipo de trabajo" y "la capacidad de diálogo y consenso", para las mujeres toma mayor peso "la capacidad de liderazgo", "la experiencia profesional mínima de cinco años" y "la habilidad en la gestión de relaciones".

Tabla de contingencia PERFIL GESTION: Capacidad de liderazgo \* SEXO

			SEXO		Total
			Hombre	Mujer	
PERFIL GESTION: Capacidad de liderazgo	Preferencia 1	Recuento % del total	5 11,6%	6 14,0%	11 25,6%
	Preferencia 2	Recuento % del total	5 11,6%	8 18,6%	13 30,2%
	Preferencia 3	Recuento % del total	4 9,3%	3 7,0%	7 16,3%
	Preferencia 4	Recuento % del total	5 11,6%	2 4,7%	7 16,3%
	Preferencia 5	Recuento % del total	2 4,7%	3 7,0%	5 11,6%
	Total	Recuento % del total	21 48,8%	22 51,2%	43 100,0%

Figura nº 79. Elaboración propia. Barquero, A. (2001)

Tabla de contingencia PERFIL GESTION: Capacidad para dinamizador del equipo de trabajo \* SEXO

			SEXO		Total
			Hombre	Mujer	
PERFIL GESTION: Capacidad para dinamizador del equipo de trabajo	Preferencia 1	Recuento % del total	4 10,0%		4 10,0%
	Preferencia 2	Recuento % del total	4 10,0%	2 5,0%	6 15,0%
	Preferencia 3	Recuento % del total	6 15,0%	6 15,0%	12 30,0%
	Preferencia 4	Recuento % del total	8 20,0%	2 5,0%	10 25,0%
	Preferencia 5	Recuento % del total	1 2,5%	7 17,5%	8 20,0%
	Total	Recuento % del total	23 57,5%	17 42,5%	40 100,0%

Figura nº 80. Elaboración propia. Barquero, A. (2001)

- El perfil de enfermería en gestión que debe tener cualquier individuo con la categoría profesional de gestor enfermero difiere en función de la variable edad. Los que tienen entre 31 y 40 años le dan más importancia a cualidades como "capacidad de liderazgo" y "capacidad de organización y planificación", mientras que los que tienen entre 41 y 50 le dan más importancia a "la experiencia profesional mínima de 5 años" y a "la habilidad en la gestión de relaciones".
  
- Con respecto al nivel de estudios, si observamos los tres grupos de interés, vemos que los A.T.S. difieren del resto de grupos, al darle mayor importancia dentro del perfil de gestión a:
  - . Capacidad de organización y planificación.
  - . Experiencia profesional mínima de 5 años.
  - . Capacidad de liderazgo

En cambio, le dan menos importancia a "la capacidad para dinamizar el equipo de trabajo" y a la "habilidad en la gestión de relaciones".

Por lo que se refiere a los que tienen A.T.S convalidado, le dan más importancia que el resto a que el gestor en enfermería tenga un "amplio conocimiento del contexto y ámbito de la gestión".

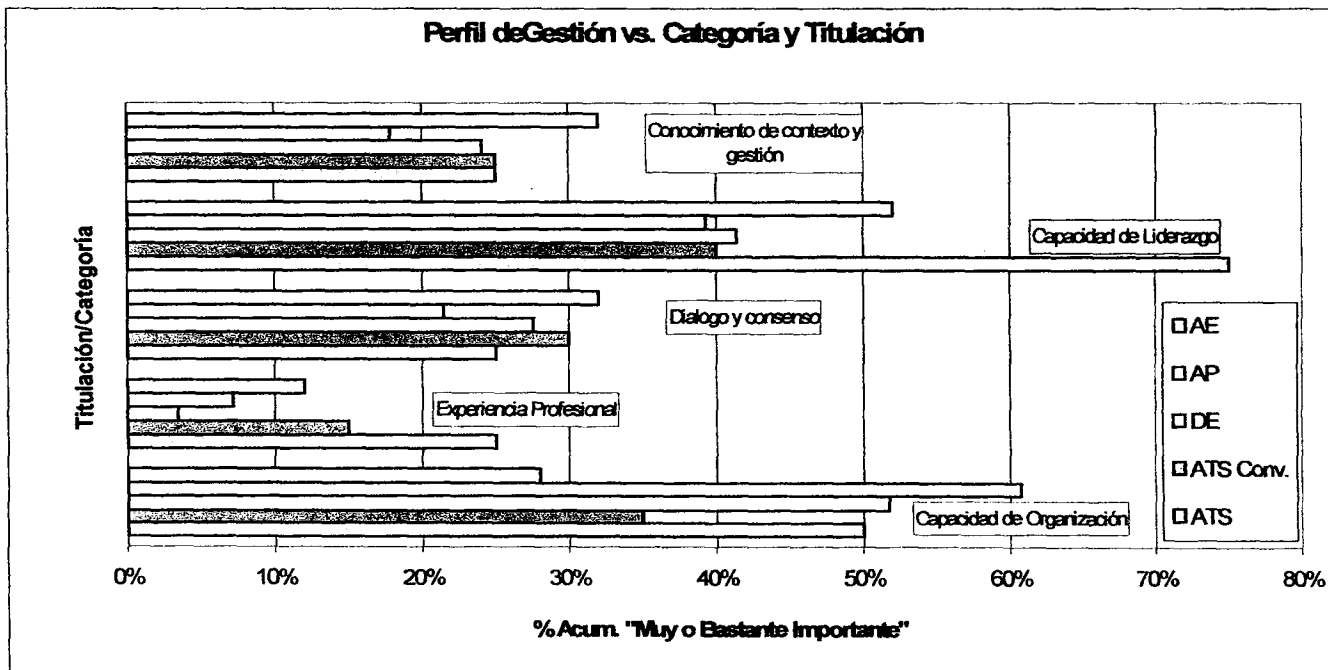


Figura nº 81. Elaboración propia. Barquero, A. (2001)

- Con respecto al puesto de trabajo, si analizamos la importancia otorgada por los profesionales encuestados a las distintas habilidades que debería tener cualquier persona que ocupe el puesto de enfermería de Gestión, vemos que tendencialmente, los de atención especializada (AE) le dan mayor importancia a "la capacidad de diálogo y consenso" y "al amplio conocimiento del contexto y ámbito de la gestión", mientras que los de atención primaria (AP) le otorgan mayor relevancia a "la capacidad de organización y planificación".
  
- Otros aspectos que deberían caracterizar el perfil de enfermería en gestión
  - Capacidad para gestionar cuidados enfermeros
  
  - Tener clara la aportación enfermera en el sistema y su desarrollo
  
  - Conocimiento de la profesión
  
  - Reconocido prestigio profesional

- ❖ **PREGUNTA 8.- ¿Qué perfil académico debe reunir el profesional de Enfermería que se dedica a la gestión?**

### Resultados globales

El perfil académico que debe reunir el gestor en enfermería tiene que cumplir con los siguientes requisitos:

- En primera preferencia ser "diplomado en enfermería" (51.4%) y si la hubiese ser también "licenciado" en la misma carrera (40%).
- En segunda preferencia tener "amplia formación en metodología enfermera y su aplicación práctica" (40.8%) como también "amplia formación de postgrado relacionada con la gestión" (30.4%).
- En tercera preferencia se considera relevante que el gestor enfermero tenga "formación en técnicas empresariales o directivas a nivel general" (33.3%).

- En cuarta preferencia aparece disponer de "formación en habilidades sociales" (38.3%).
- En quinta preferencia destaca "formación en técnicas empresariales o directivas a nivel general" (38.5%).

#### Análisis Bidimensional

- En cuanto al perfil académico que debe reunir el profesional de enfermería, vemos que los hombres le dan más importancia a la posesión del título de "Licenciado en Enfermería", mientras que las mujeres se la dan a la posesión del "título de Diplomatura" y tener "formación en Habilidades Sociales".

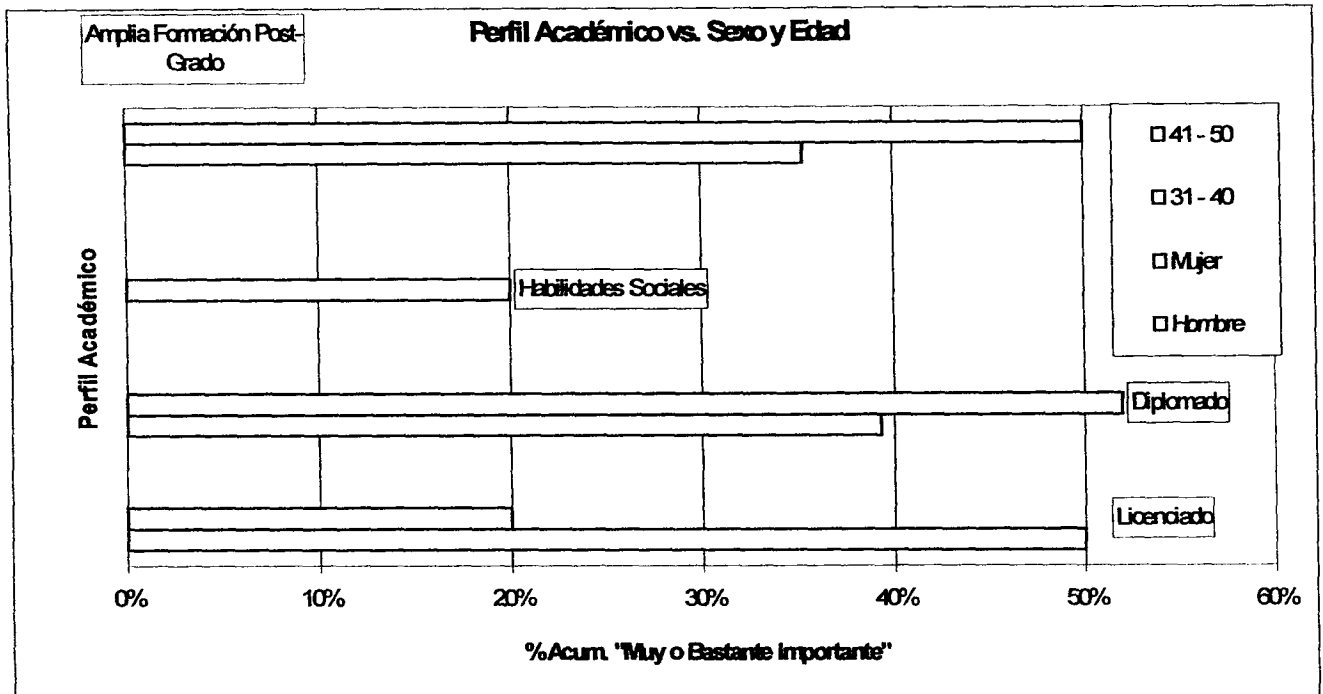
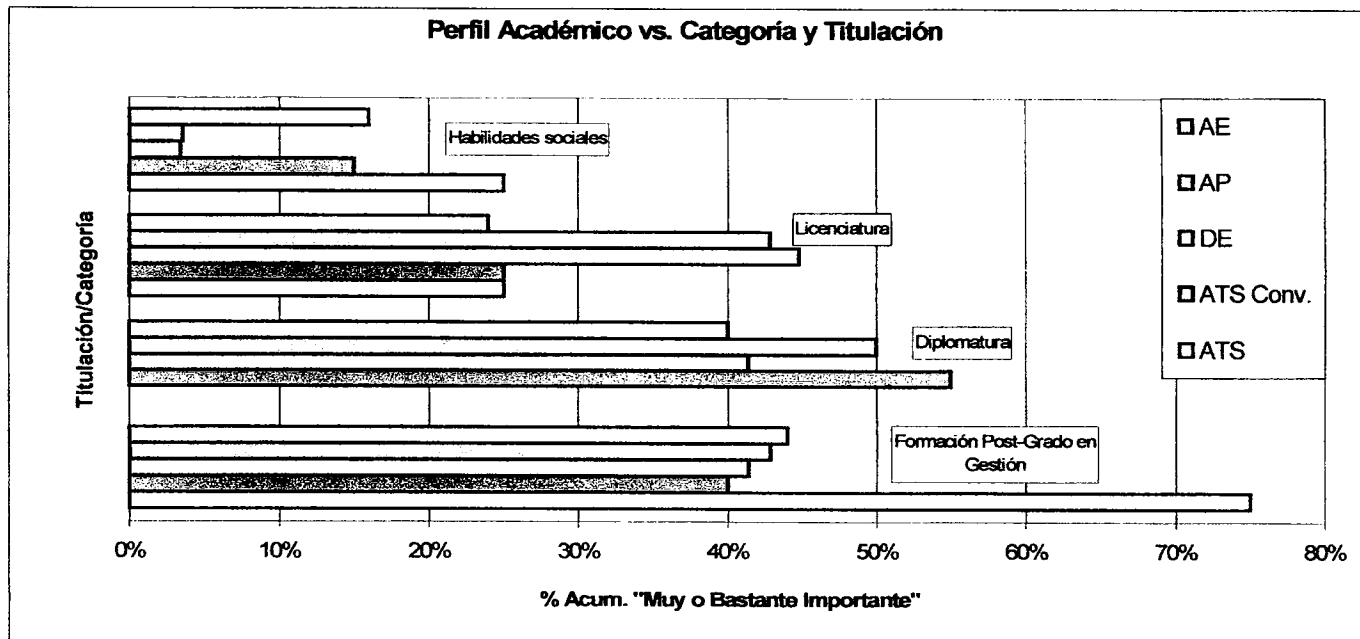


Figura nº 82. Elaboración propia. Barquero, A. (2001)

- Sobre la opinión en cuanto al perfil académico que debe reunir el gestor enfermero, prácticamente no presenta diferencias por grupos de edad. Sólo destacamos que los que tienen entre 41 y 50 años le dan más importancia a "la amplia formación de postgrado relacionada con la Gestión".

Figura nº 83. Elaboración propia. Barquero, A. (2001)



- Según los A.T.S, el perfil académico que debe reunir todo profesional de la categoría de gestor en enfermería, se debe caracterizar por una "amplia formación de postgrado relacionada con la Gestión", mientras que tener la "Diplomatura en Enfermería" no resulta un factor para ellos importante en su formación.

Para el Diplomado en Enfermería, en cambio, sí es importante tener "la diplomatura e incluso la licenciatura" (si la hubiera), mientras que tener "formación en Habilidades Sociales" carece de relevancia.

- No se observan diferencias significativas en cuanto al perfil de respuesta a esta pregunta, aunque si comentar que los profesionales de atención primaria dan una mayor importancia dentro del perfil académico que debe tener cualquier gestor enfermero, a disponer del título de "Licenciado en Enfermería" (si es que existiese este título).
  
- Otros aspectos que debe reunir el perfil académico del profesional de enfermería que se dedica a la gestión
  - Conocimientos de lenguajes estandarizados
  
  - Conocimientos en evidencia científica
  
  - Conocimientos sobre nuevos modelos de organización

- Formación en investigación
  - Máximo respaldo a los profesionales implicados
  - Carrera profesional adaptada al perfil de gestor de enfermería.
- ❖ **PREGUNTA 9.- Marca con una X las respuestas con las que estás de acuerdo.**

### Resultados globales

Los encuestados dicen estar de acuerdo o muy de acuerdo con las siguientes afirmaciones relacionadas con la formación de este colectivo profesional:

- La formación es una obligación profesional/ética de cualquier gestor enfermero (84.3%).

- La formación es clave para impulsar desde la gestión la calidad de los cuidados (82.4%)
- La formación es una obligación personal de cualquier gestor enfermero (75.6%).

### Análisis Bidimensional

- No existen diferencias significativas por sexo, aunque sí se observa un mayor grado de acuerdo por parte de los hombres en cuanto a las afirmaciones planteadas:
  - La formación es una obligación profesional/ética como gestor enfermero.
  - La formación es la clave para impulsar desde la gestión la calidad de los cuidados.
  - La formación es una obligación personal como gestor enfermero.

- Todos los profesionales consultados, independientemente de su grupo de edad, se muestran de acuerdo en cuanto a las afirmaciones planteadas aquí. No existen diferencias destacables, aunque sí los que tienen entre 41 y 50 años se manifiestan menos de acuerdo en que "la formación es la clave para impulsar desde la Gestión la calidad de los cuidados".
  
- No observamos grandes diferencias entre el perfil de respuesta del A.T.S convalidado y el del Diplomado en Enfermería. No obstante, sí observamos que los A.T.S. tienden a estar menos de acuerdo que estos dos grupos con las siguientes afirmaciones:
  - La formación es una obligación profesional/ética como gestor enfermero.
  
  - La formación es la clave para impulsar desde la gestión la calidad de los cuidados.

- La formación es una obligación personal como gestor enfermero.
  
- No se observan prácticamente diferencias en el perfil de respuesta según el tipo de Director encuestado. Ambos grupos coinciden en mostrarse más de acuerdo en que la formación:
  - Es la clave para impulsar desde la gestión la calidad de los cuidados.
  
  - Es una obligación profesional/ética como gestor enfermero.
  
  - Es una obligación personal como gestor enfermero.

- ❖ **PREGUNTA 10.- La finalidad ideal de la formación del Gestor es...**

### Resultados globales

La formación de cualquier gestor enfermero tiene como principales objetivos los siguientes que aparecen a continuación:

- En primera preferencia destaca "la mejora de los cuidados" (42%) como también "de la gestión" (40%).
- En segunda y tercera preferencia aparece como principal finalidad de la formación "el desarrollo y mejora del centro" en el que el gestor enfermero está trabajando (34.9% y 30.2% respectivamente).
- En cuarta preferencia se considera objetivo de la formación "la actualización científica y tecnológica" (37%) al igual que la "mejora de la investigación" (34.2%).

- En quinta preferencia aparece el "desarrollo de la carrera profesional del gestor enfermero" (33.3%).

### Análisis Bidimensional

- No se observan diferencias en cuanto a sexo referente a la finalidad ideal de la formación del gestor. Sólo destacar que para las mujeres, respecto a los hombres, es más importante como objetivo la "actualización científica y tecnológica".
- No existen diferencias destacables en cuanto a qué finalidad tiene la formación del gestor si lo analizamos por edad del entrevistado. No obstante, se observa que los más jóvenes tienden a dar más importancia a los objetivos que aquí se plantean.
- "La mejora de los cuidados" es para los A.T.S convalidados y Diplomados en Enfermería, un objetivo clave en la formación de los gestores enfermeros. En cambio, se le da menos importancia por parte del colectivo A.T.S. convalidado "al desarrollo de la carrera profesional" y a "la actualización

científica y tecnológica". Por lo que respecta a los A.T.S., hay que decir que para ellos la "mejora de la investigación" carece de relevancia respecto al resto.

- Los gestores en enfermería que trabajan en atención primaria opinan que la "mejora de la gestión" y el "desarrollo de la carrera profesional" son claros objetivos de formación, y tienen más importancia de la que en realidad les están otorgando los de atención especializada. Referente al resto de objetivos ambos grupos coinciden en la valoración.
- Otras finalidades de la formación del gestor
  - . El desarrollo del colectivo profesional

- ❖ **PREGUNTA 11.- ¿Cómo se debería programar, en el ámbito institucional, la formación continuada de las personas que gestionan cuidados de enfermería?**

### Resultados globales

La formación continuada de todos aquellos que trabajan como gestores enfermeros se debería programar, a nivel institucional, siguiendo las siguientes directrices:

- En primera preferencia se considera clave el "trabajo en grupo para poder detectar las necesidades de formación de los gestores" (71.4%).
- En segunda preferencia, para programar la formación continuada, destaca "priorizar las necesidades detectadas" (54%).
- En tercera preferencia se cita "programar de acuerdo a estas necesidades" (53.1%).

- En cuarta preferencia destaca "facilitar, basándose en las necesidades detectadas, el acceso a la formación por parte de los interesados" (51.1%).
- En quinta preferencia aparece la "evaluación de la Repercusión en la práctica de la formación de los gestores" (62.5%).

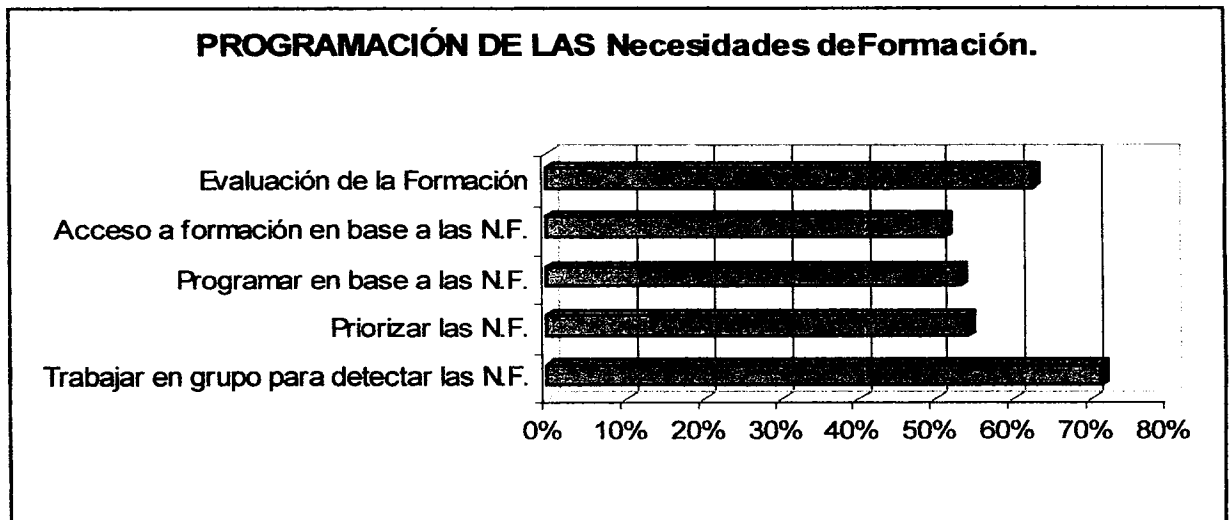


Figura nº 84. Elaboración propia. Barquero, A. (2001)

### Análisis Bidimensional

- Si valoramos como programar la formación continuada de los gestores enfermeros, por sexo del entrevistado, vemos que los hombres se diferencian de las mujeres en que para ellos es más importante "la evaluación de la repercusión en la práctica de la formación de los gestores", mientras que para las mujeres lo es "trabajar en grupo para detectar las necesidades de formación de los gestores" y la "evaluación de las actividades realizadas".
- Si analizamos el perfil de respuesta de la pregunta por cada grupo de edad podemos ver que son muy parecidos. Tan sólo es destacable que entre los gestores enfermeros que tienen entre 41 y 50 años de edad, se le da más importancia, en comparación con el resto, a "la evaluación de la repercusión en la práctica de la formación de los gestores" como medida para programar la formación continuada de este colectivo de individuos.

- No existen diferencias significativas entre el perfil de respuesta del colectivo A.T.S. convalidado y el del Diplomado en Enfermería. En cambio, el A.T.S. sí se desmarca de estos dos grupos, en darle mayor importancia a la "evaluación de la repercusión en la práctica de la formación de los gestores" como medida de programación de la formación continuada de los gestores enfermeros, y en darle menos importancia a "facilitar, en base a las necesidades, el acceso a la formación".
  
- Referente a cómo se debería programar la formación continuada, los gestores enfermeros que trabajan en atención primaria, a diferencia de los que trabajan en atención especializada, le dan mayor importancia a "trabajar en grupo para detectar las necesidades de formación de los gestores", mientras que tendencialmente le dan menos a "la evaluación de las actividades realizadas".

- ❖ **PREGUNTA 12.- Marca con una X las respuestas con las que estás de acuerdo.**

### Resultados globales

La mayoría o cerca de la mayoría (en algún caso) de los gestores en enfermería están de acuerdo o muy de acuerdo en cuánto a qué papel que ocupa la Administración en el tema de la formación:

- Tiene tan sólo un conocimiento parcial o aproximado de las necesidades de formación de sus gestores (62.3%).
- No recaba información sobre estas necesidades no cubiertas (53.9%)
- No conoce las necesidades de formación porque la gestión está más politizada que profesionalizada (48%).

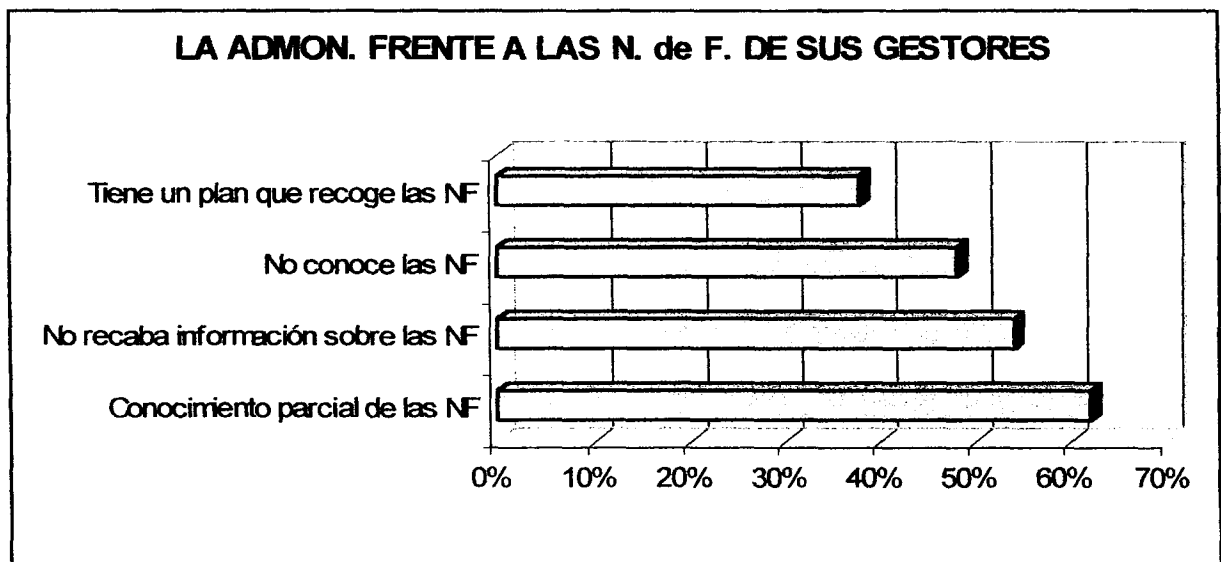


Figura nº 85. Elaboración propia. Barquero, A. (2001)

- Así, un 38% de los encuestados no están de acuerdo con que la "administración tenga un plan preestablecido, que no tiene en cuenta a los grupos a los que va dirigida la formación".

### Análisis Bidimensional

- Podemos asegurar que los hombres, a diferencia de las mujeres, se muestran más de acuerdo en las afirmaciones

que siguen a continuación, referentes a como actúa la Administración ante las necesidades de formación de sus gestores:

- No recaba información sobre las necesidades de formación de sus gestores.
  - Tiene un conocimiento parcial de estas necesidades.
  - No conoce las necesidades de formación porque la gestión está más politizada que profesionalizada.
- El grado de acuerdo con las afirmaciones planteadas prácticamente no difiere en función de la edad del entrevistado. Sólo es destacable que el grupo de entre 31 y 40 años se muestra más de acuerdo en que "la Administración no conoce las necesidades de formación, porque la Gestión está más politizada que profesionalizada".
- El grado de acuerdo de los distintos grupos analizados con las afirmaciones planteadas es parecido, aunque en el caso

de los A.T.S. se muestran menos de acuerdo que el resto, en que la Administración:

- Tiene un conocimiento parcial o aproximado de las necesidades de formación de sus gestores.
  - No conoce las necesidades de formación porque la gestión está más politizada que profesionalizada.
- Los profesionales de atención primaria, en comparación con los de atención especializada, se muestran más de acuerdo con las siguientes afirmaciones:
- La Administración tiene un conocimiento parcial o aproximado de las necesidades de formación de sus gestores.
  - La Administración no recaba información sobre las necesidades de formación de sus gestores.

- La Administración no conoce las necesidades de formación porque la gestión está más politizada que profesionalizada.

❖ **PREGUNTA 13.- ¿Cómo puede conocer, la Administración, las demandas y las necesidades de formación de los gestores?**

### Resultados globales

Las herramientas de las que puede valerse la Administración para conocer las demandas y detectar las necesidades de formación de los gestores enfermeros son las siguientes:

- En primera preferencia emerge como principal herramienta la "descripción y análisis de puestos y perfil de competencia" (51%).
- En segunda y tercera preferencia se cita la "evaluación de las necesidades reales que este colectivo tiene en formación" (34.9%)

- En cuarta preferencia un mayor porcentaje de los encuestados considera oportuno la "evaluación posterior de las necesidades formativas" (35.7%) como también recurrir a las "Asociaciones científicas" (30.3%).
- En quinta preferencia aparecen "investigaciones aplicadas" (52.4%).

### Análisis Bidimensional

- Si analizamos las diferencias en el perfil de respuesta, por sexo del entrevistado, observamos que los hombres le dan mayor importancia a conocer las necesidades de formación de los gestores "a través de evaluadores externos", mientras que las mujeres se la dan a "la descripción y análisis de puestos y perfil de competencia" y a "la evaluación posterior de las necesidades formativas".
- Los dos grupos de edad coinciden en cuáles son los instrumentos que dispone la Administración para conocer las

demandas y detectar las necesidades de formación de los gestores, aunque en el caso de los que tienen entre 31 y 40 años le dan más importancia a "las asociaciones científicas".

- Si analizamos las diferencias en el perfil de respuesta a esta pregunta, por titulación del/de la entrevistado/a, vemos que los A.T.S. dan mayor importancia que el resto, a que la Administración conozca las necesidades de formación de sus gestores a "través de evaluadores externos" e "investigaciones aplicadas", mientras que los Diplomados en Enfermería se la dan a "las asociaciones científicas".
  
- No se observan diferencias claras entre grupos en cuanto al perfil de respuesta a esta pregunta. Sólo comentar que en el caso de los profesionales de atención primaria le dan una mayor importancia a "solicitar propuestas de los grupos directivos a través de cuestionarios, encuestas o entrevistas", mientras que los de atención especializada se la dan a "evaluar las necesidades reales que tienen en formación".

- Otros medios de la administración para conocer las demandas y las necesidades de formación de los gestores:
  - Unidad de Directivo
  - Actualización de *curricula*.
  - Grupos de trabajo
  - Seminarios

- ❖ **PREGUNTA 14.- Marca con una X las respuestas con las que estás de acuerdo.**

### Resultados globales

Los directivos enfermeros están de acuerdo o muy de acuerdo en las afirmaciones siguientes referentes a la formación que la propia Administración organiza para ellos:

- Necesita adaptarse y enfocarse, de forma clara, a las necesidades actuales (80.8%).
  
- Carece de cualquier indicador referente a la efectividad (58%).
  
- No se adecua a las necesidades de formación específicas de enfermería (53.8%).

- No se adapta a las necesidades y expectativas reales de sus gestores (50%).

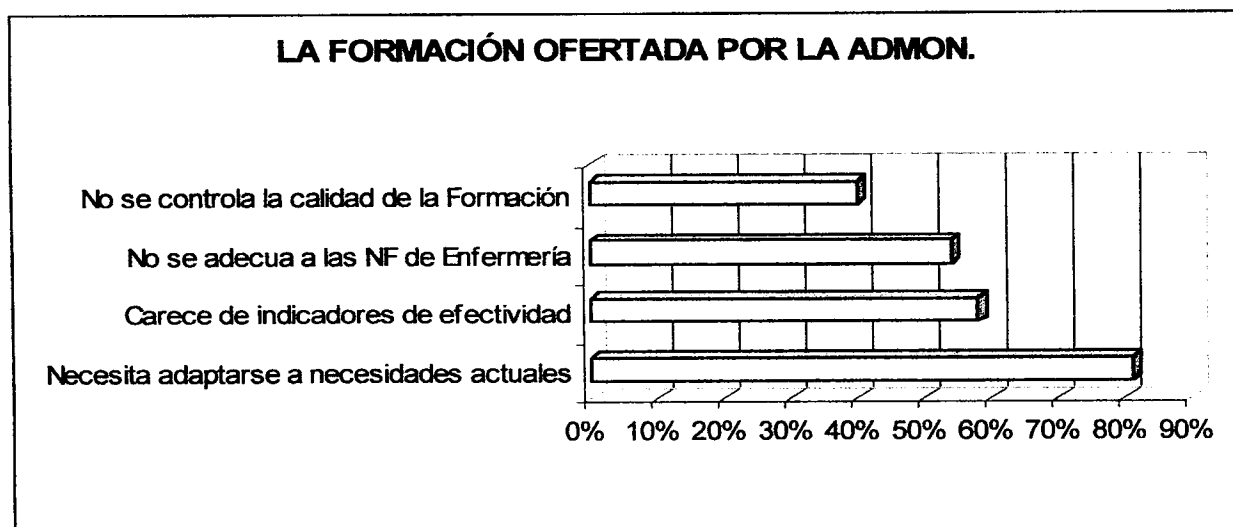


Figura nº 86. Elaboración propia. Barquero, A. (2001)

- Tendencialmente, se muestran en desacuerdo o muy en desacuerdo en cuanto a que la formación "carece de un adecuado control de la calidad docente" (40%) y en cuanto a que se trata de un tipo de docencia "muy encorsetada y tradicional" (37.3%).

### Análisis Bidimensional

- Si analizamos como se ve la formación que la Administración organiza, por sexo del entrevistado, vemos que las mujeres están más de acuerdo en que "carece de indicadores de efectividad", mientras que los hombres están más de acuerdo en que "es muy selectiva" y que "no se adecua a las necesidades de formación específicas de enfermería".
  
- No podemos hablar de diferencias significativas en el grado de acuerdo con las afirmaciones planteadas. Tan sólo tendencialmente se observa que están más de acuerdo los gestores que tienen entre 31 y 40 años, en que "la formación que la Administración organiza para sus directivos enfermeros, necesita adaptarse y enfocarse a los requerimientos actuales".
  
- Si tenemos en cuenta la titulación del profesional entrevistado, observamos algunas diferencias en el grado de acuerdo con las afirmaciones planteadas.

- En concreto, el Diplomado en Enfermería se muestra más de acuerdo que "la formación que la Administración organiza para sus directivos enfermeros, no se adecua a las necesidades de formación específicas de enfermería". En cambio, el A.T.S. se muestra menos de acuerdo en que esta formación "es muy encorsetada y tradicional".
  
- Con respecto a los A.T.S. convalidado, diremos que están menos de acuerdo en que "es una formación selectiva" y que "no se adapta a las necesidades y expectativas reales de sus gestores".
  
- Los gestores enfermeros que trabajan en atención primaria se muestran más de acuerdo, en comparación con los que trabajan en atención especializada, en que "la formación que la Administración organiza para sus directivos enfermeros, carece de indicadores de efectividad". Referente al resto de perfiles de respuesta, no existen diferencias significativas entre los dos grupos.

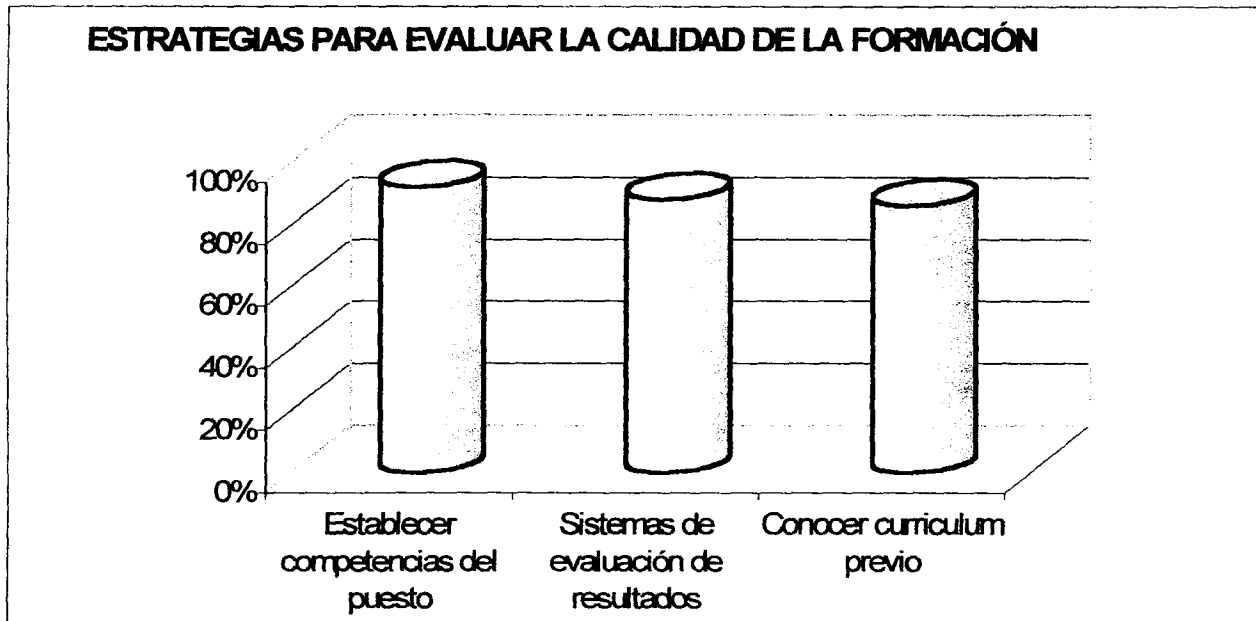
- ❖ **PREGUNTA 15.- Para que la Administración pueda evaluar la adecuación de la formación de los gestores en su práctica diaria, ¿Qué tipo de estrategia ha de poner en marcha?**

### Resultados globales

Las estrategias que se consideran más adecuadas para que la Administración pueda evaluar la adecuación de la formación de los gestores en su práctica diaria son las siguientes:

- Establecer las competencias necesarias en cada puesto concreto de gestión (92.3%).
- Establecer sistemas de evaluación que midan los resultados referidos a la gestión enfermera (88.7%).
- Conocer el respaldo curricular que el gestor ofrece al puesto concreto que desempeña (85.7%).

Figura nº 87. Elaboración propia. Barquero, A. (2001)



Los encuestados se manifiestan en desacuerdo o muy en desacuerdo con las siguientes afirmaciones referentes a esta evaluación:

- A la Administración no le interesa evaluar a los gestores enfermeros (50%).

- A la Administración no le interesa identificar y delimitar las competencias del gestor enfermero (41.2%).

### Análisis Bidimensional

- Si miramos la diferencia entre perfiles de respuesta, por sexo del entrevistado, observamos que las mujeres están más de acuerdo en que cualquier estrategia de adecuación de la formación a la práctica diaria "debería establecer sistemas de evaluación que midiera resultados referidos a la gestión enfermera" y que "a la Administración no le interesa evaluar a los gestores enfermeros".
- Si analizamos el perfil de respuesta por grupos de edad, vemos que los que tienen entre 41 y 50 años, en comparación con el resto, tienden ligeramente a mostrarse más de acuerdo en que la Administración:
  - Debería establecer sistemas de evaluación que midiera resultados referidos a la gestión enfermera.

- Debe conocer el respaldo curricular que el gestor ofrece al puesto concreto que desempeña.
  
- No existen prácticamente diferencias en el perfil de respuestas que tiene cada grupo analizado. Sólo hay que destacar que, en general, los A.T.S. se muestran menos de acuerdo que los otros dos grupos, en que las estrategias contempladas son las válidas para adecuar la formación de los gestores en su práctica diaria.
  
- No existen prácticamente diferencias en cuanto a cuales son, según la opinión de estos dos grupos, las estrategias más adecuadas para adecuar la formación de los gestores en su práctica diaria. No obstante, tendencialmente, vemos que los gestores enfermeros de atención primaria están más de acuerdo en que "a la Administración no le interesa identificar y delimitar las competencias del gestor enfermero", como tampoco "le interesa evaluar a los propios gestores enfermeros".

- Otras estrategias que debería poner en marcha la administración para poder evaluar la adecuación de la formación de los gestores en su práctica diaria:
  - Establecer sistemas de evaluación que midan resultados referidos a la Gestión
- ❖ **PREGUNTA 16.- ¿Cuáles son las funciones reales que desarrollan los directivos en su práctica diaria?**

### Resultados globales

Las funciones reales que desarrollan los directivos enfermeros en su práctica diaria, según el criterio del colectivo implicado son:

- Participan activamente en los órganos de dirección y comisiones (88.6%).

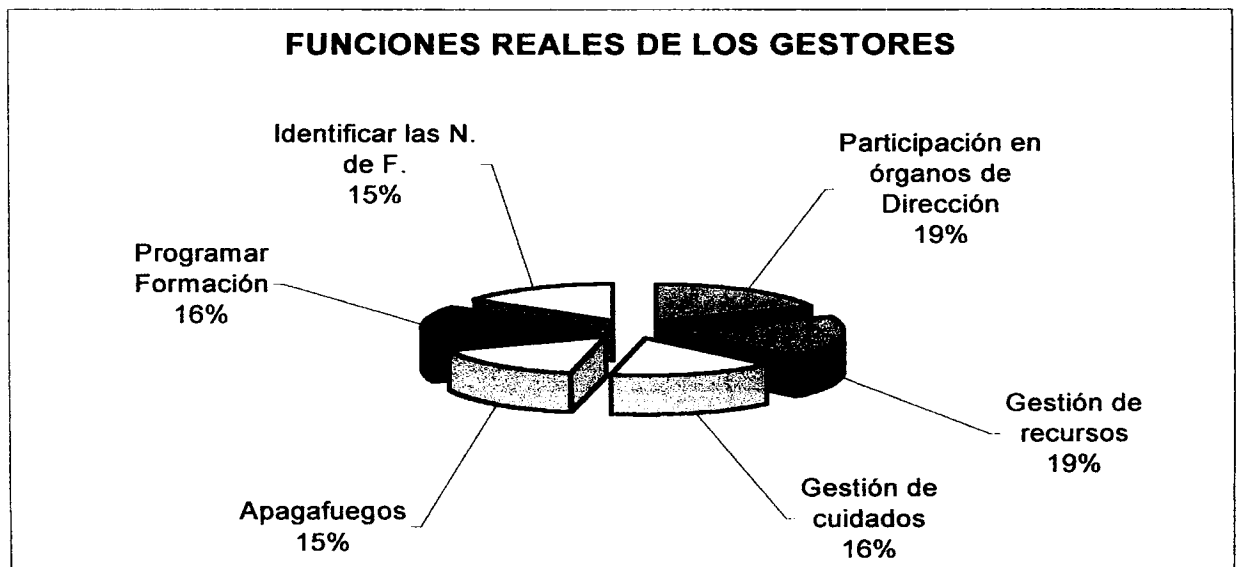


Figura nº 88. Elaboración propia. Barquero, A. (2001)

- Gestionan los recursos materiales y humanos (88.5%).
- Gestionan los cuidados (77.3%).
- Son los "apaga fuegos" de las Instituciones (73.1%).
- Realizan la programación de la formación (76%).
- Identifican las necesidades de formación del personal a su cargo (73%).

- Contribuyen al desarrollo de personas (64.1%).

No obstante, hay que destacar que un porcentaje relevante de los entrevistados se muestran en desacuerdo o muy en desacuerdo con ser éstas funciones reales de los directivos enfermeros:

- Funciones administrativas (36%).
- Diseño de la política de calidad (31.4%).

### Análisis Bidimensional

- No se observan prácticamente diferencias en el perfil de respuesta, según el sexo del gestor enfermo entrevistado, aunque sí tendencialmente observamos que los hombres están más de acuerdo en que son funciones reales de los directivos "planificar la investigación e innovación", mientras que las mujeres lo están más en que son ellos "los que establecen los objetivos".

- Si analizamos el perfil de respuesta por grupos de edad, vemos que los que tienen entre 31 y 40 años de edad se muestran ligeramente más de acuerdo, en comparación con los que tienen entre 41 y 50, en que son funciones reales que desempeñan los gestores enfermeros:
  - La gestión de los recursos materiales y humanos.
  - La gestión de cuidados.
  - La programación de la formación.
  - Contribuir al desarrollo de personas.
  
- En cuanto a las funciones reales que desarrollan los directivos en su práctica diaria, vemos que los A.T.S. se muestran menos de acuerdo que el resto, en que los gestores enfermeros:
  - Son los que contribuyen al desarrollo de personas.

- Identifican las necesidades de formación del personal a su cargo.
  
- Se ocupan de la gestión de los cuidados

En cambio, se muestran más de acuerdo en que es una función de este colectivo la de "desestabilizar la rutina y dinamizar los equipos". En cuanto al resto de funciones los tres grupos presentan respuestas parecidas.

- Tanto los gestores enfermeros de atención primaria como los de atención especializada citan las mismas respuestas, correspondientes a funciones reales que desarrollan en su práctica diaria. Es por ello que no existen diferencias significativas entre los dos grupos analizados.

- ❖ **PREGUNTA 17.- ¿Qué contenidos crees que faltan en la labor de la gestión enfermera?**

### Resultados globales

Existe un acuerdo prácticamente unánime sobre cuáles son los contenidos que faltan en la labor de la gestión enfermera:

- Medir en términos económicos la contribución del trabajo enfermero sobre los resultados en materia de salud (92.3%).
- Profundizar en la motivación e implicación de los profesionales (84.9%).
- Participar en la selección de personal (84.9%).
- Participar en la elaboración de objetivos de la organización (80.8%).

- Fomentar y participar en actividades de formación e investigación (80.8%).

### Análisis Bidimensional

- El sexo no es una variable que influya en el perfil de respuesta en cuanto a contenidos omitidos en la labor de la gestión enfermera. No existen, pues, diferencias significativas.
- De los profesionales consultados, los que tienen entre 31 y 40 años de edad se muestran más de acuerdo que el resto, en que a la labor de gestión le falta "fomentar y participar en actividades de formación e investigación", mientras que los que tienen entre 41 y 50 se muestran más de acuerdo en que se debería "participar en la selección de personal".

**Tabla de frecuencia FALTA DE CONTENIDOS: Medir en términos económicos la contribución del trabajo enfermero sobre los resultados en materia de salud**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy en desacuerdo	1	1,9	1,9	1,9
	Indeciso	3	5,7	5,8	7,7
	De acuerdo	30	56,6	57,7	65,4
	Muy de acuerdo	18	34,0	34,6	100,0
	Total	52	98,1	100,0	
Perdidos	,	1	1,9		
	Total	1	1,9		
Total		53	100,0		

*Figura nº 89. Elaboración propia. Barquero, A. (2001)*

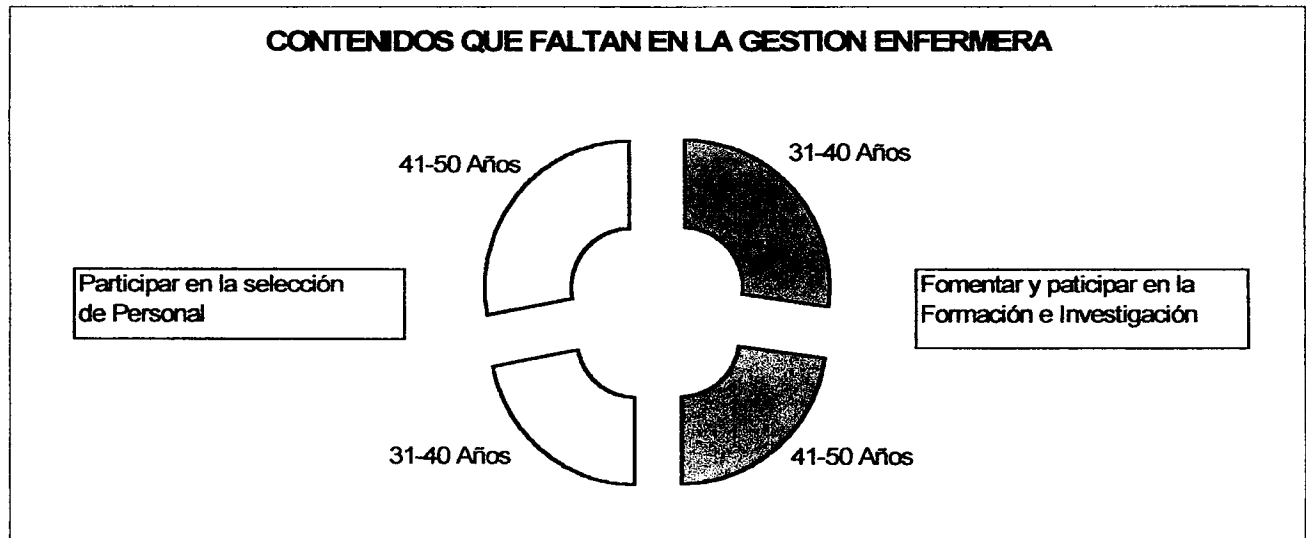


Figura nº 90. Elaboración propia. Barquero, A. (2001)

- Si analizamos el perfil de respuesta por titulación del entrevistado, vemos que uno de los grupos analizados se muestran menos de acuerdo que el resto, en alguno de los contenidos planteados. En concreto, los A.T.S. están menos de acuerdo en que "fomentar y participar en actividades de formación e investigación" es un contenido que le falta a la Gestión enfermera. Para los A.T.S. convalidados falta la "participación activa en la gestión de recursos materiales", mientras que los Diplomados en Enfermería dicen que falta más "participación en la selección de personal".

- Los gestores de atención primaria y de atención especializada, sin diferencia, están de acuerdo en cuanto a que todos los aspectos presentados en esta pregunta hacen referencia a contenidos omitidos en la labor de la gestión enfermera. No existen diferencias significativas entre los dos grupos.

#### Otros contenidos que faltan en la labor de la gestión enfermera

- . Medir en términos de satisfacción de usuarios
- . Medir en términos de dependencia
- . Medir en términos de efectividad de los cuidados enfermeros
- . Profundizar en nuevas estrategias de organización

- ❖ **PREGUNTA 18.- ¿Qué estrategia debería de poner en marcha la Administración para favorecer la investigación entre sus gestores?**

### Resultados globales

Las estrategias más adecuadas que se pueden llevar a cabo desde la Administración para fomentar la investigación entre sus gestores enfermeros, teniendo en cuenta la opinión manifestada por los propios implicados, son:

- Reconocimiento y difusión de resultados (94.1%).
- Preparación en Metodología de investigación (92.3%).
- Proporcionar los recursos necesarios (88.2%).
- Incluir la investigación como un objetivo del Contrato programa (82.7%).
- Motivar a los gestores para investigar (82.3%).

- Facilitar tiempo para poder investigar (76%).

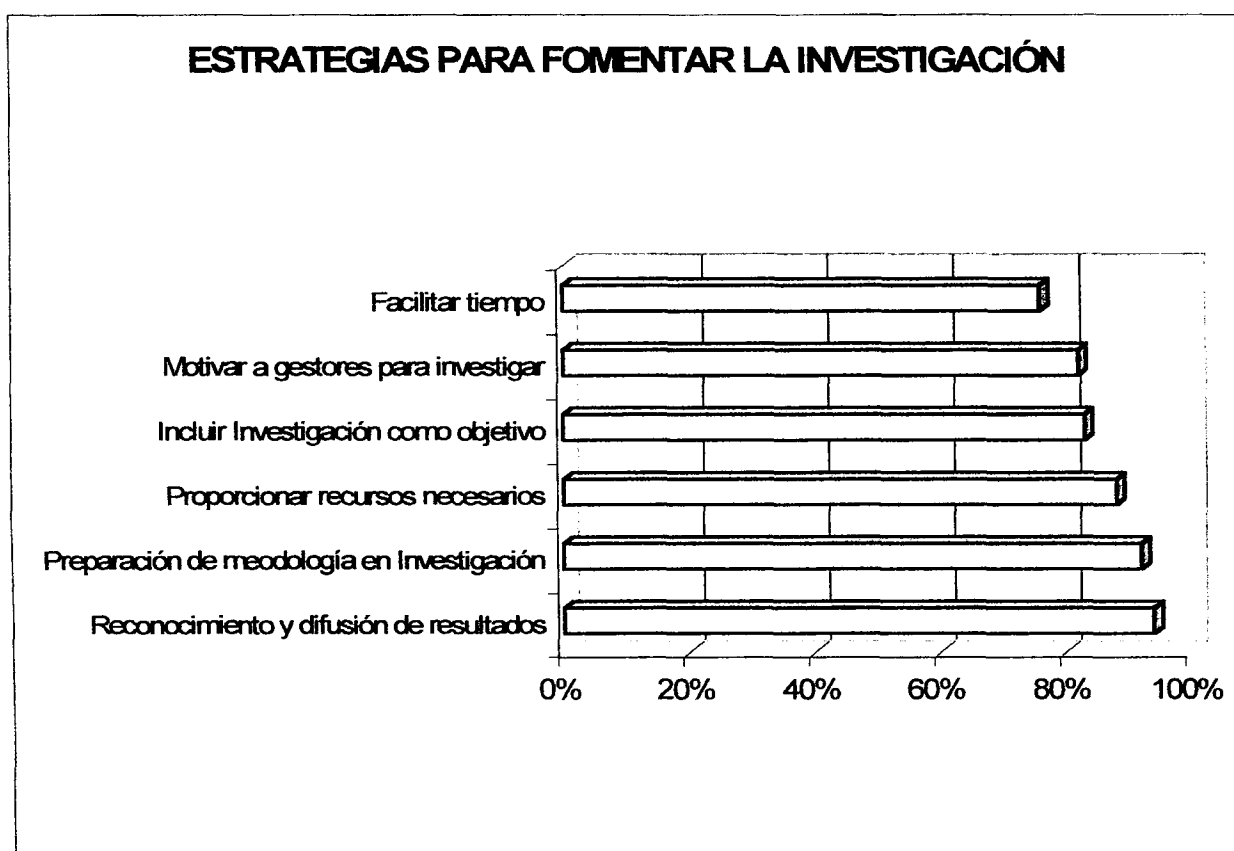


Figura nº 91. Elaboración propia. Barquero, A. (2001)

### **Análisis Bidimensional**

- En general, se observa que los hombres se muestran más de acuerdo que las mujeres, en que todas las estrategias que siguen a continuación son las correctas para favorecer la investigación entre sus gestores:
  - Reconocimiento y difusión de resultados.
  - Preparación en metodología de investigación.
  - Incluir la investigación como un objetivo del Contrato-programa.
  - Proporcionar los recursos necesarios.
  - Motivar a los gestores para investigar.
  - Facilitar tiempo para poder investigar.

- En general, todos los entrevistados, independientemente de su edad, se muestran de acuerdo en que las estrategias contempladas son las correctas, para que se fomente desde la Administración la investigación entre sus gestores. En cuanto a "incluir la investigación como un objetivo del contrato programa" es considerado como más válido por los que tienen entre 31 y 40 años.
  
- Observamos que el colectivo de A.T.S., en esta pregunta, se muestra menos de acuerdo que los otros dos grupos, en que las siguientes estrategias sean las correctas para favorecer la investigación:
  - Facilitar tiempo para poder investigar.
  
  - Motivar a los gestores para investigar.
  
  - Proporcionar los recursos necesarios.

En cuanto al resto de respuestas, no observamos diferencias destacables.

- Tanto los gestores enfermeros de atención primaria como los de atención especializada coinciden en cuáles son las mejores estrategias que la Administración debe adoptar para fomentar la investigación -veáse tabla de frecuencias correspondiente a esta pregunta en el apartado anterior—. No existen diferencias significativas en el perfil de respuesta.
  
- Otras estrategias que debería poner en marcha la administración para favorecer la investigación entre sus gestores
  - Debe ser compromiso de los gestores, incorporar cualquier investigación de calidad a la práctica profesional



**TERCERA**

**PARTE**

## **CAPÍTULO II**

---

***CONCLUSIONES DEL ESTUDIO  
DE INVESTIGACIÓN***



## **CAPÍTULO 1. CONSIDERACIONES GENERALES DEL ESTUDIO.**

### **0. INTRODUCCIÓN.**

El cometido de este capítulo va encaminado a exponer las conclusiones procedentes del análisis y discusión de los datos emanados del cuestionario, y de los grupos de discusión. El segundo apartado será el encargado de situarnos ante la repercusión o impacto que, desde nuestro punto de vista, pueden tener en la práctica

Por último, se hará una reflexión sobre aquellas limitaciones que consideramos han sido un obstáculo para nuestro trabajo concluyendo con aquellos aspectos más positivos.

## 1. CONCLUSIONES FINALES

- **El perfil Profesional de los Gestores Enfermeros en la CAA.**

En primer lugar, comenzaremos por recordar recordar el perfil de los profesionales que componen la población estudiada. Dicha población está compuesta por 53 profesionales que se dedican a la gestión de enfermería; de ellos, 29 son Coordinadores de Atención Primaria y 24 son Directores de Enfermería de Atención Especializada.

La muestra se divide en 28 hombres (52,8%) y 25 mujeres (47,2%), de edades comprendidas entre los 31 y 40 años (17 personas, el 32,1% de la muestra), los 41 y 50 años (34 personas, el 64,2% de la muestra) y 2 personas de más de 51 años (3,8% de la muestra).

Más de la mitad de la muestra son Diplomados en Enfermería (54,9%). Un 37,3% son A.T.S. convalidados y sólo el 7,8% de los encuestados son A.T.S.

- **La Situación Laboral.**

En cuanto a la situación laboral de los encuestados, cabe decir que el 86,5% son fijos en la institución donde trabajan, frente a sólo un 13,5% que posee otro tipo de contrato.

El tiempo trabajado como enfermero antes de desempeñar un puesto de gestor oscila entre:

- 1 y 3 años para 5 personas (9,4%)
- 4 y 7 años para 12 personas (22,6%)
- y más de 7 años para 36 personas (67,9%).

En este apartado es de destacar que existe una proporción relevante de personas que están ocupando un cargo de gestión con menos de 3 años de experiencia como enfermero-base. Entendemos que es esencial una mayor experiencia como profesional de base, ya que esta es la que te permite tener tanto una visión global como un conocimiento detallado de la institución y del desarrollo profesional de la Enfermería.

Podemos concluir diciendo que estamos frente a un colectivo que mayoritariamente es Diplomado en Enfermería, de una edad comprendida entre 41 y 51 años, con una situación laboral estable y con una experiencia profesional de más de 15 años.

Un dato que llama la atención en el perfil que estamos dibujando es que, siendo enfermería una profesión eminentemente femenina, el porcentaje de hombres ocupando puestos de gestión sea proporcionalmente mayor. Estamos, por tanto, ante una de las características propias de una profesión eminentemente femenina.

- **El Perfil Académico.**

En cuanto al perfil académico, más de la mitad de los directores son Diplomados o ATS convalidados y un pequeño número aún sigue siendo ATS. La formación, en el currículum básico de la actual Diplomatura de Enfermería contempla la *Gestión* dentro de la Asignatura de Administración de Servicios de Enfermería. Esta es una asignatura troncal con siete créditos en BOE de los que, en la mayoría de las Escuelas del Estado Español y tras la revisión de los Planes de Estudio, 4 créditos son dedicados a la teoría y los restantes son teórico- prácticos y/o clínicos. Podemos concluir que la mayoría de los gestores enfermeros andaluces tienen una formación básica, aunque sea mínima, en *Gestión*.

Para conocer la idoneidad de la preparación en *Gestión* recibida por los titulados, habría que plantear nuevos estudios que analizaran los contenidos realmente impartidos en las Escuelas Andaluzas y su adecuación a lo que realmente debe conocer un enfermero sobre *Gestión*.

La gran mayoría de la población estudiada no posee otras titulaciones universitarias distintas a la de Diplomado en Enfermería (73,1%). Tan sólo un 26,9% ha cursado otros estudios complementarios, por ejemplo: Licenciado en Psicología, Diplomado en Fisioterapia, Licenciado en Antropología. Esto puede ser debido a la no existencia de un segundo y tercer ciclo específicos que permitieran ampliar formación dentro del mismo campo de conocimientos. En este sentido, cabe resaltar la demanda unánime que hacen referente a la necesidad de implantar la Licenciatura de Enfermería para hacer frente a los retos profesionales que plantea el mundo de la Gestión Sanitaria. Este sentimiento se ve reforzado si tenemos en cuenta que en el proyecto de Planes de Estudio presentado al Ministerio de Educación, para la aprobación de la Licenciatura, se contempla a la disciplina de Administración de Servicios de Enfermería como uno de sus ejes principales. No se puede olvidar que es la Formación la que ilumina la manera de hacer Gestión.

- **La Producción Científica de los Gestores.**

La carencia identificada en el párrafo anterior también incide negativamente a la hora de la producción científica y la investigación al carecer de reconocimiento investigador.

En cuanto a publicaciones, sólo 14 personas dicen haber publicado algún artículo relacionado con la gestión, principalmente en la revista ROL de Enfermería, frente al resto que no ha publicado nada. Sin embargo, son muchas más las participaciones en mesas redondas, ponencias o comunicaciones relacionadas con la gestión, concretamente es el caso de 36 personas.

Es justo remarcar el hecho, referido a producción científica y a cursos realizados, que son las mujeres las más preocupadas por la Formación y las que mayor número de publicaciones hacen.

En el apartado investigación, son muy pocos los enfermeros que manifiestan haber realizado trabajos de investigación y haber publicado resultados sobre los mismos, razón esta que puede tener su raíz en la falta de capacitación o motivación del colectivo y así lo manifiestan cuando dicen que la Admón. debería potenciarlos más, tanto en el terreno formativo, ya que como apunta Roca, MT (1994:39) *"La formación es la asignatura pendiente de nuestra profesión, tanto en el pregrado, como el postgrado, como en la formación continuada"* así como en el de proporcionarles recursos y tiempo para poder llevar a cabo esta actividad.

La investigación es la herramienta fundamental para avanzar en la Gestión de los Cuidados y debería ser un campo a trabajar desde la Admón. con los Gestores de Enfermería, ya que es el único camino para adquirir la información y los conocimientos necesarios y para saber como podemos resolver problemas de toda índole.

Continuando en el campo de la investigación, es fundamental abrir nuevas vías de comunicación entre la Admón. y sus gestores, habilitando lugares de encuentro y foros apropiados para debatir problemas y estudiar estrategias de solución. Los gestores enfermeros lamentan el que no exista una retroalimentación desde las Instituciones Sanitarias hacia sus directivos y más concretamente en el tema de la investigación; así lo manifiestan cuando dicen que los resultados de las investigaciones que se llevan a cabo en los centros, deberían ser difundidos por varias razones:

- A) Se conocerían por donde y hacia donde se dirige la investigación en el campo de la gestión y estos avances podrían ayudar a avanzar en este sentido.
- B) Sería un acicate motivador para otros gestores que aun no se han decidido a trabajar en esta línea.
- C) Podría surgir un intercambio de experiencias en este campo muy enriquecedor para el avance de esta disciplina y

concretamente en el campo de los cuidados y del producto enfermero.

Un gran número de ellos cree que la Admón. debería incluir la investigación dentro del contrato programa, de alguna manera piden que la investigación sea una tarea más de los gestores que tienen cumplir, ya que consideran a la investigación como un contenido vacío dentro de la función directiva.

- **El Perfil Exigido por el SAS a sus Gestores.**

Hasta aquí hemos descrito la realidad y las creencias de los directores sobre cómo es y cómo debe ser el perfil de las personas que acceden a la gestión. Pero, cuáles son los requisitos que la Admón. exige a aquellas personas que elige para desempeñar puestos directivos?. Este apartado, por sí solo, debería ser un objeto de estudio, porque quizás sea necesario revisar los procedimientos vigentes para acceder o ser elegido para ocupar un puesto de Gestión pues es muy posible que no respondan ni a la manera ni a los tiempos que corren. Por ello, se

considera imprescindible abrir nuevas líneas de investigación en este sentido.

- **Conceptualización de la Formación.**

Hemos tratado el cómo es la formación y pasamos a conocer el cómo debe ser, según los profesionales que están desempeñando el puesto.

La concepción de los gestores sobre la formación es unánime y así, para la mayoría de los directores, la formación es una obligación profesional y ética de cada uno de ellos y la consideran la pieza clave para poder impulsar la calidad de los cuidados.

Consideran la formación básica como primordial. Así, manifiestan que para ser Director de Enfermería, se debe estar en posesión del título de Diplomado e incluso del de Licenciado, si existiera la Licenciatura. Esta cualificación básica se justifica en las necesidades de:

- **Amplia formación en metodología enfermera.**
- **Planificación de cuidados.**
- **Formación en Educación para la Salud de pacientes y familia.**
- **Amplia formación de postgrado relacionada con la gestión.**
- **Formación en Técnicas Empresariales o Directivas en el ámbito general.**

Sobre este aspecto, la ANDDE, citada por Almazán, S. (1997: 27) aconseja una preparación en gestión que capacite para trabajar en estructuras de gestión caracterizadas por:

- **Gran autonomía de gestión, y capacidad formal de decisión de los protagonistas de la misma, los profesionales.**
- **Articulación de la organización en centros de responsabilidad.**

- Estructuras organizativas desarrolladas a través de esquemas matriciales.
  
- Clima laboral propicio para la participación activa de los trabajadores.
  
- En estas organizaciones las unidades de enfermería, se conceptualizan como centros de responsabilidad cuyo producto final son los cuidados enfermeros. Entendiendo el producto enfermero como *"el conjunto de actividades cuidadoras decididas por la enfermera y ejecutadas por ella u otros miembros del personal cuidador para promover la salud, recuperar de la enfermedad, o reintegrar al individuo en su medio"*. *La enfermera en estrecho contacto con cada paciente, es la responsable de la elaboración del producto enfermero a través del proceso de cuidar"*.

Una vez llegado este punto, es necesario no perder de vista el campo donde nos estamos moviendo, ya que últimamente estamos asistiendo a la aplicación de enfoques y técnicas empresariales excesivamente mercantilistas aplicadas al mundo sanitario, que se traducen en propuestas peligrosas. Nada tienen que ver las premisas de las organizaciones empresariales con los condicionantes y objetivos de las organizaciones sanitarias, aunque algunas técnicas de gestión puedan adaptarse y aplicarse con buenos resultados. La formación que muchas escuelas de postgrado están implantado profundiza en la línea mercantilista; esta formación dada a personas que no tienen el suficiente conocimiento previo en temas organizativos y directivos puede ser contraproducente pues carecen de elementos críticos que pueden ayudar a discernir entre la conveniencia, oportunidad y la ética en aplicar dicha corriente al mundo de la salud.

En un estudio realizado por García, C; Mompert, M.P, y del Puerto I. (1992:151) "Sobre los gestores de enfermería. Una visión desde las escuelas", se concluía que:

- No existía un patrón formativo para la Gestión Enfermera.
- En cuanto a la relación existente entre las EUE y las Instituciones Sanitarias, dichas relaciones dependen en mayor grado de aspectos personales más que de aspectos legales.
- Más de la mitad de las personas encuestadas (63%), no conocían el Plan de Estudios de Enfermería y la mayoría (82%) desconocía la legislación que regula la integración docente asistencial.

Hoy día, pese al camino recorrido, deducimos, por nuestro estudio, que seguimos en la misma situación.

En cuanto a la formación específica para la Gestión, todas las personas consultadas tanto en el Grupo de Discusión como en el Cuestionario, dicen apoyarse en la autoformación. Esta afirmación es cierta a medias, si se tiene en cuenta que dichas personas lo que invierten es parte de su tiempo, ya que los cursos a los que asisten son financiados en su totalidad y se programan desde la Admón.

La mayoría de los directores, cuando acceden al puesto de dirección, llevan alguna formación específica y esto coincide con que también la mayoría había desempeñado anteriormente algún puesto de gestión.

Otra cosa diferente es si nos detenemos en el contenido de los cursos. La Admón tiene sus propios cursos los cuales programa o bien concierta sobre la base de lo que ella o sus asesores consideran son los adecuados para sus directivos.

La mayoría de los cursos realizados (90,6%) han tenido alguna relación con las habilidades sociales, reflejando, así, la gran preocupación que por este tema existe dentro del colectivo; hasta un 38,3% del colectivo considera que uno de los contenidos que debe tener la formación son las habilidades sociales apoyados en la convicción de que una de las características que debe reunir el gestor enfermero es la habilidad en la gestión de relaciones.

Los únicos que mencionan la falta de formación como un problema que incide en su tarea como gestores son los ATS. Esta observación puede ser debida a la falta de formación específica en Admón. de este colectivo, ya que mientras en todos los Planes de Estudio posteriores a 1997 esta disciplina es una asignatura troncal del currículo básico de Enfermería, en los anteriores Planes de Estudio no estaba contemplada.

Pero por otra parte, en las respuestas de los Diplomados se deja entrever esa falta de formación específica que de alguna manera reclaman, porque una cosa es estar preparadas para asumir las funciones inherentes a los cuidados enfermeros y otra bien distinta es el estar preparados para ejercer las funciones directivas.

Podemos concluir este punto diciendo que aunque es un porcentaje mínimo el que manifiesta la falta de formación como problema para desarrollar su tarea, el resto, aunque no lo explicita, lo deja patente ante la demanda que realizan acerca de cómo debería ser la capacitación de los gestores.

Por otra parte, todos ellos tienen una formación sobre la base de los cursos elegidos que, por lo general, son en función del catálogo existente, de sus apetencias y de su disponibilidad y no en base a necesidades reales de formación.

Una categoría que aparece en los Grupos de Discusión es la referida a la formación de los profesionales de base, a la cual se hace mención porque creemos que este aspecto puede ser relevante a la hora de contrastar la programación, el contenido y la evaluación de los gestores y profesionales.

Los responsables de la formación, tanto en AP como en AE, son los directores o coordinadores de Enfermería. En AE existen las Unidades de Formación Continuada que son departamentos dependientes de la Dirección de Enfermería donde se coordina y programa la formación. En los distritos, la formación se programa desde su Unidad de Formación, a la vez que desde los propios centros de salud. La categoría que a continuación se expone nos da una pequeña visión de cómo los responsables de la formación, es decir, los directores, se expresan y ven desde otra óptica bien distinta el tema formación.

- **Formación de Profesionales de Enfermería.**

Respecto a la formación que se imparte en los centros asistenciales, los gestores consideran un gran avance la creación de las Unidades de Formación Continuada, dependientes de la Unidades de Dirección. Estas son las encargadas de velar por la formación y, a su vez, de su programación.

- **Programación de la Formación de Profesionales de Enfermería.**

Esta programación formativa se realiza en base a los objetivos generales de la Institución, pero sin que se haga un estudio previo de necesidades, bien por unidades, bien por grupos de profesionales o por temas de interés.

En la Atención Primaria existen matices en cuanto a la programación de la formación; aquí, es el Distrito Sanitario y los propios centros de salud los que se encargan de esta programación. La formación continuada cuenta con un

determinado número de horas diarias y su programación se hace en base a los objetivos de la Institución y a las demandas de los profesionales; esta formación generalmente se programa para todo el equipo multidisciplinar.

- **Evaluación de la Formación de Profesionales de Enfermería.**

Sin embargo, es muy pobre la evaluación de dicha formación. Sólo se hace referida a aspectos metodológicos de los cursos impartidos, pero no en cuanto a su aplicación en la práctica diaria; además, la mayoría de los profesionales están en contra de que se les exija algún tipo de memoria u otro tipo de evaluación.

En cuanto a la naturaleza de los cursos solicitados por los enfermeros base, resulta llamativo la opinión de los directores o coordinadores de enfermería cuando hacen una valoración sobre la formación de los profesionales a su cargo, parece ser que, en muchas ocasiones, la formación demandada por algunos de los profesionales es para liberarse del trabajo.

Haciendo balance, los directores, con respecto al punto anterior, consideran un importante logro para la profesión tanto la creación de las Unidades mencionadas, como el nivel de participación de los enfermeros y los avances de la profesión en cuanto a participación y nivel de formación.

- **Programación de la Formación para los gestores.**

En este sentido, los encuestados apuntan la necesidad de que se programe la formación en función de las necesidades reales detectadas. Para ello, los encuestados son partidarios de que para detectar necesidades de formación se deberían poner en marcha, en primer lugar, trabajos en grupo y, posteriormente, se establecerían las Programaciones de Formación sobre la base de las necesidades identificadas. La posible solución a este punto iría en la misma línea anterior, es decir, abriendo foros de discusión tendentes a conocer las necesidades de formación de los gestores y realizando propuestas encaminadas a mejorar la formación existente, facilitando una nueva formación y habilitando nuevas fórmulas para poder comprobar la utilidad de

dicha formación en la práctica. Es decir, constatando las mejoras conseguidas en los Centros como consecuencia de la propia formación impartida.

Desde este estudio lanzamos algunas propuestas formativas que van en la línea de la utilización de metodologías como:

- ❖ Para la impartición de cursos, proponemos combinar formatos diferentes como cursos intensivos, extensivos e, incluso, a distancia.
- ❖ Poner en marcha diversas estrategias como: autoevaluación personal e institucional
- ❖ Contratos de aprendizaje, talleres, seminarios, simulaciones etc.

En cuanto al contenido que deberían cubrir los cursos de formación, los temas propuestos sobre los que se debe girar la formación serían, según opinan los encuestados:

- ❖ Una amplia formación de postgrado relacionada con la calidad.
- ❖ La formación en técnicas empresariales o directivas en general.
- ❖ El control de la calidad y las habilidades sociales.

Las propuestas en este sentido que, desde aquí, se lanzan, irían dirigidas hacia la Admón. con el fin de solventar los problemas detectados en cuanto a formación. Una buena estrategia sería el impartir una formación mínima a los gestores, antes de tomar posesión de su cargo. Esta formación debería situar al gestor ante:

- ❖ Aquello que se le exige desde la Admón.
- ❖ Las características propias de la función directiva.
- ❖ Y las actitudes que se desean potenciar.

Además, se considera necesario el desarrollo curricular de los gestores y los trabajos cooperativos de los mismos

- **Comunicación Intra-Institucional.**

García, C; Mompert, M.P, y del Puerto I. (1992:151) "Sobre los gestores de enfermería. Una visión desde las escuelas". Refiriéndose a la comunicación que existía entre la asistencia y la docencia, decían que no se producía de forma idónea, debido a la disparidad de intereses y planteamientos divergentes de ambos sectores. Con este estudio, también se pretende abrir nuevas vías de comunicación entre las EUE y el Sistema Sanitario, y más concretamente el SAS. Los resultados obtenidos nos ofrecen una amplia visión que nos sitúa ante la dicotomía de lo que en la realidad se les pide básicamente a los gestores y lo que realmente se imparte en las Escuelas.

El análisis y la reflexión compartida será el camino que nos ayude a adecuar los contenidos y a establecer una retroalimentación muy necesaria para el avance de esta disciplina.

- **Capacidad de Liderazgo.**

La capacidad de liderazgo se identifica como la segunda cualidad que tiene que reunir el buen gestor. Identificación lógica si aceptamos que una de las características clave del liderazgo es que los líderes deben tener una clara visión del futuro y han de estar formados y capacitados para ser facilitadores, orientadores, formadores de equipos, dinamizadores, comunicadores y consultores; para conseguir esto no tenemos otra herramienta mejor que la formación. Estas capacidades quedan insertas en las demandas o consideraciones que hacen los directivos cuando piensan que los directores deben tener "capacidad para dinamizar los equipos de trabajo"; "habilidad para gestionar relaciones" o "formación en habilidades sociales".

Souto, J.A., Presidente del Foro Europeo de Gestores de Salud (European Health Managers Forum), en un artículo denominado "Propuestas y experiencias para las empresas sanitarias del S. XXI (2001:49) refiriéndose al liderazgo, dice: "Que el mundo se está dirigiendo hacia la era que se tiende a denominar por algunos autores como la era de la biopolítica, gracias a los siguientes factores:

- Los recientes avances de la biotecnología.
- La crisis de los recursos medioambientales.
- La democratización mundial.
- La sociedad de la información.

Ello va a conllevar la necesidad de nuevos patrones directivos y /o de liderazgo que responderán a criterios de:

- Madurez personal.
- Éticamente sensibles.
- Liderazgo moral.
- Incremento del valor de la intuición.
- Optimismo.

- Valoración de los problemas como oportunidades más que como obstáculos.

Esta nueva forma de dirigir obligará a los directivos a tener una constante visión global para valorar las incidencias de sus decisiones y una lealtad con la comunidad en la que la empresa esté inserta."

Con este apartado hemos querido poner de manifiesto que la visión de liderazgo de nuestros gestores, en cuanto a la concepción de líder, debe actualizarse y prepararse para los nuevos retos que se plantean en el mundo de las organizaciones. El liderazgo de los directivos pasa por innovar, generar y buscar ideas y desarrollar conductas capaces de adaptarse a los nuevos cambios, y a las nuevas condiciones que plantea el mundo sanitario. No hemos de olvidar que es el directivo dentro de la institución el principal "agente de cambio".

- **El Desarrollo Profesional de los Gestores.**

En los grupos de discusión, la primera categoría por la que se comenzó fue por las funciones que tiene que realizar el director de enfermería en su centro y las que realmente hace. En este sentido el principal problema que manifiestan los gestores es el vacío que existe en cuanto a las funciones directivas. De aquí, se derivan una serie de inconvenientes que les lleva a sentirse como los "apaga fuegos" de la Admón, sin tener un cometido específico propio.

Otro sentir que manifiestan es el poco reconocimiento ni por la empresa, ni por los propios compañeros. Generalmente manifiestan el sentirse cuestionados por todos.

Estos dos puntos anteriores tienen una repercusión tanto a nivel personal como profesional que crea en el profesional un sentimiento de abandono y de frustración al mismo tiempo en su trabajo. Además, una vez abandonan o son cesados, la gestión se sienten infrautilizados, en el sentido de que han sido personas

formadas en ciertos aspectos que después quedan relegadas a puestos para los cuales no se necesita esa capacitación

De los resultados del cuestionario y referente a los problemas más acuciantes que obstaculizan el desarrollo profesional, resaltar en primer lugar por el número de veces que aparece y por la importancia que le dan los directores a la ausencia de funciones específicas. Esta falta difícilmente se supe si no se conoce ni se tiene una visión operativa de la organización sanitaria para la que trabajan y si la Admón. no se encarga, y se preocupa, de hacérselas conocer y respetar. Es necesario que tanto los directores enfermeros como los profesionales de enfermería tengan conocimiento de dicha visión, ya que si no conocen cuales son sus funciones, sus objetivos, los cometidos y hacia dónde se dirige la empresa sanitaria y como medir sus progresos, difícilmente podrán dar unos cuidados de calidad y defender los valores de una salud para todos equitativa y sin diferencias.

En palabras de Souto, J. Presidente Europeo de Gestores de Salud (2001:56) la visión operativa que tienen que tener todas las personas que trabajan en una organización consta de cinco elementos claves:

1. La misión que pasa por la definición del propósito general de la organización y del grupo a la que la misma pertenece.
2. La intención estratégica, que orienta e inspira la acción.
3. Las propuestas de valorar para la organización, que definen su forma específica de aportar valor a todos los que tienen intereses en ella.
4. Los factores esenciales para el triunfo, que son los logros que definirán el éxito.
5. Los objetivos de rendimiento, que definen las expectativas de la organización y establecen indicadores que le permiten a la organización saber cuando está triunfando.

La aparición e implicación de los enfermeros en la Admón. de los servicios sanitarios ha supuesto un cambio trascendental, tanto para el desarrollo profesional del colectivo como para la mejora de los cuidados y del propio sistema de atención a la salud, desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo. No obstante, es indudable que existe un vacío que se manifiesta a través de la queja unánime presente en los Cuestionarios y en las sucesivas reuniones de los Grupos de Discusión. Este estar "preparado para todo y para nada" se traduce en un cometido profesional inespecífico que conlleva a actuaciones, a veces contradictorias, donde no hay diferencia entre la gestión de recursos y la gestión de cuidados. Además, esta indefinición le confiere al trabajo de los directivos un carácter de precipitación y de urgencia que les transmite la sensación, como ellos explicitan, de "Apaga fuegos", sin tiempo para reflexionar sobre aquellas actuaciones o estrategias que hay que poner en marcha para el buen funcionamiento del centro y para su propio perfeccionamiento profesional.

Según la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería, citado por Almazán, S. (1997:26): *"Los directivos de los servicios de enfermería han de pasar de ser meros administradores de recursos para convertirse en gestores de una línea de producción que deben garantizar las organizaciones sanitarias: los cuidados de enfermería"*. Por ello:

- ❖ Se cree necesaria la realización de nuevos estudios de investigación, de carácter más específico, sobre la indefinición de funciones y fragmentación de tareas que se aproximen más a este campo de estudio.
- ❖ Es necesario clarificar las funciones directivas, tareas y responsabilidades a desarrollar por los directores y por el personal a su cargo. Esto no es otra cosa que desarrollar una ley de funciones que desde hace tanto tiempo viene demandando el colectivo enfermero.

- ❖ Se debería tener en cuenta y sería tarea de la Admón., el regular e incentivar profesional y económicamente el acceso a los cargos de dirección.

Respecto a la *Gestión de los Recursos Humanos de Enfermería*, labor que con anterioridad había recaído en las Direcciones enfermeras, en la actualidad se ha asignado a las nuevas Direcciones de RRHH, dirigidas por otros estamentos no enfermeros. Este hecho está incidiendo muy negativamente en el colectivo ya que su rendimiento se está midiendo por parámetros que no corresponden ni a sus funciones ni a sus tareas. Así, la gestión de los servicios de enfermería tanto de AP como de AE está subordinada a otros intereses (médicos, económicos etc.) que no son los del colectivo y que están incidiendo muy negativamente en nuestro desempeño profesional.

A lo anterior hay que sumar la desaparición de los enfermeros en los órganos administrativos y estratégicos de los Servicios Centrales, donde se planifican y asignan recursos. Esto, en la práctica, se traduce en que son otros colectivos los que, estando dentro del equipo multidisciplinar, evitan:

- Plantear objetivos conjuntos.
- Y la participación en políticas compartidas como planificación, diseño de servicios, programas de garantía de calidad, niveles de producción.

Todo lo anterior puede desembocar en una situación que margine al colectivo enfermero dentro de la propia institución, llevándolo a situaciones como las que refieren los encuestados de:

- Falta de autonomía.
- Falta de recursos materiales.
- Falta de recursos humanos.
- Falta de participación en la contratación del personal y en la forma de contratos.

Por todo lo expuesto anteriormente, se hace imprescindible, como apuntan algunos encuestados, el tener clara la aportación enfermera al sistema sanitario y, a su vez, que esta aportación sea reconocida por el sistema y por los usuarios. Por otra parte, es urgente, para todo el colectivo enfermero, la creación de nuevos sistemas de participación real, para que los directores de enfermería, estén presentes en los órganos donde se toman las decisiones administrativas tanto en el ámbito autonómico como nacional. Además, no podemos olvidar que enfermería es el colectivo mayor dentro de la Seguridad Social.

- **Motivación de los gestores.**

En cuanto a la motivación y el compromiso de los profesionales con la gestión, consideradas ambas características como "retos históricos pendientes de resolver en el sistema público", la Asociación Nacional de Directivos, según Almazán, S. (1997: 24) propone:

- A) Fomentar la descentralización de los procesos de selección y promoción profesional.
- B) Flexibilizar el régimen de dedicación mediante una mayor personalización de las condiciones de trabajo.
- C) Promover nuevas fórmulas retributivas en las que realmente se prioricen los incentivos a la actividad y a la calidad.
- D) Profesionalizar la función directiva y establecer mecanismos consecuentes de evaluación de los equipos de dirección.

- **La Administración y los Gestores Enfermeros.**

Los cambios que han tenido lugar en la gestión de los servicios enfermeros son relativamente recientes, en primer lugar porque como dice Hernández, S. (1997:32) *el Real Decreto 521, por el que se regula la figura del Director de Enfermería en la estructura y funcionamiento de los hospitales gestionados por el INSALUD es de 1987, lo cual significa que las Direcciones de Enfermería tienen 14 años de vida. Por razones lógicas de experiencia y conocimientos en gestión, necesarios para el puesto, la mayoría de las enfermeras que ocuparon inicialmente cargos de gestión sólo recibieron una formación biomédica. No fueron preparadas para un ejercicio profesional y por tanto autónomo, sino para ayudar al médico. Incluso con las mejores de sus voluntades a muchas personas les resultó difícil encontrar tiempo para complementar su formación en un modelo enfermero más allá de las presiones que comportaba el puesto"*

De las respuestas a las cuestiones relacionadas con el conocimiento que la Admón. tiene de las necesidades de formación de sus gestores, se destacan las siguientes conclusiones:

- Un 62% de la población afirma que la Admón. tiene, tan sólo, un conocimiento parcial de dichas necesidades ya que no solicita dicha información.
  
- El 48% de los encuestados considera que la gestión está más politizada que profesionalizada.

Estas aseveraciones las hacen en función de su propia experiencia, pero sería muy interesante realizar un estudio sobre lo que la Admón. conoce y programa para sus directivos enfermeros referente a su formación.

Las soluciones que los propios gestores aportan para subsanar este desconocimiento de la Admón. se fundamentarían, desde su punto de vista, en recabar información sobre aquellas dificultades y problemas que tiene el colectivo derivadas de la escasa formación y de su repercusión ante los problemas reales. Para ello, se proponen diferentes métodos y estrategias de recogida de información a través de:

1. Las asociaciones científicas enfermeras.
2. Los evaluadores externos.
3. Las investigaciones aplicadas.
4. La consulta a los directivos.
5. La creación de grupos de trabajo.
6. La organización de sesiones de debates con los gestores.
7. La realización de seminarios para este cometido.

8. La realización de informes breves por parte de los directivos en cuanto a sus tareas de gestión.

Todas estas propuestas serían otra manera de situar a la Admón. ante la formación real que tiene el colectivo y sus deficiencias. Este desconocimiento se traduce, en la práctica, en la inadecuación de los cursos ofertados a las necesidades reales con el agravante de que, según los coordinadores de AP, al no adaptarse a la realidad carecen de efectividad. En este sentido sería bueno fomentar líneas de investigación que constataran la adecuación y la efectividad de la formación de los gestores en el campo asistencial.

Algunas de las estrategias que se proponen, desde este estudio, para que la Admón. pueda evaluar la adecuación de la formación son:

- 1º Estableciendo las competencias necesarias en cada puesto concreto de gestión. Es decir, acordando con los ocupantes de los puestos de Gestión unas Descripciones de Puesto.
- 2º Estableciendo sistemas de evaluación que ofrezcan una información fiable y válida sobre resultados relacionados con la gestión de enfermería
- 3º Conociendo el respaldo curricular que el gestor ofrece al puesto concreto que desempeña.

En resumen y respecto a este punto, del cuestionario pueden extraerse las siguientes conclusiones:

- El sentimiento sobre la poca o inadecuada preparación de los gestores cuando acceden al puesto.
- La ineficacia de la formación ofertada por el SAS. Según ellos, no se adecua a las necesidades reales de los gestores.
- La necesidad de que la Licenciatura en Enfermería sea una realidad para que de respuestas al vacío existente en el curriculum vitae respecto de la gestión y administración de los servicios de Enfermería.
- La desidia de la Admón ante las necesidades formativas de sus gestores
- La indefinición de funciones como uno de los principales escollos en el desempeño profesional.

- La necesidad de abrir líneas de comunicación entre los gestores y la Admón y en los gestores entre sí.
- Lo poco incentivados que se sienten para ser directores, por el cuestionamiento diario que tienen tanto por parte de la Admón como de sus propios compañeros.
- Los conflictos son demasiados frecuentes y el coste personal es demasiado alto.

Llegado a este punto existe un paralelismo entre los datos extraídos del cuestionario y los del Grupo de Discusión. Por ello, podemos decir que estamos ante un gestor enfermero con muchas dificultades tanto en su desempeño profesional como consecuencia de la indefinición de funciones y de una inadecuada formación para poder afrontar con éxito las tareas de la gestión sanitaria y del mundo de los cuidados.

Por último, concluir diciendo que de todas las propuestas lanzadas, una de las alternativas que con más claridad se vislumbran como solucionadoras de este complejo problema expuesto con anterioridad, sería la Profesionalización de la Gestión. Esto llevaría el replanteamiento de la formación, evitaría la politización de los cargos, capacitaría a los profesionales para los cometidos específicos y evitaría frustraciones y desaprovechamiento tanto en el terreno personal como en el profesional.

Una buena estrategia sería abrir nuevas líneas de investigación de estas características de carácter multicéntrico y a nivel nacional que nos situaran ante la panorámica general del tema en el Estado Español, para que las líneas de actuación, las propuestas y estrategias fueran comunes de cara a la Administración y de cara al colectivo.

## **2. IMPLICACIONES PRÁCTICAS DE LA INVESTIGACIÓN.**

Los aspectos más relevantes de las conclusiones generales descritas en el apartado anterior, son los que nos permiten inferir las implicaciones prácticas de nuestro estudio.

- **El acceso a la Licenciatura:** La necesidad imperante de implantar la Licenciatura de Enfermería es una demanda unánime del colectivo para hacer frente a los retos profesionales que plantea el mundo de la gestión y en el mundo de la investigación. Este planteamiento se ve reforzado si tenemos en cuenta que el proyecto presentado al Ministerio de Educación de Planes de Estudio para la aprobación de la Licenciatura, se contempla a la disciplina de Administración como uno de sus ejes principales (no se puede olvidar que es la formación la que ilumina la manera de hacer gestión).

- **La comunicación interinstitucional.** La conveniencia de abrir nuevas vías de comunicación entre la Admón. y sus gestores, se hace cada vez más patente, esta actuación. Nuestra propuesta pasa por habilitar y facilitar lugares de encuentro y foros apropiados para debatir problemas y estudiar estrategias de solución encaminados a favorecer la retroalimentación entre las Instituciones Sanitarias y sus directivos. Esto sería muy favorecedor para el capítulo de la investigación.
  
- **La necesidad de difundir los resultados de las investigaciones que se llevan a cabo en las Instituciones Sanitarias por las siguientes razones:**
  - A) Se le daría difusión a la investigación, conociéndose los avances en el campo de la gestión. Estos avances podrían ayudar a otros a caminar en el mismo sentido y a alimentarse de los logros conseguidos en este campo.

- B) Sería un acicate motivador para otros gestores que aun no se han decidido a trabajar en esta línea.
- C) Podría surgir un intercambio de experiencias en este campo muy enriquecedor para el avance de esta disciplina y concretamente en el campo de los cuidados y del producto enfermero.
- **La inclusión, por parte de la Admón. de la investigación dentro del contrato programa, de manera que ésta fuera un objetivo a cumplir por los gestores.** Hoy por hoy, la investigación está como un contenido vacío dentro de la función directiva. Esto se haría extensivo también al resto del equipo directivo y a los enfermeros bases que, en ocasiones, se ven poco favorecidos a la hora de querer investigar.
  - **El acceso a las direcciones de enfermería.** Es una necesidad y una obligación que la Admón. se replantee los procedimientos vigentes para acceder, o ser elegido, para ocupar un puesto directivo; procedimientos que podrían

ser tachados de obsoletos y no acordes con los tiempos que corren. Nuevas líneas de investigación ayudarían a la necesaria actualización de estos métodos.

- **La política formativa y la programación de la formación** llevada a cabo por el SAS no es la más acertada. Desde nuestro punto de vista, haría falta realizar estudios y crear foros de discusión tendentes a conocer las necesidades formativas reales de los gestores y, sobre la base de estos, realizar propuestas y montar estrategias, encaminadas a mejorar dicha formación, facilitando una nueva formación y habilitando nuevas fórmulas para poder comprobar la utilidad de la misma en la práctica y programar la formación continuada de los gestores,

- Nuestra propuesta de **Una innovación necesaria** sería la puesta en marcha de nuevas metodologías variadas para llevar acabo la formación:
  - Así para la impartición de cursos, proponemos combinar formatos diferentes como cursos intensivos, extensivos, e incluso a distancia.
  - Poner en marcha diversas estrategias como: autoevaluación personal e institucional, contratos de aprendizaje, talleres, seminarios, simulaciones etc.
  - Poner en marcha estrategias evaluativas que informen sobre la calidad de la docencia, de los programas y de los cursos. La evaluación propuesta debe ir más allá de la que se viene haciendo y recoger aspectos clave de la calidad de la formación impartida.

- El personal encargado de la formación ha de ser evaluado y cualificado para este menester.
  
- **La evaluación de la formación.** Es de vital importancia que se evalúe la eficacia y la eficiencia de los programas formativos en la práctica; es decir, se constate las mejoras conseguidas en los centros como consecuencia de la propia formación de sus directivos; pues no parece muy lógico que se estén formando a los profesionales con dinero público y no se les pida responsabilidad sobre la misma. La evaluación se hace necesaria y su puesta en marcha es éticamente aconsejable.
  
- **El acceso a los puestos de dirección.** Una buena estrategia que debería seguir la Admón., sería el formar a los gestores al menos mínimamente, antes de tomar posesión de su cargo. Esta formación debería situar al gestor ante: aquello que se les exige desde la Admón., las características propias de la función directiva y las actitudes que se desean potenciar. Además se considera

necesario el desarrollo curricular de los gestores y los trabajos cooperativos de los mismos.

Algunas alternativas para la flexibilización de los procesos de selección de directores podían ir por:

- A) Fomentar la descentralización de los procesos de selección y promoción profesional.
- B) Flexibilizar el régimen de dedicación mediante una mayor personalización de las condiciones de trabajo.
- C) Promover nuevas fórmulas retributivas en las que realmente se prioricen los incentivos a la actividad y a la calidad.

De todas las propuestas anteriores creemos que es fundamental el que la Admón. vaya planteándose la posibilidad de **Profesionalizar la función directiva y establecer mecanismos consecuentes de evaluación de los equipos de dirección.**

- **El liderazgo de los gestores.** La visión de liderazgo de nuestros gestores en cuanto a la concepción de líder, debe actualizarse y prepararse para los nuevos retos que se plantean en el mundo de las organizaciones. El liderazgo de los directivos pasa por innovar, generar y buscar ideas y desarrollar conductas capaces de adaptarse a los nuevos cambios y a las nuevas condiciones que plantea el mundo sanitario. No hemos de olvidar que es el directivo dentro de la institución el principal "agente del cambio"
  
- **La indefinición de funciones y fragmentación de tareas.** Es necesario que tanto los directores enfermeros como los profesionales de enfermería, tengan una visión operativa de cuáles son sus objetivos, cometidos y hacia dónde se dirige la empresa. Por ello, sería preciso que la Admón. explicitara a sus gestores:
  - A) La verdadera misión del Servicio Andaluz de Salud, su filosofía, su intención estratégica, que orienta e inspira la acción.

- B) Sus objetivos, que muchos de los encuestados ni participan y, a veces, ni conocen.
- C) Sus expectativas e indicadores de calidad.
- D) Su política de personal, la promoción, incentivación, contratación etc.
- E) La participación de sus trabajadores en la política de la empresa y la contemplación del usuario

La indefinición de funciones es uno de los puntos que más problemas dan a los directivos. Por ello, nuestra propuesta es que se realicen nuevos estudios de investigación desde la Administración y desde el propio colectivo enfermero, con un carácter más específico sobre este campo de estudio, para:

- Desarrollar una ley de funciones que clarifique las funciones directivas, tareas, responsabilidades a

desarrollar por los directores y por el personal a su cargo.

- Creemos que la Admón. tiene la obligación de estudiar y actualizar los reglamentos que regulan e incentivan profesional y económicamente el acceso a los cargos de dirección, ya que están obsoletos y están dificultando el acceso a dichos puestos a personas que podrían desempeñar con profesionalidad dicho cometido.
- Es una obligación democrática de la Admón. el crear sistemas de participación real para que los directores de enfermería y a su vez todo el colectivo enfermero, estén presentes con voz y voto en los órganos donde se toman las decisiones administrativas, tanto en el ámbito autonómico como nacional, para que no decidan por ellos otros colectivos ajenos a su profesión.

- **Necesidades Formativas.** La Admón. debe hacerse sensible a las peticiones que, desde el colectivo de gestores, se le hacen llegar encaminadas a una mejor detección y definición de las necesidades formativas. El asesoramiento puede venir a través de Asociaciones Científicas, Evaluadores Externos, Consulta a los Directivos.

En este sentido, nuestra propuesta sería la de realizar nuevas investigaciones que constataran la adecuación y la efectividad de la formación de los gestores en el campo asistencial.

- **Relación EUE y Administración:** Se hace imprescindible el abrir nuevas vías de comunicación entre las EUE y el Sistema Sanitario y más concretamente el SAS. Los resultados obtenidos nos ofrecen una amplia visión que nos sitúan ante lo que en la realidad se les pide básicamente a los gestores, y lo que actualmente se imparte en las Escuelas. El análisis y la reflexión compartida, será el camino que nos ayude a adecuar los contenidos y a

establecer una retroalimentación muy necesaria para el avance de esta disciplina.

### **3. RETOS Y LIMITACIONES DE ESTUDIO.**

Las principales limitaciones del estudio a nuestro entender han estado relacionadas con diferentes aspectos:

Una de las principales dificultades ha estado relacionada con la situación general y actual del tema. Existen pocos estudios de investigación relacionados con necesidades de formación enfermera. Esta ausencia puede ser, en parte, debida a las limitaciones propias del colectivo a la hora de investigar que, como se ha expuesto con anterioridad, provienen en gran medida de no tener un segundo ni tercer ciclo que nos permita acceder a la investigación.

En cuanto a la revisión de otras investigaciones llevadas a cabo en este campo, cabe decir que es igualmente escasa. Hemos encontrado alguna experiencia en Canadá y EEUU. En España están la realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (1994) y por el Servicio Andaluz de Salud (1993). Consideramos que dichas experiencias nos son suficientes, como para extraer

conclusiones generales, ni por la metodología utilizada, ni por el tiempo transcurrido.

La revisión de la práctica, por las mismas razones dadas en el anterior punto, ha supuesto una gran dificultad al encontrarse muy pocas experiencias relacionadas con nuestro tema de estudio. En la actualidad y como se expone en el Estado Actual de la Cuestión, son otras las líneas de trabajo por donde se están moviendo las investigaciones, y más concretamente las enfermeras del Reino Unido y Canadá, que de alguna manera son las que marcan la pauta. Hoy en día, el campo de la calidad de los cuidados es un tema en auge y es en este campo donde se está investigando más.

El cuestionario ha supuesto otro de los escollos. Debido a que se ha estudiado a la población total. Esta, está distribuida por toda Andalucía, de ahí, que la recogida de las respuestas haya sido muy laboriosa, implicando elevados costos en tiempo y dinero.

Las preguntas del cuestionario, requerían, en algunas ocasiones, una reflexión antes de proceder a su cumplimentación. Aunque,

para evitar los sesgos propios en las preguntas de respuestas múltiples, se utilizó la estrategia de alterar el orden dentro de la propia pregunta; con esto evitábamos que el cansancio, o la falta de concentración, hicieran incidir al encuestado siempre en las mismas respuestas. Esta alteración del orden ha hecho costosa la labor de tabulación de las respuestas.

Otra limitación ha sido la derivada del trabajo de los grupos de discusión. El control del debate y la conducción de los mismos supuso una dificultad derivada principalmente de la heterogeneidad de los mismos

Las grabaciones, debido a la discusión que en muchos momentos se suscitó, fueron, a la hora de analizar las cintas, de una gran complejidad.

En cuanto al tratamiento estadístico, el no ser experta en esta disciplina ha supuesto una revisión y estudio del programa informático utilizado para el tratamiento de los datos, que puede no estar exento de algún error que no haya podido controlar.

Pero, a pesar de todas estas dificultades y en honor a la verdad se ha de decir que, aunque en su día fue un reto el trabajar con toda la población y se consideró como una probable limitación si no se conseguía un índice de respuesta adecuado; ahora se puede calificar como un éxito el nivel de respuesta alcanzado.

Otro de los éxitos del estudio ha sido el poder contar con la participación de profesionales altamente cualificados del mundo de la docencia y del mundo de la gestión enfermera. Su experiencia y conocimientos han orientado y asesorado muchos aspectos de la investigación.

Termino esta investigación, en la confianza que sus resultados, propuestas, y conclusiones, sean un granito de arena a aportar al mundo de la investigación enfermera y que sirva a la Enfermería y al colectivo de los gestores al que va dirigido.



**TERCERA**

**PARTE**

# **BIBLIOGRAFÍA GENERAL**

---



Aguilar, M.J. y Ander-Egg, E. (1992): " Evaluación de servicios y programas sociales" Ed. S XXI. Madrid

Aguirre, G. y otros (1993): "La llarga espera de la llista d'esperes. Qualitat de vida percebuda pe pacient a la llista d'espera" en "La investigación en Administración y Gestión en Enfermería" Barcelona.

Alberdi, R.M. (1992): "La identidad profesional de la enfermera" Rev. Rol de Enfermería nº 170

Alberdi, R.M. (1995): "Las enfermeras como trabajadoras en crisis" Rv. Rol de Enfermería nº 197.

Alberdi, R.M<sup>a</sup>. y Jiménez, M<sup>a</sup>.: "Atención Primaria de Salud: Un análisis del trabajo enfermero I, II y III. Revista ROL de Enfermería nº 152.

Albir, C. y otros (1995): "Evaluación diferida de programas de formación continuada en la profesión de enfermería en el ámbito hospitalario" en "La investigación en Administración y Gestión en Enfermería" Barcelona.

Alfaro-LeFevre, R. (1998) "Aplicación del Proceso de Enfermería" Ed. Mosby/Doyma S.A. Barcelona.

Alfonso, MT. y Álvarez-Dardet, C. (1992): "Enfermería Comunitaria I". Ed. Masson. Barcelona.

Alfonso, MT. y Álvarez-Dardet, C. (1995): "Salud Pública y Atención Primaria". Masson. Barcelona.

Alonso, L.E. (1998): "La mirada cualitativa en sociología". Ed. Fundamentos.

Álvarez, M. (1998): "El liderazgo de la calidad total". Ed. Escuela Española. S.A. Madrid.

Álvarez-Dardet, C. y Colomer, C. (1988): "La nueva Salud Pública en España". Masson S.A. Barcelona

Álvarez-Dardet, C.; Gascon, E; Alfonso, M<sup>a</sup>.T.; y Almero, A. (1988): "Los orígenes de la Enfermería de Salud Pública". Gaceta Sanitaria. Noviembre-Diciembre. N.9, Vol. 2.

Alvira, F. (1991): "Metodología de la evaluación de programas". CIS. Madrid.

Andersen Consulting (1993): "El Futuro de la Sanidad en Europa. Un estudio de Andersen Consulting en colaboración con Burson-Masteller". Madrid: Andersen y Cia, S.R.C.

Andrada, J.M. y Garvi, M. (2001): "Enfermeros: ¿Paro o emigración?. Rev. Salud 2000 Año XIII. N<sup>o</sup> 82. Junio 2001.

Angulo, Rasco, F. (1999) "Reconsiderar el proyecto de la modernidad en educación" Rev. Kikirikí n<sup>o</sup> 53 junio- agosto 99. Ed. MCEP

Angulo Rasco, J.F. (1993). Evaluación del Sistema Educativo. Cuadernos de Pedagogía, 219; 8-16.

Angulo, Rasco, J.F. (1992). El caballo de Troya. Calidad de enseñanza y tecnocracia. Cuadernos de Pedagogía 206;62-65.

Angulo Rasco, J,F, (1996) Ningún paso adelante; dos pasos atrás. La desaparición de la evaluación institucional. Investigación en la escuela 30;53-87.

Angulo, Rasco, F. (1999) "Reconsiderar el proyecto de la modernidad en educación" Rev. Kikirikí nº 53 junio- agosto 99. Ed. MCEP

Anthropos (1991): "La producción social de la salud y la enfermedad: perspectivas actuales. Nuevas iniciativas y planteamientos institucionales". *Anthropos*, 118/119.

Apple, M.W. (1995): "Programas conservadores y posibilidades progresivas: el conocimiento de la política general del curriculum y la enseñanza". Rev. Kikirikí nº 35 diciembre- febrero 95. Ed.

MCEP

Aranda, J.M. (1993): "Nuevas perspectivas en Atención Primaria de Salud". Madrid Ed. Díaz de Santos.

Aranda, J.M. (1999): "La Reforma Sanitaria y su Influencia en Enfermería." VI Jornadas de Estudiantes de Enfermería: "La enfermería: una promesa de crecimiento futuro Huelva 1999.

Arcelay, A. y otros (1998): "Proceso de autoevaluación de los centros sanitarios de Osakidetza mediante el modelo EFQM" Rev. Calidad Asistencial. VI. 13:92.

Ashton, J. y Seymour, H. (1988): "La medicina en perspectiva. La nueva Salud Pública" Masson S.A. Barcelona.

Ashton, J. y Seymour, H. (1990): "La Nueva Salud Pública". Masson S.A. Barcelona.

Asiaín, M.C. y Marín, B. (1990): Enfermería intensiva en la última década (1978-1987). Rev. Enfermería intensiva. Nº 4 pp. 13-16.

Asociación Gallega par la Defensa de la Sanidad Pública (1996)  
"Las nuevas formas de gestionar los recursos sanitarios públicos:  
fundaciones y sociedades anónimas" Rev. Salud 2000 nº57

Badía, A. y Bellido, S. (1999): "Técnicas para la gestión de la calidad". Ed. Tecnos. S.A. Madrid.

Bardín, J. "Análisis de contenido" Madrid. Akal.

Barquero, A. (2000): "Evaluación de la Intervención en Salud" en  
Frías, A. (2000): "Salud pública y Educación para la Salud I y II"  
Barcelona. Masson.

Barquero, A. y otros (1998): "Los diagnósticos de enfermería en las revistas profesionales" Rev. Metas de Enfermería nº 10.  
Noviembre pg. 29/33

Barquero, A. y otros (1999): "Qué publican los profesionales de enfermería sobre la calidad". *Rev. Enfermería Científica* nº 210/211 pg. 19-21

Barquero, A. y otros (2001): "Los profesionales de Enfermería en la aldea global. Enfermería una profesión universal" *Rev. Metas de enfermería* (en prensa.)

Bartolomé, A.R.: (1995): *Investigación en medios y recursos tecnológicos en Gallego, D. y otros (Coords). "Integración curricular de los recursos tecnológicos"* Barcelona. Oikos-tau.

Barton WL. (1979) "Alma Ata: Umbral de una nueva era". *Salud Mundial*. Julio. Vol II. nº 25

Beatty, P.T. (1991): "The concept of Need: proposal for a working definition" *Journal of the Community development Society*, 12

Begin, C. (1979): "La planification d'un programme de santé" *Adm, Hosp. Et Sciencie*. Vol.25, nº 1

Beltrán Llavador, F.(1995): "Organización escolar y construcción de hegemonía" Rev. Kikirikí nº 35 diciembre 94- febrero 95. Ed. MCEP

Beltrán M. (1986) Cuestiones previas acerca de la ciencia de la realidad social. En: García Ferrando M, Ibáñez J y Alvira F. Análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid: Alianza Editorial,

Benedito, V. (1993): Presentación en Imbernon F. (coord.): " La formación permanente del profesorado en los países de la CEE" (pp7-10) Barcelona Horson.

Benedito, V. (1991): "Formación permanente del profesorado universitario: Reflexiones y perspectivas" Ponencia presentada en las III Jornadas de Didáctica Universitaria. Evaluación y desarrollo profesional". Las Palmas de Gran Canarias.

Benedito, V. (2000): "Formación institucional del profesorado universitario: experiencias en la Universidad de Barcelona"  
Ponencia presentada en las VI Congreso Interuniversitaria y de las V Jornadas Andaluzas de Organización de Instituciones Educativas. Granada

Bericat, E. (1998): "La investigación de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social" Barcelona Ed. Ariel

Bernal, M. y otros (1990): "Perfil de los órganos de gestión de enfermería" Rev. Rol de Enfermería. nº 124

Bolívar, A. y Fernández, M. (1994). Un modelo /estrategia para evaluar y facilitar el proceso de cambio educativo: EL CEBAM. Bordón 46(2): 133-145.

Borrel, F. (1989): "Informando y educando al paciente". En: Manual de entrevista clínica. Doyma. Barcelona.

Buendía, L. y otros (1997): "Métodos de investigación en Psicopedagogía" Madrid. McGraw-Hill

Buendía, L. (1996): La investigación sobre evaluación educativa. Revista de investigación educativa vol. 14(2);5-25.

Buj, A. y otros (1991): "Dirección por objetivos en unidades de hospitalización" Rev. Rol de Enfermería. octubre 1991. nº158

Bullough, B. and Bullough. (1990) Nursing in the Community. St. Louis: The C.V. Mosby Co.,

Caba, P. (1990): "Salud para todos". En: Clavería Soria, L. et al editores: "La sanidad española a debate". Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Madrid.

Cabrero, J. y Richart, M. (2001): "Investigar en Enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería" Alicante. Ed. Publicaciones de la Universidad de Alicante.

Caja, C. y López, R.Mª. (1995): "Enfermería Comunitaria. Educación sanitaria". Masson. Barcelona.

Callejo, J. (2001) "El grupo de discusión. Introducción a una práctica de investigación" Barcelona Ed. Ariel

Cano, E. (1998) Evaluación de la calidad educativa. Madrid, La Muralla.

Carcavallo, R; Penclovich, A. (1975): "Los Ecológicos de la Salud". Monte Ávila Editores. Caracas.

Carpenito, L.J. (1993): " Diagnósticos de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica." Ed. Interamericana Mc Graw-Hill. 2º ed. Madrid.

Carpenito, L.J. (1994): "Planes de cuidados y documentación en Enfermería" Ed. Interamericana Mc Graw-Hill. Madrid.

Carpenito, L.J. (1995): "Manual de Diagnósticos de Enfermería". Ed. Interamericana Mc Graw-Hill. Madrid.

Carr, W. y Kemmis, S. (1988): "Teoría crítica de la enseñanza. La investigación- acción en la formación del profesor". Barcelona. Martínez Roca.

Casado, F. y otros (1993): "Quién supervisa en enfermería". En Rev. "La investigación en Administración y Gestión en Enfermería" Barcelona

Casado, J.M. (2000) "El directivo del S. XXI" Barcelona Ed. Gestión 2000 S.A.

Castilla, T. Y otros (1995): "Derechos del usuario desde la atención de enfermería. Conocimiento y aplicación." En Rev. "La investigación en Administración y Gestión en Enfermería" Barcelona

Cebreiro, B. (1992): "Los sistemas de evaluación de la calidad de las universidades. Reflexiones sobre la experiencia norteamericana en España como punto de referencia". En MEC. Hacia una clasificación de las universidades según criterio de calidad (pp 61-70). Madrid: MEC/Forum Universidad Empresa.

Cohen, L. y Manion, L. (1990): "Métodos de investigación educativa". Madrid. Ed. La Muralla.

Colás, Bravo, P. y Buendía Eisman, L. (1992) Investigación educativa Ed. Alfar S.A. Sevilla

Colás, M.P. y Rebollo, M.A. (1993). "Evaluación de programas una guía práctica" Sevilla Ed. Kronos

Colomar, G y otros (1993): "Las funciones de dirección de enfermería: entre la normativa legal y la práctica" en Rev. "La investigación en Administración y Gestión en Enfermería" Barcelona.

Colliere, M.F. (1988) Evolution des Soins de santé "primaires".  
Infirmiere Enseignante.

Colliere, M.F. (1991): "Hacia e reconocimiento del ejercicio enfermero". Rv. Notas de Enfermería. Sept. 1991; 9: 53-56.

Colliere, M.F. (1993) Promover la vida. McGraw-Hill Interamericana de España. Madrid.

Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud. Declaración de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Sanidad e Higiene Pública* 1987, 61: 129-133.

Congreso de Cultura Catalana sobre sanidad en: *Conclusiones del Congreso*. (1978) Ed. Athenea, Barcelona.

Córdoba, M (2000): "Formación de los profesionales en educación especial" Tesis doctoral inédita. Universidad de Huelva.

Costa, J. y Colomer, C. "El proyecto Healthy Cities en España". En: Porta, J. y Álvarez-Dardet, C. (1989). *Revisiones en Salud Pública*. Masson, nº 1. Barcelona.

Cronbach, L.J. (1963): "Course improvement through evaluation". En *Teachers College Record*, 64, 672-683.

Cuesta, C. y Larrosa, A. "Evolución Histórica de la Enfermería de Salud Pública". En: *Salud Pública, Curso de Nivelación*. U.N.E.D. Madrid, 1982:287-297.

Cuesta; Guirao; Benavent (1994): "Diagnósticos de Enfermería: adaptación al modelo español". Ed. Díaz de Santos, Madrid.

Chalifour, C. (1994): "La relación de ayuda en cuidados de Enfermería.: Una perspectiva holística y humanista". Barcelona: S.G.

Chassapis, D. (1997) *Elementos de la Calidad de la Formación Profesional: Tendencias actuales y Temas Principales*. En AAVV *Evaluación de Programas Europeos de Formación, Empleo y Recursos Humanos*. Salónica: CEDEFOP.

Chinn, P. y Jacobs, M. (1993) *Theory and nursing* cv Mosby, St. Louis, citado en Marriner, A. (1989): "Modelos y Teoría de Enfermería". Ed. Ros, Barcelona.

Dalceggio, P. (1993). "La formación pedagógica de los profesores de enseñanza superior. En Lázaro, I. M.(ed.) Formación pedagógica del profesorado universitario y calidad de la educación, CIDE.

De la Torre, S. (1994): Innovación curricular. Proceso ,estrategias y evaluación, Madrid Dickinson.

De Pablo, A. (1993): "Gestión de comunicación como instrumento de la función directiva". En Rev. "La investigación en Administración y Gestión en Enfermería" Barcelona

Del Llano, J. y otros (1999): "Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos". Ed. Masson. S.A. Barcelona

Del Rincón, D. y otros (1995): "Técnicas de investigación en ciencias sociales". Madrid Ed. Dykinson

Delgado JM Y Gutiérrez J. (1994): "Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales". Madrid: Síntesis

Deming, WE(1989): "Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis" Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid

Díaz, M.D. (1995): "Ver, saber y ser: participación, evaluación, reflexión y ética en el desarrollo de las organizaciones educativas". Morón. (Sevilla). Ed. MAD. SL

Dobson, F. (1999): "Making a Difference. Strengthening the nursing, midwifery and health visiting contribution to health and healthcare

Doenges, M.E.; Moorhouse, M.F. (1992): "Guía de bolsillo de diagnósticos de Enfermería" Ed. Doyma Barcelona

Doherty, G. (1997). "Desarrollo de sistemas de calidad en la educación" Madrid. Ed. La Muralla

Dolan, JA; Fitzpatrick, ML; Hermann, EK. (1983) "Nursing in society: a historical perspective". 15ª ed. Filadelfia, WB Saunders Co.

Domínguez Alcón, C. (1986), "Los cuidados y la profesión de enfermería en España", Ed. Pirámide, Madrid.

Domínguez Alcón, C. Rodríguez, J.A. y De Miguel J.M. (1983) "Sociología y Enfermería". Pirámide. Madrid.

Domínguez Alcón, C.(1989) "La percepción del cuidar". Rol de Enfermería. 127: 25-27.

Domínguez, G. (1998: 30-45): "Campos emergentes de estudio en la organización escolar: ampliación del concepto escolar y/o desescolarización del concepto educativo" en V Congreso Interuniversitario de Organización de Instituciones Educativas. "Las organizaciones ante los retos educativos del s. XXI. Madrid. 10-13 Noviembre

Donabedian, A. (1973) "Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for health care". Harvard University Press. Canbridge Mass.

Donahue, M.P. (1987) "Historia de la Enfermería". Ediciones Doyma. Barcelona.

Dubos R. (1975) "El espejismo de la salud". Fondo de Cultura Económica. México.

Durán MA. (1983) "Desigualdad Social y Enfermedad". Madrid: Tecnos.

Duyle, W. (1990): Themes in teacher education research. En Houston, W.R. "Handbook of research on teacher education" Edward McGavran. En: BARTON WL. Alma Ata: umbral de una nueva era. *Salud Mundial*, Julio 1979.

El SAS información (1999): "El SAS ¿Quiénes somos?. La Organización y los recursos" Rev. Nº 0 febrero

Elola J. (1994) Sistema Nacional de Salud: Evaluación de su Eficiencia y Alternativas de Reforma. Barcelona: SG.

Esteban, Albert, M. (1993): "La construcción de una disciplina" en las X Sesiones de Trabajo de la AEED. Madrid.

FADSP. Situación Actual y Futuro de la Atención Primaria de Salud. Madrid: Federación de Asociaciones para la defensa de la Sanidad Pública, 1993

FADSP (1996: 11-13) "La estrategia privatizadora de la sanidad"  
Rev. Salud 2000 Año X. Nº 58 Septiembre 96

Fawcett, J. Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. Philadelphia: Davis 1984, citado en Rielh-Sisca, J.(1992) "Modelos conceptuales de enfermería". Doyma. Barcelona.

Feiman-Nemser, S. (1990): Teacher preparation: structural and conceptual alternatives. En Houston, W.R. "Handbook of research on teacher education" (pp 212-233) N. York. MacMillan.

Fernández, C. (1999): "Las Hijas de la Caridad y su influencia en la profesionalización". Rv. Index de Enfermería primavera/verano 1999, Año VIII, nº 24-25

Fernández, Ferrín, C y cols. (1995): "Enfermería fundamental".  
Ed. Masson. Barcelona.

Fernández, M. (1988): "La profesionalización del docente".  
Madrid. Escuela Española

Fernández, Sierra. J. (1998): "Liderazgo y toma de decisión en la  
Universidad Pública Española". V Congreso Interuniversitario de  
Organización de Instituciones Educativas: "Las organizaciones  
ante los retos educativos del s. XXI" Madrid

Fernández Sierra, J: (1996): "Evaluación?. No gracias,  
calificación. Cuadernos de Pedagogía, 243, 9-97.

Fernández Sierra, J y Santos Guerra, M.A. (1992) "Evaluación  
cualitativa de los programas de EpS". Archidona. Málaga. Aljibe

Fernández Sierra, J: (1996): Evaluación del profesorado:  
reflexiones a tenor de una experiencia en la Universidad.  
Investigación en la Escuela, 30, ( p.75- 86)

Frías, A. (2000): "Salud pública y Educación para la Salud I y II"  
Barcelona. Masson.

Ferrara, F.A.; Acebal, F. y Paganini, J.M. (1975) "Medicina de la  
Comunidad" 2ª ed. Interamericana. Buenos Aires.

Gairín, J. y otros (1995): "Estudio de las necesidades de  
formación de los equipos directivos de los centros educativos".  
Madrid MEC. CIDE

Gálvez, A. (2001): Producción científica de la Enfermería Española  
en Atención Primaria. Rev. Metas de Enfermería. Vol. IV. Nº 34  
abril pp.24-30

García, Barrios, S y Calvo, Charro, E. (1995): "Historia de la  
Enfermería. Textos mínimos". Universidad de Málaga.

García, J.M. (1995) "Evaluación de programas educativos" en  
Pérez, R. y otros (1995) Evaluación de programas y de centros  
educativos. Ed. Toran, S.L. Madrid

García-Rodríguez, J.A. (1992): "Bases teóricas para una metodología en Educación para la Salud". *Enfermería Científica*. Nº 121

Garriga, P. Albalat, X. (1991): "Estudio de las funciones y perfil del director de enfermería desde la perspectiva de los mandos intermedios". en "La investigación en Administración y Gestión en Enfermería" Barcelona.

Gil, F. y otros (1996): "Análisis de respuestas libres en los cuestionarios. El método de las especificidades" Rev. Investigación educativa, Vol. 14, nº1, pp: 129/147

Gil, J. (1993): "La metodología de investigación mediante grupos de discusión". Enseñanza, 10-11, 199-212

Gimeno, J.(1993): El profesorado. Cuadernos de Pedagogía nº219;22-28

Gimeno, J. (1999). "El profesorado y la sustancia de la educación: la reivindicación de la competencia cultural". Rev. Kikiriki. Nº 52 marzo, abril, mayo junio 99. Ed. MCEP.

Giroux, H.A. (1994): "Los profesores como intelectuales públicos". Rev. Cooperación educativa. Kikiriki nº 34. Set, Oct, Nov

Gómez, L.I.; Aibar, C. y Guillén, J.F. Enfermería y salud Pública. En: Piédrola G. y Cols. (1991) "Medicina Preventiva y Salud Pública", 9ª Ed. Masson-Salvat Medicina. Barcelona.

González de Haro y otros (2000): "Desempeño profesional en Andalucía" Rev. Rol de Enfermería Volumen 23 (12) diciembre 2000.

González Losada, s. y otros (1992) Desarrollo de un programa de mejora de la organización en centros educativos a partir de un modelo de evaluación participativa: Colegio Público Enebral (Punta Umbría). En González, S. *Desarrollo profesional en la escuela*. Granada: Force.

González, A. y Cols. (1990) "Teoría y Práctica de la Atención Primaria en España". INSALUD. Madrid.

Gusiñé, F. y otros (1988): "¿Qué entendemos por un profesional de enfermería?". Rev. Rol de Enfermería nº 118.

Hayman, D. (1984) "Investigación educativa". Barcelona. Ed. Paidós

Hayward, W. Y Rose, J. (1990): "We'll meet again...: repeat attendance at group discussions-does it matter?. Journal of the Market Research Society, 32 (3), 377-407.

Henderson, V. (1971) "Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería". Consejo Internacional de Enfermeras. Ginebra.

Henderson, V. (1994) "La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después" Interamericana- Mc Graw-Hill. Madrid

Henderson, V. y Nite, G. (1987) "Enfermería teórica y práctica".  
La Prensa Médica Mexicana. México.

Hernández, Conesa, J. (1995): "Historia de la Enfermería. Un  
análisis histórico de los cuidados de enfermería". Ed.  
Interamericana Mc Graw-Hill. Madrid.

Hernández, Conesa, J.; Esteban, Abert, M.(1999): "Fundamentos  
de la Enfermería, Teoría y métodos. Ed. Interamericana Mc  
Graw-Hill. Madrid.

Hernández, Conesa, J.; Moral Calatrava, P. (1994) "Los orígenes  
de los cuidados enfermeros contractuales. Enfermería de la  
infancia y humanidades"

Hernández, F. y Sancho, J.M. (1993): "Para enseñar no basta con  
saber la asignatura" Barcelona. Paidós.

Hinchliff S.M. et al. (1993): "Enfermería y cuidados de Salud".  
Barcelona: Doyma.

House, E.R. (1994): "Evaluación, ética y poder". Madrid Morata

Hoyle, E. (1980): Professionalization and de professionalization in education. En Hoyle, E. y Megarry, J. (Eds) "Professional development of teachers (pp 42-54). London: Kogan Page

Ibáñez, J. (1992): "Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica". Madrid. Siglo XXI

Ignacio, E. y otros (2001:234): "Un modelo de calidad total para la enfermería hospitalaria". Rv. Calidad Asistencial VI. 16: 234

Illich, I. (1978): "Némesis Médica". Joaquín Martiz/Planeta. México.

Imbernón, F. (1987): "La formació permanent del professorat. Análisi dels formadors de formadors" Barcelona. Ed. Barcanova. Educació.

Imbernón, F. (1994): "La formación del profesorado" Barcelona. Ed. Paidós.

INSALUD: "Las Fundaciones Públicas Sanitarias. Memoria sobre la necesidad jurídica de la iniciativa". Enero del 2000

Ishikawa, K (1985): "What is Total Quality Control? The Japanese Way. Englewood Cliffs, Prentice Hall.

Iyer, WP.; Taptich, BJ. y Bernocchi-Losey, D. (1993): "Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería". Interamericana Mc Graw-Hill. Madrid.

Jara, J.: "Proceso de Atención de Enfermería". Rol de Enfermería, 1978, 2: 36-45.

Jiménez, J. y otros (2000): " El EFQ Mcpmp sistema de gestión hospitalaria; experiencia y resultados tras dos años de implantación en un hospital público" Rev. Calidad Asistencial vl. 15:164.

Johnson N. (1990) "El estado del bienestar en transición. La teoría y la práctica del pluralismo de bienestar". Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

**Jopp, M. en Rielh Sisca (1992) "Modelos conceptuales de enfermería". Ed. Doyma, Barcelona**

**Junta de Andalucía Consejería de Salud (1995): Estudio Delphi sobre enfermedades cardiovasculares en Andalucía.**

**Junta de Andalucía Consejería de Salud (1999): "II Plan Andaluz de Salud" Sevilla. Ed. Junta de Andalucía Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Participación.**

**Junta de Andalucía Consejería de Salud (1999): Plan Estratégico. Una Propuesta de Gestión Pública Diferenciada. Sevilla Ed. Junta de Andalucía Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Participación.**

**Juran, J.M. (1990): "Juran y el liderazgo para la calidad". Un manual para ejecutivos". Madrid. Ed. Díaz de Santos.**

**Kemmis S. y Mc Taggart R. (1988) "Cómo planificar la investigación-acción". Barcelona: Laertes.**

Kershaw, B. y Salvage, J. (1988): "Modelos conceptuales en Enfermería" Ed. Doyma. Barcelona.

Kilpatrick, M. y el de Dick, J. (1995). "Educating nurse administrators". Rv. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 8(3): 22-45. Sep- oct

King, I.M. (1984) "Enfermería como profesión. Filosofía, principios y objetivos". Limusa. México.

Krueger, R.A. (1988): "El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada". Madrid Ed. Pirámide

Laffitte, R. (1991): "Evaluación y desarrollo profesional del docente universitario: dos facetas de la mejora institucional. La Pedagogía Universitaria: Un reto para la enseñanza universitaria". Horsori. Barcelona.

Lafuente, J.M. (1994): "Gestión del tiempo de los directivos de enfermería". en "La investigación en Administración y Gestión en Enfermería" Barcelona.

Lain Entralgo, P. (1986) "Historia de la Medicina". 8ª Ed. Salvat. Barcelona.

Lalonde M. (1974) "A new perspective on the health of Canadian". Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare. Ottawa.

Lamata, F. (1998): "Manual de Administración y Gestión Sanitaria" Ed. Díaz de Santos. S.A. Madrid.

Lamata, F. y Checa, I. (1990): "La motivación: su aplicación a las organizaciones públicas". Rev. Rol de Enfermería. Nº 139

Landeta, J. (1999): "El método Delphi. Una técnica de previsión para la incertidumbre". Barcelona. Ariel.

Larizgoitia I. Y Marquez I. (1995): "Crisis del sistema sanitario de Estados Unidos: Actualidad y propuesta de cambio". *Salud 2000*, 50.

Leahy, K.M.; Cobb, M.M. y Jones, M.C. (1977) "Enfermería para la salud de la comunidad". La Prensa Médica Mexicana. México.

Lemire, J.A. (2000) "Redesigning financial management education for the nursing administration graduate student" Rev. Journal of Nursing Administration, 30 (4): 199-205. Apr

Ley 1/2000 de 27 de diciembre, del presupuesto de la Comunidad Autónoma Andaluza para el año 2001.

Ley General de Sanidad. Ley 14/1986, de 25 de abril. B.O.E. de 19 de abril de 1986.

Lindholm, M. and Udén G. (2001): "Nurse Managers' Management Direction and Role over Time". Nursing Admin Q 2001, 25(4): 14-29

Lizarralde, J. (1992): "Necessitat de formació postgrau en infermeria (referit a les direccions d' infermeria)". en "La investigación en Administración y Gestión en Enfermería" Barcelona

López Martín I. (1994): "Atención domiciliaria. Diagnóstico de Enfermería". Madrid: Interamericana-Mc Graw-Hill.

López Piñero JM. (1981) "La Medicina en la Historia". Barcelona: Salvat,.

López Santos, V. (1995) "Proyecto docente" EUE Universidad de Huelva. Sin editar.

López Santos, V.(2000) : "Sistemas de atención a la Salud" en Frías, A. (2000): "Salud pública y Educación para la Salud I y II" Barcelona. Masson.

López, L.A. y Aranda, J.M. (1994): "Promoción de Salud: un enfoque de salud pública". Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

López, R.M. y Maymó, N. (1991): "Monografías Clínicas" en Atención Primaria nº: 9. Atención domiciliaria. Doyma. Barcelona.

Mac Mahon B Y Pugh T. (1984) "Principios y Métodos de epidemiología". México: La prensa médica mexicana,

Mager, R.F.(1975): "Medición del intento educativo". Buenos Aires Guadalupe

Marcelo, C. (1994): "La dimensión personal del cambio: aportaciones para una conceptualización del desarrollo profesional de los profesores. Innovación educativa, 3,33-57. Tórculo Edición

Marcelo, C. (1994): "La formación del profesorado para el cambio educativo" Ed. PPU S.A. Barcelona

Marcelo, C. (1995). Formación del profesorado para el cambio educativo. Barcelona EUB 404-422.

Marchesi, A. Y Martín, E. (1998) Calidad de la enseñanza en tiempos de cambio. Madrid, Alianza Editorial.

**Margalef, L. (1997). Nuevas tendencias en la evaluación. Propuestas metodológicas alternativas. *Bordón vol 49(2):131-137.***

**Marriner, A. y Raile, M. (1999): "Modelos y teorías en Enfermería" Ed. Harcourt-Brace. 4ª ed. Madrid.**

**Marrón A; Jiménez J; Aliaga F, García E. (1994) "El Sistema Nacional de Salud en la Década del 2.000. Los escenarios finales de la Reforma Sanitaria". Barcelona: SG.**

**Martín Zurro A. y Cano Pérez. JF. (1996) "Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica." Ed. Mosby Madrid.**

**Martín, M. (2000) "Falacias y miserias de la nueva gestión hospitalaria". Rev. FAPDSP. Año XIII. Nº 75. Abril 2000. ( p. 8-16)**

**Martínez Navarro y otros (1996) "Salud Pública" Ed. Mc Graw-Hill. Interamericana. Madrid**

Mayor, C.:(1995): "Enseñar y aprender a enseñar en la universidad" Tesis doctoral. Universidad de Sevilla.

Mc Keown T Y Iowe CR. (1981) "Introducción a la Medicina Social". Madrid: Siglo XXI

Mc Keown T. (1971) *The Role of Medicine: Fream, Mirage or Nemesis*. Nuffield Provincial Hospital Trust. London.

McKillip, P. (1989): " Need analysis. Tools for the Human Services and Education. Sage Published, Londres.

Medina, Rivilla, A. (1994): "La formación continua del profesorado desde una perspectiva colaborativa". *Rev. Innovación Educativa*, 3,59-78. Tórculo ed.

Medina, Rivilla, A. (1998): "Organización de la formación y desarrollo profesional del docente universitario". V Congreso Interuniversitario de Organización de Instituciones Educativas: "Las organizaciones ante los retos educativos del s. XXI" Madrid

**Menze, C. (1981) Formación. En J. Speck y otros (Eds).  
"Conceptos fundamentales de Pedagogía" Ed. Hedder Barcelona.**

**Miles y Huberman (1984): "Qualitative data analysis: A  
sourcebook of new methods." Beverly Hill. Sage.**

**Mnéndez, J. (1990). Evaluar los Centros. Cuadernos de Pedagogía  
217:687-76**

**Milio, N. "Ciudades Sanas. La nueva salud pública, y la  
investigación que necesitamos". En: Porta, M. y Álvarez-Dardet.  
(1993) Revisiones en Salud Pública, 3. Masson. Barcelona: 135-  
168.**

**Ministerio de Sanidad y Consumo (1990): "Estrategias de Salud en  
el año 2.000 en España". Ministerio de Sanidad y Consumo.**

**Ministerio de Sanidad y Consumo. (1991) "Guía de Enfermería en  
Atención Primaria de Salud". 7ª ed. Ministerio de Sanidad y  
Consumo. Madrid.**

Ministerio de Sanidad y Consumo. Fondo de Investigación Sanitaria: Memoria 1990. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1991.

Mintzberg, H. (1983): "La naturaleza del trabajo directivo". Barcelona Ariel: SA

Mira, J.J. y otros (1988): "La aplicación del modelo EFQM al sector sanitario: ventajas y limitaciones". Rev. Calidad Asistencial vl. 13:134.

Moncada, S. "La promoción de la salud en el puesto de trabajo". En: Porta, M. y Álvarez-Dardet. (1993) Revisiones en Salud Pública, 3. Masson. Barcelona: 107-134.

Monllor, C.; Monpart, M.P. y del Puerto, I. (1992): "Los gestores de enfermería. Una visión desde la escuela" en "Las enfermeras del tercer milenio". Sevilla. Alberdi S.A..

Montero, L. "Florence Nightingale on Public Health Nursing" American Journal of Public Health, 1985, 75-2: 181-186.

Montero, L. (1987): "Las necesidades formativas de los profesores como enfoque de la formación en servicio: análisis de una investigación". *Rev. de Investigación Educativa* 5(9), 7-34.

Montero, L. (1990 ): "La enseñanza como profesión y el profesor como profesional". *Univ. Santiago (Cursos de Doctorado)*

Montero, L. (1998): "Qué formación organizativa y directiva hay que proporcionar a los profesores?: perspectivas y problemas en la búsqueda de respuestas". *V Congreso Interuniversitario de Organización de Instituciones Educativas: "Las organizaciones ante los retos educativos del s. XXI" Madrid.*

Moreno, E. (1998): "Evaluación de los contextos de influencia en los hábitos lectores de niñas y niños de 11 a 14 años. Estudio de un caso" *Tesis Doctoral inédita. Málaga*

Moreno, J.P. (1997): "Características generales de investigación en Enfermería; artículos generales de investigación en Enfermería: artículos generales (enero95/ junio96. *Rev. Index de Enfermería. N° 5 pp 16-17*

Morgan, D.L. (1988): *Focus groups as qualitative research*. Sage University Paper Series in Qualitative Research Methods, 16 Beverly Hills, Sage Publications.

Nevo, D. (1983): "The conceptualization of educational evaluation" *Review of Educational Research*, 53 (1) 117-118

Nevo, D. (1997) "Evaluación basada en el centro. Un diálogo para la mejora". Bilbao. Ed. Mensajero.

Nightingale, F. (1990) "Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es". Salvat. Barcelona.

Nutting, M.A.; Dock, LL. (1937) "A history of nursing". Vol. 1. Nueva York, GP Putnam's Sons.

O.M.S. de la Región Europea: "En torno a Viena '88 Salud para Todos. Consecuencias para las enfermeras y matronas". *Revista ROL de Enfermería*, 1988.

O.M.S., Oficina Regional para Asia Sudoriental. Teamwork for Primary Health Care. Report of a WHO Expert Group. Nueva Delhi, 1981. Documento SEA/HSA/20. O.M.S. Ginebra, 1981.

O.M.S.: "El papel de las universidades en las estrategias de la salud para todos". Ginebra 1.984

O.M.S.: "Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 Septiembre de 1978. O.M.S." Ginebra, 1978.

O.M.S.: "Educación para la Salud. Manual sobre educación sanitaria en Atención Primaria de Salud. O.M.S". Ginebra, 1989.

O.M.S.: "Enfermería y salud de la comunidad". Informe técnico nº 558. O.M.S. Ginebra, 1974.

O.M.S.: "Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000"

O.M.S. Ginebra, 1981.

O.M.S.: "Los objetivos de la salud para todos". Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1986.

O.M.S.: "Manual de resoluciones y decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo". 1973-1984, 5ª ed. Vol II. O.M.S. Ginebra, 1985.

O.P.S./O.M.S.: "Informe del Comité del Programa de Libros de texto de la O.P.S./O.M.S. para la Enseñanza de Enfermería en Salud Comunitaria". Washington. D.C. 1975. Publicación Científica nº 332. O.P.S./O.M.S., Washington, 1976.

O.M.S. Oficina Regional para Europa. Enfermería en Acción.. Ministerio de Sanidad y Consumo Madrid 1993.

O.M.S.: "Aplicación de la Estrategia de Salud para todos en el año 2.000. Octavo Informe sobre la Situación Sanitaria Mundial". Volumen I: Análisis Mundial. 1993.

O.M.S.: "De Alma-Ata al año 2000: Reflexiones a medio camino". Ginebra: OMS, 1991.

OMS.: "Enfermería en acción: Fortalecimiento de la Enfermería y Matronería en apoyo de Salud para Todos". Publicaciones Regionales. Series Europeas, nº 48. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.

OMS.: "La enfermería y los 38 objetivos regionales europeos salud para todos". Copenhague: Oficina Regional Europea, 1986.  
Gentileza de AEED/ DOYMA.

Orem D. (1990): "Normas Prácticas en Enfermería". Pirámide. Madrid.

Orem D. (1993): "Modelo de Orem. Concepto de Enfermería en al práctica". Masson-Salvat Enfermería. Barcelona.

Orem, D. (1976): *Concept formalization in nursing: Process and product*. Boston. Little Brown. Citado por Marriner A y Raile, M. (1998) "Modelos y Teorías de Enfermería". 4ª ed. Ediciones Rol S.A. Barcelona.

Orem, D. citado en Hinchliff et al. (1993) "Enfermería y cuidados de salud". Ed. Doyma, Barcelona.

Ortún, V. (1995) "Clínica y gestión". *Medicina Clínica*. 104:298-299.

Ortún, V. (2001): "La capacidad de resolución constituye la mejor expresión clínica de la eficiencia". *Rev. FADSP Año XIII.nº 82* Junio 2001. (p 5-7)

Pacheco, E. (1999): "Clasificación de Intervenciones en Enfermería. (CIE): Madrid Ed. Síntesis. 2ª Edición

Palmer, R.H. (1989): Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica "Madrid: Dirección General de Planificación Ministerio de Sanidad y Consumo.

Palomino, P. y Frías, A.: "Atención Primaria de Salud: Una análisis sobre la transformación en Andalucía". *Gaceta Sanitaria*. 1992, nº 33, vol 6: 296-274.

Pardo, R. y otros (1997): "La formación de los profesionales de la salud. Escenarios y factores determinantes" Bilbao. Ed. Fundación BBV.

Peplau, H. (1990): "Relaciones interpersonales en Enfermería". Salvat, Barcelona.

Pérez Serrano, G. (1994): "Investigación cualitativa. Retos e interrogantes (I y II)". Madrid. Ed. La Muralla.

Pérez, Gómez, A. (1998): "La cultura escolar en la sociedad neoliberal". Madrid: Ed. Morata

Pérez, M.P. (1991): "Cómo detectar las necesidades de intervención socioeducativa". Narcea. Madrid.

Pérez, R. y otros (1995) "Evaluación de programas y de centros educativos". Ed. Toran, S.L. Madrid

Piédrola, G. y col. (1991) "Medicina Preventiva y Salud Pública", 9ª ed. Masson-Salvat Medicina. Barcelona.

Pineault, R. y Daveluy, C. (1987) "La planificación Sanitaria. Conceptos. Métodos. Estrategias". Masson. Barcelona.

Piulachs, MT.: "Naturaleza de la atención de enfermería y su posición en el contexto general de los cuidados de Salud". *Nursing* 1984, 2-1: 19-27.

Pizurki, H. y Col. (1988): "Función de las mujeres en la asistencia sanitaria". Ginebra O.M.S.

Poletti, R. (1980): "Cuidados de Enfermería. Tendencias y conceptos actuales" Ed. Rol. Barcelona.

Poulier, J.R. (1990) "Reformas sanitarias actuales. El afán por la eficiencia: una perspectiva internacional. ICE. Mayo-junio 6-26

Pozuelo, F.J. (2000): "El currículum integrado: Un proceso colaborativo" Tesis doctoral. Facultad de Ciencias de la Educación. Huelva.

Prats Cuevas, J. (1989) "Líneas básicas en la formación permanente del profesorado". En Jiménez, A. y Lou, M.A. (eds.): Actas II Congreso Educación y Sociedad. Colegio Oficial de Doctores y Licenciados de Granada. 33-39

Pritchard P. (1981): "Manual de Atención Primaria de Salud. Su Naturaleza y Organización". Madrid: Díaz de Santos.

Reverte, D. (2001:3): "Ética médica en una sociedad de mercado"  
Rev. Salud 2000 Año XIII nº 80 febrero 2001

Rey, J. (2000): "La descentralización de los servicios sanitarios asistenciales". ". Rev. FADSP Año XIII. nº 77 Junio 2000. (p 5-12)

Rey, J. (2000): "La experiencia de la descentralización española en el ámbito de la Salud Pública". ". Rev. FADSP Año XIII. nº 75 Febrero. 2000. (p 5-12)

Richart, M. (1999) "Estado de la producción científica de la Enfermería Española. Rev. Index de Enfermería. Nº 27 pp 19-24

Rielh-Sisca, J. (1992): "Modelos conceptuales de Enfermería " Ed. Doyma. Barcelona.

Rodríguez Espinar, S. (1991) Dimensiones de la Calidad. *Actas del I Congreso Internacional sobre la Calidad de la Enseñanza Universitaria*. Cádiz, ICE.

Rodríguez, G.; Gil, J. y García, E. (1996) "Metodología de la investigación cualitativa" Málaga. ED. Aljibe.

Rodríguez, J.L. (1980): "Didáctica general. Objetivos y Evaluación". Madrid. Cincel.

Rodríguez, J.M. (1997): "Bases y estrategias de formación permanente del profesorado" Huelva. Ed. Hergué Impresores.

Rodríguez, J.M. y González, S. (1992): "La formación centrada en la escuela" en "El autoperfeccionamiento de los profesores. Sevilla ICE.

Romero, P. y Martín F.J.: "Una opinión del sistema sanitario en Andalucía desde enfermería". *Salud 2000*, 1992, 39: 8-10.

Romero, A. y González, S. (1991): "Paradigma de Investigación educativa. Métodos cuantitativos y cualitativos en educación" en *Descubrir nuevas aulas*. Sevilla. ICE. pg. 46/58

Rosander, A.C. (1992): "La búsqueda de la calidad en los servicios" Ed. Díaz de Santos. S.A. Madrid.

Rosen G. (1986): "Análisis Histórico del Concepto de Medicina Social". En: *Medicina Social. Estudios y Testimonios Históricos*. España: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Roth, J.E. (1978): "Theory and Practice of needs assessments- with special application to institutions of Higher Learning". Department of Educational, University of California, Berkeley.

Roy, C. (1984) "Introduction to nursing: an adaptation model".  
Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

Rumbo, M.B. (1995): "Un punto de vista acerca de la calidad de la enseñanza universitaria: concepciones y actuaciones profesionales del profesorado de la Universidad de la Coruña". Tesis Doctoral

Sáenz, O. Y Fernández, S. (1994) "Los cargos directivos de la Universidad de Granada". ICE de la Universidad de Granada.

Sánchez Moreno y otros (2000): Enfermería Comunitaria I y II".  
Madrid. Ed. McGRAW-HILL. Interamericana.

Salberberg G.P. (1983): "From where we come. The nursing profession: a time to speak" St. Louis: Mc Graw Hill.

Salleras, L. San Martín H. (1985): "Educación Sanitaria. Principios, Métodos y Aplicaciones". Madrid: Díaz de Santos.

Salvador, L.(1997): "Evaluación institucional universitaria en Europa y América Latina." *Rev Española de Pedagogía* nº 208: 429-444.

Salvage J.(1988) " Modelos de Enfermería". Barcelona. Doyma. SAMFYC. Evaluación del modelo de Reforma de la A. Primaria en Andalucía. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria/ EASP, 1994.

San Fabián, J.L. (1998): Reorganizar la formación y reformar la organización". V Congreso Interuniversitario de Organización de Instituciones Educativas: "Las organizaciones ante los retos educativos del s. XXI" Madrid

San Martín H. (1981.): "Salud y Enfermedad". 4ª ed. México: La Prensa Médica Mexicana,

San Martín, H. y cols. (1986): "Salud, sociedad y enfermedad" Ed. Ciencia 3. Madrid.

San Martín, H. (1982): "La Crisis Mundial de las Salud: Problemas actuales de la Medicina Social". Karpos. Madrid.

San Martín, H. (1985). "Crisis Mundial de la Salud ¿Salud para nadie en el año 2000?". Ciencia 3. Madrid.

San Martín, H. (1989) "Salud Pública, y Medicina Preventiva". 2ª ed. Masson. Barcelona.

San Martín, H. y Pastor, V. (1984). "Salud Comunitaria: Teoría y Práctica". Ed. Díaz de Santos. Madrid.

Sánchez Valle, I. (1998) Dificultades en los procesos de normalización y certificación en empresas de servicios: referencia a la evaluación y calidad de la enseñanza universitaria. Revista Complutense de Educación 2 (9): 275-303.

Sánchez, M. (2000) "Diez propuestas par mejorar la gestión del Sistema Nacional de Salud" Rev. Salud 2000 nº 76

Santos Guerra, M.A (1993): "La evaluación, un proceso de diálogo, comprensión y mejora". Archidona. Ed. Aljibe.

Santos Guerra, M.A (1994): "Una tarea contradictoria educar para los valores y educar para la vida". Rev. Kikirikí nº31-32. Diciembre 93- mayo 94. Ed. MECEP.

Santos Guerra, M.A (1995): "La evaluación: un proceso de diálogo, comprensión y mejora. Archidona. Ed. Aljibe.

Santos Guerra, M.A (1997): "Curriculum oculto y construcción del género en la escuela". Rev. Kikirikí nº42-43. Diciembre 96- febrero 97 Ed. MECEP.

Santos Guerra, M.A (1998): "Evaluar es comprender". Buenos Aires. Ed. R. Magisterio del Río de la Plata.

Santos Guerra, M.A.(2000): "Dirección escolar e innovación educativa" XXI Rev. de Educación Vl. 2 pp 61-76

Santos, Guerra, M.A. (1999) "El crisol de la participación".  
Málaga. Ed. Aljibe.

Sarramona, J. Vázquez, G. y Ucar, J. (1991): "Evaluación de la  
educación no formal". X seminario Interuniversitario de teoría de  
la Educación. Universidad de Oviedo.

Saturno, P.L. (1999): "La formación como estrategia de  
implantación de programas de mejora de calidad". Rev. Calidad  
Asistencial. Vol. 14, nº 1. Enero. Pg. 35/39

Saturno, P.J., Quintana, O. y Varo, J.I (1997): "Tratado de Calidad  
Asistencial en Atención Primaria". Murcia Ed. Du Pont Pharma

Schön, D. (1992): "La formación de profesionales reflexivos".  
Barcelona. Paidós/MEC

Schön, D. (1993): "Teaching and Learning as a Reflective  
Conversation" En Montero, L. y Vez, J.M. (Eds). "Las didácticas  
específicas en la formación del profesorado". (pp 5-29) Santiago  
de Compostela. Tórculo.

Scriven, M. (1967): "The methodology of evaluation". En Stake (ed) AERA monograph series on curriculum evaluation. Num. 1, McNally, Chicago.

Sendrail M. (1983) "Historia cultural de la enfermedad". Madrid: Espasa-Calpe.

Shryock, RH. (1959) "The history of nursing: an interpretation of the social and medical factors involved". Filadelfia, WB Saunders Co.

Sierra, Bravo, R. (1999): "Tesis doctorales y trabajos de investigación científica" Madrid. Ed. Paraninfo.

Sigerit H. (1981): "Hitos en la historia de la salud pública". México: Siglo XXI.

Siles González, J. (1996): "Pasado, presente y futuro de la Enfermería en España. Perspectiva histórica y epistemológica. CECOVA/Fundación José Llopis. Alicante.

Siles González, J. (1999): "Historia de la enfermería". Ed. Aguaclara Alicante

Siles González, J. (1991): " Evolución histórica del corporativismo de Enfermería. La influencia de los colegios en el proceso de socialización profesional. Rv. Index de Enfermería nº 10 (3)

Siles, J.: "Evolución histórica de una profesión multidisciplinaria: La Enfermería y la Salud Pública en la España Contemporánea". En: Alacant Sanitari 7: 15-18.

Siles, J. Evolución histórica de las prácticas de enfermería. Revista Enfermería 1990; diciembre, 14-32.

Siles, J.; García, E. y Egea, MA.: "Estructura familiar y jerarquía de necesidades. Un ejemplo de investigación participativa". Revista ROL de Enfermería nº 196. 1994: 25-31.

Soler, E. (1998) ¿Qué tipo de Calidad para los centros educativos? En AAVV V Congreso Interuniversitario de Organización de Instituciones Educativas. Madrid, Departamento de Didáctica y Organización Escolar, Universidad Complutense de Madrid y UNED.

Sonis, A. y col. (1982): "Medicina Sanitaria y Administración de Salud", 3ª ed. El Ateneo. Barcelona.

Souto, J. A. (2001): "Propuestas y experiencias para las empresas sanitarias del siglo XXI" en "Valores e Innovaciones en el umbral del siglo XXI. Su influencia en la práctica enfermera". Madrid. Editorial MAPFRE.

Standard K Y Laplun A.: "Educación Sanitaria: nuevas tareas y nuevos criterios". *Crónica de la OMS*, 1983. 37(2)

Stanhope, M. and Lancaster, J. (1990): "Community Health Nursing: Process and Practice for Promoting Health". Washington, D.C.: Mosby Co.

Stewart, I.M. (1943): "The education of nurse". Nueva York, The Macmillan Co.

Stufflebeam D.L. y Shinkfield, A.J. (1987): "Evaluación sistemática: guía teórica y práctica". Paidós MEC. Barcelona

Stufflebeam D.L. y otros (1984): "Conducting Educational Needs Assessment". Boston: Kluwer-Nighott. Publ.

Taptich, B.J. (1991): "Manual de diagnóstico y procedimientos de Enfermería" Mc. Graw-Hill. Interamericana. Madrid.

Tyler, S.J. y Bogdan, R. (1994): "Introducción a los medios cualitativos de investigación". Buenos Aires. Paidós

Tejedor, F.J. (1997) "La evaluación institucional en el ámbito universitario". Rev. Española de Pedagogía. 208: 413-428

Tenbrick, T.D. (1981): "Evaluación: guía práctica para profesores". Narcea. Madrid.

Terris M. (1980): "La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social". Siglo XXI. México.

Thomlinson, E. (1991): "What educational requirements for a nursing executive?. Rev. Canadian Journal of nursing Administration, 4(4): 14-9. Nov-Dec.

Tinkham C.W. y Voorhies, E.F. (1981): "Enfermería Social. Evolución y procedimientos". 2ª ed. Limusa. México.

Torra y Bou, J.E. (1995) "Producción científica de la Enfermería española. Un análisis de los artículos publicados en tres revistas durante el trienio 91/93 Rev. Rol de Enfermería nº 98 pp 61-71

Torres, J. (1993): "Algunos rastros de conservadurismo en la institución escolar. El olvido de los valores laicos". Rev. Kikirikí. Diciembre 93- mayo 94 Ed. MCEP

Trilla, J.; Planas, M. y Espluga, A. "Educación Sanitaria". En: Martín, A. y Cano J.F. (1995) "Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica". Mosby/Doyma Libros. Barcelona, 1995: 378-393.

Turabián J.L. (1992): "Apuntes, Esquemas y Ejemplos de Participación Comunitaria en la Salud". Madrid. Díaz de Santos.

Turabián, J.L. (1992): "Participación Comunitaria". Díaz de Santos. Madrid.

Ugalde, M. y Rigoli, A. (1995): "Diagnósticos de Enfermería". Ed. Masson. Barcelona.

Vaquero, J.L. (1992): "Manual de Medicina preventiva y Salud Pública" Ed. Pirámide. S.A. Madrid.

Varo, J. (1993) *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*. Ed. Díaz de Santos. S.A. Madrid

Vidal, G. y Miller, P. (1999): "El proceso gestión / administración: reflexiones teóricas para el desarrollo de la práctica" *Rev. Metas de Enfermería* nº 19 julio-agosto 1999

Vieira, J.T. (1997) *Evaluación Institucional: objetivos y criterios. Revista Española de Pedagogía* 208:445-458.

Villar Angulo, L. M. "Formación del profesorado. Reflexiones para una reforma" Valencia. Promolibro.

Villar Angulo, L. M. (1994): "Manual de entrenamiento: evaluación de procesos y actividades educativas". Barcelona Ed. PPU.

Villar Angulo, L. M. y Marcelo, C. (1995): "Evaluación del desarrollo profesional de los profesores: el caso del "programa de formación de profesores principiantes" en Pérez, R. y otros (1995) *Evaluación de programas y de centros educativos*. Ed. Toran, S.L. Madrid.

Villar Angulo, L.M. (1991): "El formador de maestros ante la educación multicultural. Ponencia presentada en el "Congreso Internacional de Educación Multicultural" Ceuta

Villar Angulo, L.M. (1995): "Dirección escolar y evaluación de programas. en Villar Angulo, L.M. y Cabero, J. "Aspectos críticos de una Reforma Educativa. Universidad de Sevilla. Secretariado de Publicaciones. 219-271

Visauta, B. (1989): "Técnicas de investigación social" Barcelona. Ed. PPU.

Vuori H. "La participación comunitaria en atención primaria: un medio o una finalidad en sí misma". Rev. Atención Primaria, 1992, 9.

Vuori, H. "Education and the Quality of Health Services". Health Policy Educ. 1979, 1: 67-96.

Vüori, H.: "Atención Primaria de Salud en Europa: Problemas y Soluciones". Ponencia en las III Jornadas de Defensa de la Sanidad Pública. *Atención Primaria*, 1987, 1.

Vuori, H.V. "¿Qué es la Atención Primaria de Salud?". Rev.: *Atención Primaria*, 0, 3-4, 1983.

Walker, R. (1989): "Métodos de investigación para el profesorado". Madrid Ed. Morata

Walton B. (1990): "Community Health Nursing" 3ª edición Illinois: Foreman and company.

Wesley, R.L. (1997): "Teorías y modelos de Enfermería" Mc. Graw-Hill. Interamericana. México.

WHO: "Ottawa charter for Health Promotion". Health and Welfare Canada. Canadian Public Health Association. Ottawa, 1986.

World Health Organization Regional Office for Europe. The principles of quality assurance, report on a WHO meeting. Copenhagen: WHO, 1985. (Euro Reports and Studies series: nº 94

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Alma Ata 1997. Primary Health Care. WHO, UNICEFF, Génova, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health and Welfare Canadian Public Health Association. Ottawa Chart for Health Promotion. WHO, Copenhagen, 1986.

Young, L. (1973): "The Fractured Family". Mc Graw-Hill Book Company. New York.

Yura, H. y Walsh, MB. (1982): "El proceso de Enfermería: valoración, planificación, implementación y evaluación. Alhambra. Madrid.

Zabalza, M.A. (1996): "Calidad en la educación infantil" Ed. Narcea S.A. Madrid.

Zaldívar, C. y otros (1991): "Nivel de satisfacción de los usuarios en las unidades de hospitalización". en "La investigación en Administración y Gestión en Enfermería" Barcelona.







Reunido el Tribunal integrado por los abajo firmantes  
en el día de la fecha, para Juzgar la Tesis Doctoral de  
D./D<sup>a</sup>. ANA BARQUERO GONZÁLEZ  
Titulada EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE  
FORMACIÓN RELACIONADAS CON LA GESTIÓN...  
acordó otorgarle la calificación de SOBRESALIENTE  
CUM LAUDE POR UNANIMIDAD

A. Román Huelva, 13 de FEBRERO de 2002

El Vocal 1

El Vocal 2

El Vocal 3

El Presidente

El Secretario

El Doctorando



UNIVERSIDAD DE HUELVA  
BIBLIOTECA



0000210295