



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Adecuación de la Formación Académica de Postgrado
del Profesional de Enfermería al Puesto de Trabajo
en la Región de Murcia.

D^a. María del Carmen Barbera Ortega

2014



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Adecuación de la formación académica de postgrado
del profesional de enfermería al puesto de trabajo en
la Región de Murcia.

Presentado por:

D^a María del Carmen Barbera Ortega

Dirigida por:

Dra. D^a M^a José López Montesinos

2014



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D^a. M^a José López Montesinos, Profesor Titular de Universidad del Área de Enfermería en el Departamento de Enfermería, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Adecuación de la formación académica de postgrado del profesional de enfermería al puesto de trabajo en la Región de Murcia", realizada por D^a. M^a del Carmen Barbera Ortega, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 13 de enero de 2014

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'José López Montesinos'.

TABULA GRATULATORIA.

Al llegar al final de esta Tesis, se hace imprescindible mencionar a todas aquellas personas que con su apoyo han colaborado en su realización.

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mis más profundos y sinceros agradecimientos en especial, a la Dra. M^a José López Montesinos, directora de esta investigación, por acompañarme en mi vida profesional desde su inicio, por ser un referente en la Disciplina Enfermera para mí, por haberme dado la oportunidad de trabajar con ella en este proyecto, por su dedicación, por sus valiosas aportaciones. Sin su bagaje científico y universitario no hubiera sido posible la realización de esta Tesis Doctoral. Agradecer la virtud de este trabajo cuyas limitaciones se deben exclusivamente a mi persona a la que hoy es una muy buena amiga.

Al Colegio Oficial de Enfermería (COEMUR) y a su presidente Dña. Amelia Corominas, por su colaboración para la realización de la parte empírica de esta investigación.

A D. Luis Martos y D^a. Lola Beteta de la Unidad de Formación y Docencia del Área I del Servicio Murciano de Salud.

Quisiera hacer extensiva mi gratitud a mis compañeros de trabajo y amigos, en especial a Dña. M^a José López Arroyo, a la Dra. Isabel Morales, a D. Francisco José Hernández, a la Dra. Diana Jiménez, a la Dra. Francisca Expósito, a la Dra. Ana María Lorente, a D^a. Vanessa Arizo, a D^a. Mamen Agüera, a D^a. Silvia Martínez, a D^a. Jessica Rojas y a D^a. Mayte Rodríguez, por su inestimable ayuda, generosidad y comprensión haciéndome todo mucho más fácil.

Especial reconocimiento merece el interés mostrado y las sugerencias recibidas por el Dr. y amigo Juan José Hernández Morante, con el que me encuentro en deuda por el ánimo infundido y sus palabras de superación.

Agradecer a mi gran familia de Murcia su atención y esos momentos que me han ayudado a que la espera no fuese tan larga y, por permitirme en algunas ocasiones monopolizar todas las conversaciones con el tema Tesis, Tesis, Tesis, gracias por estar a mi lado, sois parte de mi familia a vosotros Ester, Jorge, Juan, Mari Carmen, Ángela, Claudia y Daniela.

Finalmente, me gustaría expresar un agradecimiento especial a mi padre, no solo por darme todo en esta vida, sino por sus palabras de ánimo y de superación. A mi mamá por su apoyo y escucha aún sin entender en ocasiones de lo que le estaba hablando. Ellos me han animado a crecer académicamente, desde el ejemplo del trabajo y la dedicación.

A mis hermanos Tamara, Desiré, Roberto y Benedicta gracias por vuestro cariño y comprensión.

A mis sobrinos Ángel y María por esos abrazos llenos de energía.

A mi Rafa, por su comprensión en todo este tiempo, por sus palabras "*Tú puedes*" y por haberme dado la oportunidad de conocer ese pequeño mundo de un entorno web y su programación que aún en ocasiones me siguen resultado jeroglíficos.

A mi Papi, gracias por tus palabras y tus consejos que me formaron como persona y me ayudaron crecer para luchar y alcanzar todos los objetivos de mi vida. Sé que estas a mi lado para guiarme y cuidarme, gracias por mostrarme cada día un nuevo arco iris, mi dedicación de esta Tesis en agradecimiento a todo tu amor, para mí siempre has sido y serás un ejemplo a seguir.

A todos vosotros mi afecto y gratitud.

Dedicatoria

A mis Padres y a mi Papi por ser el espejo en el que me reflejo.

*“Decir fácilmente hasta las cosas más fáciles
de decir, no es nada fácil. Es de lo más difícil
entre las cosas más difíciles”*

Giuseppe Baretti (1719-1789)

ÍNDICE

ABREVIATURAS	XIII
ÍNDICE DE FIGURAS:.....	XIV
ÍNDICE DE TABLAS.....	XVII
RESUMEN.....	XXXI
ABSTRACT	XXXIII
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	37
2. MARCO TEÓRICO. ADECUACIÓN DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA DE POSTGRADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA AL PUESTO DE TRABAJO.....	45
2.1.- Revisión cronológica de la enseñanza de enfermería en España y estado actual: análisis previo.....	45
2.2.- Descripción del puesto de trabajo, gestión de recursos humanos (RRHH).....	53
2.3.-Principios del ejercicio profesional de enfermería.	55
2.3.1.- Código deontológico de enfermería.	55
2.3.2.- Colegios de enfermería: cuestiones éticas y morales.	57
2.4- Las Competencias en los estudios de Educación Superior de Enfermería.....	61
2.5.-Inserción laboral – Formación académica de postgrado... ..	65
2.6.-Adecuación de la formación postgrado y su relación con la calidad asistencial.	69
2.7.- Modelos de calidad como estrategia de mejora.	83
2.8. Formación postgrado y calidad asistencial: Influencia en la presencia de efectos adversos	89
2.9. Otros factores de influencia en la calidad asistencial.....	91
2.9.1 Conciliación familiar	91
2.9.2 Organización laboral.....	92

2.9.3 Satisfacción laboral y calidad de vida del profesional..	93
2.10.- Satisfacción laboral y su Relación entre la formación postgrado y adecuación al puesto de trabajo.	97
3.- MARCO EMPÍRICO. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	107
3.1.- Hipótesis de la investigación:.....	107
3.2.- Objetivos de la investigación:.....	107
3.3.- Diseño, Población y muestra.....	108
3.3.1 Diseño y ámbito de estudio.	108
3.3.2. Población y muestra.	108
3.4 Variables del estudio.	111
3.5 Fuentes de información.	113
3.6.-Instrumentos y procedimiento de recogida de información.	113
3.6.1 Diseño del cuestionario para la obtención de datos ..	114
3.6.2 Procedimiento de recogida de información. Elaboración de la página web ..	117
3.7.- Cronograma de actividades.....	118
3.8.- Análisis de Resultados – Procedimiento estadístico	120
4.- RESULTADOS	125
4. 1.- Variables sociolaborables.	126
4.1.1.- Área de salud.	126
4.1.2.-Puesto de trabajo.....	127
4.1.3. y 4.1.4.- Antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo.....	128
4.1.5.-Tipo de contrato.	129
4.1.6.- Máxima formación académica recibida.....	130
4.1.7.- FORMACIÓN CONTINUADA.....	133
4.1.7.6.- Ha desempeñado puestos de Gestión	136

4.1.8. Formación enfermera que le gustaría recibir.	137
4.1.9.- Percepción personal de necesidades de formación y formación continuada recibida en el centro de trabajo.....	140
4.2.- Variables sociodemográficas y sociolaborales asociadas a variables dependientes.....	147
4.2.1.-Sexo.	148
4.2.2 Asociación entre la edad y las variables sociolaborales	168
4.2.3. Tipo de contrato.....	182
4.2.4.-Puesto de trabajo.....	203
4.2.5.-Correlación de variables cuantitativas sociolaborales de antigüedad en el puesto, antigüedad en la empresa con el acceso a la formación continuada.	234
4.2.6 Análisis multivariable	240
4.2.6.1 Factores implicados en la adecuación de la formación:	241
4.2.6.2 Factores que determinan la presencia de barreras de formación	247
4.2.6.3 Factores que determinan la necesidad de mayor formación	251
5.- DISCUSIÓN.....	257
5.1 Limitaciones del presente estudio	257
5.2 Identificar la formación académica postgrado de los profesionales de enfermería y su adecuación al puesto de trabajo.	258
5.3 Conocer el acceso y las barreras para una formación continuada.	268
5.4 Conocer la demanda formativa de los enfermeros.....	277
6. CONCLUSIONES	289
CONCLUSIÓN FINAL:	290

RECOMENDACIONES.	291
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	295
ANEXOS.....	323
ANEXO 1. CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA	324
ANEXO 2. ESTRUCTURA DE LOS ESTUDIOS DEL GRADO DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA	340
ANEXO 3. BAREMO GENERAL PARA LA ENFERMERA UNIFICADA ..	349
ANEXO 4. CUESTIONARIO PARA MEDIR LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO SERVQHOS	352
ANEXO 5. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	355
ANEXO 6. RELACIÓN DOCUMENTAL DE LEYES, ÓRDENES Y REALES DECRETOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO.	356
ANEXO 7: CUESTIONARIO DEFINITIVO DE TOMA DE DATOS	359
ANEXO 8: HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS PARA EL DESARROLLO DE LA PÁGINA WEB http://enfermeridocente.es	365
ANEXO 9: ANÁLISIS PORMENORIZADO DE LAS NECESIDADES DE FORMACIÓN	374
ANEXO X. ANEXO: COMUNICACIÓN ORAL AL VI CONGRESO DE SCELE.....	389

ABREVIATURAS

ANA: American Nursing Association.

ANECA: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.

ATS: Ayudante Técnico Sanitario.

BOE: Boletín Oficial del Estado.

CIE: Consejo Internacional de Enfermería.

CMLS: Cuestionario para medir Satisfacción Laboral.

CNA: Código Nacional Actividad Mercantil.

COEMUR: Colegio Oficial Enfermería Murcia.

CVP-35: Cuestionario Calidad Vida Profesional.

DUE: Diplomado Universitario en Enfermería.

ECTS: Sistema Europeo Créditos.

EFQM: Modelo de Excelencia de la European Foundation for Quality Management.

ISO: Organización Internacional de Normalización.

LOPS Ley Ordenación Profesionales Sanitarias.

MSQ: Satisfaction Questionnaire.

NMC: Nursing Medical Council.

RD: Real Decreto.

RRHH: Recursos Humanos.

SERVQUAL: Cuestionario Evaluación Servicios Prestados.

TICS: Tecnologías de Información y de la Comunicación.

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1. Nuevo sistema Educativo en Enfermería frente al viejo sistema.....	46
Figura 2. Situaciones vividas en el proceso de transición desde la universidad al mundo del trabajo	66
Figura 3. Sistema de Evaluación de la calidad asistencial propuesto por A. Donabedian.....	70
Figura 4. Ilustración ambientada en la época durante donde se muestra al Dr. Semmelweis enseñando a sus alumnos a realizar un lavado de manos.....	71
Figura 5. Imagen del diagrama polar descrito por primera vez por Florence Nightingale	72
Figura 6. Dimensiones de la Calidad Asistencial	74
Figura 7. Modelo SERVQUAL.....	78
Figura 8. Número de habitantes por tipo de profesional. Comparación 2004-2009. Máximos-Medias-Mínimos	82
Figura 9. Modelo ampliado de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos ISO 9004:2009.	86
Figura 10: Proceso para diseñar estrategias de mejora de calidad asistencial	87
Figura 11: Los seis dominios sobre los que actuar para mejorar la calidad asistencial	88
Figura 12. Modelo explicativo de la cadena causal de un efecto adverso.....	90
Figura 13. Beneficios de la conciliación Familiar de Mujeres, 2010.	92
Figura 14. Escala de Necesidades Humanas según la teoría de A. Maslow	95
Figura 15. Gráfico de sectores mostrando la frecuencia de sujetos del grupo hombre y del grupo mujer.	110

Figura 16. Cronograma de actividades realizadas en el presente proyecto	119
Figura 17. Distribución de la muestra en áreas de salud.....	127
Figura 18. Tipo de contrato.....	130
Figura 19. Máxima formación alcanzada.....	131
Figura 20. Enfermeros encuestados con otros estudios superiores. ...	131
Figura 21. Sujetos con otros estudios de formación profesional.....	132
Figura 22. Individuos que ha seleccionado como primera necesidad de formación:.....	137
Figura 23. Gráfico de sectores mostrando los resultados obtenidos en la pregunta 24 del bloque 5:.....	144
Figura 24.- Barreras de acceso a la formación.....	146
Figura 25. Número de enfermeras (recuento) que pertenecen al Área 1 del Servicio Murciano de Salud o a otra área en función del sexo. ..	149
Figura 26. Frecuencias de asociación entre contrato en propiedad u otro tipo de contrato en función del sexo.....	152
Figura 27. Edad media de los profesionales de enfermería consultados en función del área donde trabajan.	169
Figura 28. Edad media en función de la máxima formación académica recibida	171
Figura 29. Relación entre la edad de los individuos del presente proyecto y el número de cursos realizados.	172
Figura 30. Relación entre la edad de los individuos del presente proyecto y el número de congresos, jornadas, seminarios, etc. realizados	173
Figura 31. Edad media de los enfermeros consultados en función de la formación que les gustaría recibir en primer lugar	176
Figura 32. Edad media de la población estudiada en función de qué barreras encuentra en su formación académica	180

Figura 33. Antigüedad media en la empresa (medido en meses) en función del tipo de contrato.	183
Figura 34. Valor medio de los meses de antigüedad en el puesto de trabajo en función del tipo de contrato.....	184
Figura 35. N° de cursos realizado en los últimos 5 años en función del tipo de contrato.....	187
Figura 36. Frecuencias observadas (recuento) sobre las diferentes barreras para la formación, asociado al tipo de contrato.	200
Figura 37. Tipo de barreras de acceso a la formación en su centro de trabajo, asociado al puesto de trabajo, ya sea hospitalario o extra-hospitalario.	232
Figura 38. Evolución de la aparición de barreras para la formación a lo largo del desarrollo de la actividad enfermera.....	273
Figura A1. Individuos que han demandado una determinada formación como segunda opción	375
Figura A2. Individuos que han demandado una determinada formación como 3ª opción:.....	376

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cambios producidos en el Sistema de Educación Superior Español respecto a la implementación del Grado de Enfermería.....	51
Tabla 2. Competencias transversales que el alumno debe alcanzar al lograr el Grado de Enfermería.....	64
Tabla 3. Escala de funcionariado del Servicio Murciano de Salud.....	67
Tabla 4. Validez del cuestionario CMLS para medir la satisfacción laboral.....	103
Tabla 5. Datos descriptivos de la edad de los sujetos estudiados:.....	109
Tabla 6. Bloques o dimensiones de la herramienta de recogida de datos.....	117
Tabla 7. Distribución de la muestra en áreas de salud:.....	126
Tabla 8. Puesto de trabajo actual.....	128
Tabla 9. Antigüedad en la empresa (en meses) de los sujetos estudiados.....	129
Tabla 10. La antigüedad en el puesto de trabajo actual (en meses) de los sujetos estudiados.....	129
Tabla 11. Formación académica recibida (se considera sólo la máxima alcanzada).....	130
Tabla 12. Año de finalización de los otros estudios superiores (en años):.....	132
Tabla 13. Año de finalización de los otros estudios de formación profesional (en años):.....	133
Tabla 14. Formación continuada (cursos) recibidos en los últimos 5 años.....	133
Tabla 15. ¿Cuántos cursos ha recibido?.....	134
Tabla 16. ¿Ha asistido a algún congreso, jornada, seminario, etc. en los últimos 5 años?.....	134

Tabla 17.- ¿Cuántos congresos, jornadas o seminarios ha asistido en los últimos 5 años?	135
Tabla 18. ¿Ha trabajado desarrollando o contribuyendo en alguna actividad de formación en los últimos 5 años?	135
Tabla 19. ¿Ha trabajado desarrollando o contribuyendo en alguna actividad de investigación en los últimos 5 años?.....	136
Tabla 20. ¿Han ocupado un puesto de gestión?	136
Tabla 21. ¿Dónde ha desarrollado un puesto de gestión?	137
Tabla 22. Individuos que ha seleccionado como primera necesidad de formación:.....	138
Tabla 23. Componentes de la muestra que demandan, en diferentes opciones, una formación determinada, y total de la muestra que la ha demandado.....	139
Tabla 24. Otra formación solicitada:	140
Tabla 25. ¿Ha percibido alguna vez que necesita mayor formación para el desempeño de su actividad profesional?	141
Tabla 26. ¿Se realizan cursos de formación en su centro de trabajo?.	141
Tabla 27. ¿La formación recibida en su centro se adecúa a las necesidades de su puesto de trabajo?	142
Tabla 28. ¿Cuál es su percepción en relación al acceso a una formación adecuada a su puesto de trabajo del mismo?.....	142
Tabla 29. ¿Considera importante la calidad asistencial en su trabajo?.....	143
Tabla 30. ¿Cree que la adecuación de formación académica al puesto de trabajo repercute en la calidad de los cuidados prestados?.	143
Tabla 31. Pregunta 25. ¿Incide la adecuación de formación al puesto de trabajo en la seguridad y/o presencia de efectos adversos sobre el cliente / paciente?	144

Tabla 32. ¿Hay alguna barrera que impida la continuidad en su formación académica?	145
Tabla 33. Si ha marcado que sí, indique la barrera de acceso a la formación:	145
Tabla 34. Edad media de la población estudiada en función del sexo.	148
Tabla 35. % observados, de las diferentes áreas de Salud del Servicio Murciano de Salud en función del sexo.	148
Tabla 36. Porcentajes observados de las diferentes áreas de Salud, en cuanto al nivel de atención, del Servicio Murciano de Salud en función del sexo.....	150
Tabla 37. Porcentajes observados de los servicios en función del sexo.....	150
Tabla 38. Antigüedad en la empresa y puesto de trabajo (medido en meses) en función del sexo	151
Tabla 39. Porcentajes observados respecto a los diferentes tipos de contrato en función del sexo.	151
Tabla 40. Porcentajes observados respecto a tener un contrato en propiedad u otro tipo de contrato en función del sexo.	152
Tabla 41 Porcentajes observados de las diferentes formaciones académicas alcanzadas en función del sexo.	153
Tabla 42. Porcentajes observados sobre la obtención de la Diplomatura en Enfermería (DUE) en función del sexo.....	153
Tabla 43. Porcentajes observados sobre la obtención del Grado de enfermería en función del sexo.	154
Tabla 44. Porcentajes observados sobre la obtención el grado de Doctor en función del sexo.....	154
Tabla 45. Curso de formación continuada recibido en los últimos 5 años en función del sexo.....	154
Tabla 46. Valores medios del número de cursos realizado en los últimos 5 años.....	155

Tabla 47. Asistencia a congreso, jornada, seminario, etc., en los últimos 5 años (columnas) en función del sexo (filas).	155
Tabla 48. Porcentajes observados sobre si ha trabajado desarrollando o contribuyendo en alguna actividad de formación en los últimos 5 años (columnas) en función del sexo (filas).	156
Tabla 49. Porcentajes observados sobre si el profesional consultado ha trabajado desarrollando o contribuyendo en alguna actividad de investigación en los últimos 5 años (columnas) en función del sexo (filas).	156
Tabla 50. Porcentajes observados sobre desempeño de algún puesto de gestión en función del sexo.	156
Tabla 51. Porcentajes observados sobre puestos de gestión ocupados - sexo.	157
Tabla 52. Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Formación en Cuidados Intensivos en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas).	158
Tabla 53. Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Formación en Cuidados Geriátricos en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas)	158
Tabla 54. Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Formación en Salud Mental en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas).	158
Tabla 55. Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Formación en Gestión de Calidad en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas), observándose una significación estadística).	159
Tabla 56 .Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Formación en Salud / Mujer en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas).	159

Tabla 57. Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Formación en Cuidados Pediátricos en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas).	159
Tabla 58. Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Formación Médico-Quirúrgica en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas).	160
Tabla 59. Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Formación en Gestión / Administración en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas).	160
Tabla 60. Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Formación en Metodología Enfermera en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas).	160
Tabla 61. Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Formación en Investigación en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas).	161
Tabla 62. Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Formación en Nuevas Tecnologías en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas).	161
Tabla 63. Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Formación en Educación para la salud en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas).	161
Tabla 64. Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Otra Formación en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas).	162
Tabla 65. Porcentajes observados de los sujetos con saltados que han seleccionado diferentes tipos de formación no contemplados en el cuestionario inicial (columnas) en función del sexo (filas).	162
Tabla 66. Porcentajes observados de los sujetos que han percibido que necesitan mayor formación (columnas) en función del sexo (filas).	163

Tabla 67. Porcentajes observados sobre si se realizan cursos de formación en el centro de trabajo (columnas) en función del sexo (filas).	163
Tabla 68. Porcentajes observados sobre si se realizan cursos de formación en el centro de trabajo, adecuados al puesto de trabajo (columnas) en función del sexo (filas).	164
Tabla 69. Porcentajes observados sobre cuál es la percepción en relación al acceso a la formación (columnas), en función del sexo (filas).	164
Tabla 70. Porcentajes observados sobre si consideran importante la calidad asistencial (columnas) en función del sexo (filas).	164
Tabla 71. Porcentajes observados sobre si creen que la formación académica repercute en la calidad (columnas) en función del sexo (filas).	165
Tabla 72. Porcentajes observados sobre si la formación académica incide en la seguridad del paciente (columnas) en función del sexo (filas).	165
Tabla 73. Porcentajes observados sobre si hay alguna barrera que impida la continuidad en su formación académica (columnas) en función del sexo (filas).	165
Tabla 74. Porcentajes observados sobre las diferentes barreras de acceso a la formación académica (columnas) en función del sexo (filas).	166
Tabla 75. Edad media de cada una de las áreas del Servicio Murciano de Salud:	168
Tabla 76. Edad media de la población estudiada en función de puesto de trabajo.	169
Tabla 77. Edad media de la población estudiada en función del puesto de trabajo específico	170

Tabla 78. Edad media de la población estudiada en función del tipo de contrato.	171
Tabla 79. Edad media de la población estudiada en función si ha recibido algún curso de formación en los últimos 5 años.....	172
Tabla 80. Edad media de la población estudiada en función si ha asistido a algún curso, jornada, seminario, etc. en los últimos 5 años	173
Tabla 81. Edad media de la población estudiada en función si ha trabajado desarrollando alguna actividad de formación en los últimos 5 años.....	174
Tabla 82. Edad media de la población estudiada en función si ha trabajado desarrollando alguna actividad de investigación en los últimos 5 años.....	174
Tabla 83. Edad media de la población estudiada en función de si desempeña algún puesto de gestión / responsabilidad actualmente..	174
Tabla 84. Edad media de la población estudiada en función de la necesidad de formación que les gustaría recibir en primer lugar	175
Tabla 85. Edad media de la población estudiada en función de si ha percibido que necesita mayor formación	177
Tabla 86. Edad media de la población estudiada en función de si se realizan cursos de formación en su centro de trabajo	177
Tabla 87. Edad media de la población estudiada en función de si la formación recibida en su centro se adecúa a las necesidades	177
Tabla 88. Edad media de la población estudiada en función de la percepción en relación al acceso a la formación	178
Tabla 89. Edad media de la población estudiada en función de la importancia de la calidad asistencial	178
Tabla 90. Edad media de la población estudiada en función de si creen que una adecuación de la formación académica al puesto de trabajo repercute en la calidad de los cuidados	179

Tabla 91. Edad media de la población estudiada en función de si creen que Incide la adecuación de formación al puesto de trabajo en la seguridad y/o presencia de efectos adversos sobre el cliente/paciente.....	179
Tabla 92. Edad media de la población estudiada en función de si hay alguna barrera en su formación académica	179
Tabla 93. Porcentajes observados sobre las distintos tipos de contrato (columnas) en función del puesto de trabajo (filas).	183
Tabla 94. Año de finalización de los máximos estudios alcanzados en función del tipo de contrato.	184
Tabla 95. Porcentajes observados de los máximos estudios alcanzados en función del tipo de contrato.....	185
Tabla 96. Tipo de contrato y formación continuada recibida.....	186
Tabla 97. Asistencia a congresos, jornadas, etc., en los últimos 5 años en función del tipo de contrato.	187
Tabla 98. Porcentajes observados respecto a si ha trabajado desarrollando o contribuyendo en alguna actividad de formación en los últimos 5 años, en función del tipo de contrato.	188
Tabla 99. Porcentajes observados respecto a si ha trabajado desarrollando o contribuyendo en alguna actividad de formación en los últimos 5 años, en función del tipo de contrato.	188
Tabla 100. Porcentajes observados respecto a si desarrolla algún puesto de gestión, en función del tipo de contrato.....	189
Tabla 101. Porcentajes de las diferentes demandas de formación, en función del tipo de contrato.	190
Tabla 102. Demanda de otra formación en función del tipo de contrato.....	194
Tabla 103. Porcentajes observados sobre si el enfermero ha percibido la necesidad de mayor formación para desarrollar sus actividades, en función del tipo de contrato.	195

Tabla 104. Porcentajes observados sobre si se realizan cursos de formación en el centro de trabajo, asociado al tipo de contrato.....	196
Tabla 105. Porcentajes observados sobre si los enfermeros consultados opinan que la formación en el centro de trabajo es adecuada, asociado al tipo de contrato.....	196
Tabla 106. Porcentaje observado sobre si los enfermeros consultados opinan que el acceso a la formación en el centro de trabajo es fácil, limitado o regular, asociado al tipo de contrato.....	197
Tabla 107. Importancia de la calidad asistencial, asociado a la variable tipo de contrato.	197
Tabla 108. Porcentaje observado sobre la incidencia de la formación adecuada al puesto de trabajo, en la calidad asistencial, asociado al tipo de contrato.	198
Tabla 109. Porcentaje observado sobre la incidencia de una formación adecuada en la presencia de efectos adversos, asociado al tipo de contrato.	198
Tabla 110. Porcentaje observado sobre si los enfermeros consultados presentan o perciben alguna barrera para su formación, asociado al tipo de contrato.	199
Tabla 111. Tabla de contingencia mostrando las frecuencias observadas (%) sobre las diferentes barreras para la formación en función del tipo de contrato.	199
Tabla 112. Antigüedad en la empresa (en meses), asociado al puesto de trabajo de la población estudiada.....	204
Tabla 113. Antigüedad en el puesto de trabajo (en meses), asociado al puesto.	204
Tabla 114. Máximo grado de estudios alcanzado, asociado al puesto de trabajo.....	205
Tabla 115. Asociación entre las variables tener solo los estudios de DUE y puesto de trabajo.....	206

Tabla 116. Tabla de contingencia mostrando las frecuencias observadas (%) sobre ser graduado en enfermería en función del puesto de trabajo.....	207
Tabla 117. Estar en posesión del título de doctor, asociado al puesto de trabajo.....	208
Tabla 118. Ha realizado cursos de formación en los últimos 5 años, asociado al puesto de trabajo.....	209
Tabla 119. Ha asistido a congresos, jornadas, seminarios, etc. en los últimos 5 años, asociado al puesto de trabajo.	210
Tabla 120. Ha llevado a cabo alguna actividad de formación en los últimos 5 años, asociado al puesto de trabajo.	211
Tabla 121. Ha llevado a cabo alguna actividad de investigación en los últimos 5 años, asociado al puesto de trabajo.....	212
Tabla 122. Desempeña actividades de gestión/responsabilidad, asociado al puesto de trabajo que ocupa.	213
Tabla 123. Demanda de formación en Cuidados Intensivos como primera opción, asociado al puesto de trabajo.....	214
Tabla 124. Demanda de formación en Gestión de Calidad como primera opción, asociado al puesto de trabajo.....	215
Tabla 125. Demanda de formación en Gestión Administración como primera opción, asociado al puesto de trabajo.....	216
Tabla 126. Demanda de formación en Educación para la Salud como primera opción, asociado al puesto de trabajo.....	217
Tabla 127. Demanda de formación en cuidados geriátricos como primera opción, asociado al puesto de trabajo.....	218
Tabla 128. Demanda de formación en salud mental como primera opción, asociado al puesto de trabajo.....	219
Tabla 129. Demanda de formación en cuidados en la Salud/Mujer como primera opción, asociado al puesto de trabajo.....	220

Tabla 130. Demanda de formación en cuidados pediátricos como primera opción, asociado al puesto de trabajo.....	221
Tabla 131. Demanda de formación en Médico Quirúrgica como primera opción, asociado al puesto de trabajo.....	222
Tabla 132. Demanda de formación en Metodología Enfermera como primera opción, asociado al puesto de trabajo.....	223
Tabla 133. Demanda de formación en Investigación como primera opción, asociado al puesto de trabajo.....	224
Tabla 134. Demanda de formación en Nuevas Tecnologías como primera opción, asociado al puesto de trabajo.....	225
Tabla 135. Demanda de “Otra Formación” como primera opción, asociado al puesto de trabajo.....	226
Tabla 136. Ha percibido la necesidad de mayor formación para desempeñar su actividad profesional, asociado al puesto de trabajo..	227
Tabla 137. Opina que se realizan cursos suficientes en su centro para desempeñar su actividad profesional, asociado al puesto de trabajo.....	228
Tabla 138. Ha percibido la necesidad de mayor formación para desempeñar su actividad profesional, asociado a que el puesto de trabajo sea hospitalario o extrahospitalario.....	229
Tabla 139. Opinión sobre si la formación que proporciona el centro de trabajo es adecuada a sus necesidades, asociado a su puesto de trabajo.....	230
Tabla 140. Asociación entre puesto de trabajo y percepción de existencia de barreras de acceso a la formación.	231
Tabla 141. Antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo, asociado a la percepción de necesidad de mayor formación	234
Tabla 142. Tiempo de antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo, asociado a la opinión de si reciben los cursos de formación necesarios en el centro de trabajo	235

Tabla 143. Tiempo de antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo, asociado a la percepción de recibir una formación adecuada a sus funciones	235
Tabla 144. Tiempo de antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo la variable percepción respecto al acceso a la formación en el centro de trabajo	236
Tabla 145. Tiempo de antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo, asociado a la importancia que le atribuyen a la calidad asistencial	236
Tabla 146. Tiempo de antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo asociado a adecuación de formación académica al puesto de trabajo y repercusión en la calidad asistencial	236
Tabla 147. Tiempo de antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo asociado a adecuación de formación académica al puesto de trabajo y repercusión en la seguridad y/o presencia de efectos adversos sobre el cliente/paciente	237
Tabla 148. Tiempo de antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo, asociado a percepción de barreras de acceso a la formación .	237
Tabla 149. Tiempo de antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo, asociado al tipo de barrera de acceso a la formación, que ellos perciben.	238
Tabla 150. Análisis de regresión logística multivariable por pasos atrás para estudiar la influencia de los factores sociolaborales en la adecuación de la formación de los enfermeros.....	242
Tabla 151. Análisis de regresión logística multivariable por pasos atrás para estudiar la influencia de la formación previa del enfermero en la adecuación de la formación.....	243
Tabla 152. Análisis de regresión logística multivariable por pasos atrás para estudiar la influencia ocupar un puesto de gestión en la adecuación de la formación del enfermero.....	244

Tabla 153. Análisis de regresión logística multivariable por pasos atrás para estudiar la influencia de las variables del bloque 5 en la adecuación de la formación del enfermero.....	245
Tabla 154. Análisis de regresión logística multivariable por pasos atrás para estudiar la influencia de las variables que mostraron una influencia significativa en la adecuación de la formación del enfermero.	246
Tabla 155. Análisis de regresión logística multivariable por pasos atrás para estudiar la influencia de las variables sociolaborales en la presencia de barreras para la formación.	247
Tabla 156. Análisis de regresión logística multivariable por pasos atrás para estudiar la influencia de la formación previa del enfermero en la presencia de barreras para la formación.	248
Tabla 157. Análisis de regresión logística multivariable por pasos atrás para estudiar la influencia de las variables del bloque 5 en la presencia de barreras para la formación.	249
Tabla 158. Análisis de regresión logística multivariable por pasos atrás para estudiar la influencia de las variables que mostraron una influencia significativa en la presencia de barreras para la formación.	250
Tabla 159. Análisis de regresión logística multivariable por pasos atrás para estudiar la influencia de la formación previa del enfermero respecto a la necesidad de mayor formación.	251
Tabla 160. Análisis de regresión logística multivariable por pasos atrás para estudiar la influencia de las variables del bloque 5 respecto a la necesidad de mayor formación.	252
Tabla 161. Características importantes en los que la educación post-registro debe centrar su atención en el futuro.	272
Tabla A1. Individuos que han demandado una determinada formación como segunda opción:	374

Tabla A2. Individuos que han demandado una determinada formación como 3ª opción:.....	375
Tabla A3. Componentes de la muestra que demandan formación en Intensivos en diferentes opciones.....	376
Tabla A4. Componentes de la muestra que demandan formación en Enfermería Geriátrica en diferentes opciones	377
Tabla A5. Componentes de la muestra que demandan formación en Enfermería – Salud Mental en diferentes opciones:	378
Tabla A6. Componentes de la muestra que demandan formación en Gestión de Calidad en diferentes opciones:	379
Tabla A7. Componentes de la muestra que demandan formación en Salud de la Mujer en diferentes opciones:	380
Tabla A8. Componentes de la muestra que demandan formación en Enfermería Infantil (el término pediátrico no es de enfermería) en diferentes opciones:	381
Tabla A9. Componentes de la muestra que demandan formación en Enfermería Médico Quirúrgica en diferentes opciones:	382
Tabla A10. Componentes de la muestra que demandan formación en Administración-Gestión en diferentes opciones:	383
Tabla A11. Componentes de la muestra que demandan formación en Metodología Enfermera en diferentes opciones:	384
Tabla A12. Componentes de la muestra que demandan formación en Investigación en diferentes opciones:	385
Tabla A13. Componentes de la muestra que demandan formación en Nuevas Tecnologías en diferentes opciones:	386
Tabla A14. Componentes de la muestra que demandan formación en EPS en diferentes opciones:	387
Tabla A15. Componentes de la muestra que demandan formación en Otros tipos de formación en diferentes opciones:.....	388

RESUMEN

El profesional de enfermería tiene que hacer frente a una serie de retos y cambios respecto al desarrollo de su actividad profesional. Los cambios que se producen a nivel social, como el incremento de la esperanza de vida, envejecimiento de la población, movimientos migratorios, políticas económicas, incorporación de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación, acceso ilimitado a la información tanto de los usuarios como de los profesionales. Además, el ámbito de las Ciencias de la Salud está sometido al desarrollo de nuevas tecnologías, aparición de nuevas enfermedades y avances en el conocimiento científico (avances biomédicos y técnicas más avanzadas) y sobre todo a la necesidad de un cuidado holístico, que englobe todas las necesidades del paciente.

Todo esto genera la necesidad por parte de la enfermera de una continua actualización de su formación para poder asegurar una atención de calidad al cliente/paciente. En base a lo anteriormente expuesto, surgen cuestiones como ¿el profesional de enfermería recibe formación post-universitaria (formación continuada)? Si existe esa formación, ¿es adecuada a las necesidades de los profesionales? ¿Qué formación es necesaria para estar más capacitado en su práctica profesional?

Con el objetivo de responder a estas preguntas, la presente tesis doctoral se ha desarrollado con el fin de:

1. Identificar la formación académica de postgrado de los profesionales de enfermería y su adecuación al puesto de trabajo.
2. Conocer el acceso y barreras de los profesionales de enfermería para una formación continuada.
3. Identificar las asociaciones entre la formación continuada del profesional y determinadas variables sociodemográficas y laborales.

4. Conocer la demanda formativa del profesional de enfermería.

Para dar respuesta a estos objetivos se desarrolló una herramienta de recogida de datos disponible a través de la página web <http://enfermeriadocente.es>. Esta herramienta incluye una primera sección de preguntas demográficas y socio-laborales, más 4 bloques de preguntas relacionadas con la formación de las enfermeras. El cuestionario fue auto cumplimentado por un total de 319 enfermeras que participaron voluntariamente en el presente estudio, durante los meses de Enero-Diciembre de 2012.

Tras analizar los datos obtenidos a través de esta herramienta, los resultados indican que la mayor parte de las enfermeras consultadas (53,4%) considera que su formación no es adecuada al puesto de trabajo. Además, casi dos terceras partes (72,3%) encuentran barreras, en especial relacionado con factores organizativos y económicos, que limitan el acceso a continuar con la formación. Dentro de las diferentes necesidades de formación propuestas, la formación en cuidados intensivos y médico/quirúrgica fueron las más demandadas. Por último, consideramos importante destacar que la formación previa va a repercutir significativamente en la percepción sobre sus necesidades de formación. Teniendo en cuenta estos datos, podemos confirmar que la formación continuada que reciben los profesionales de enfermería no es adecuada a la actividad que desempeñan.

Es necesario desarrollar nuevas estrategias de formación continuada más adecuadas a las necesidades de los profesionales de enfermería, que tengan en cuenta las limitaciones a las que se enfrentan y poder conseguir de esta forma prestar una atención sanitaria más apropiada y especializada que permita satisfacer las necesidades de los clientes/pacientes, y asegurar la calidad del servicio prestado.

ABSTRACT

Nowadays, nurses has to deal with some challenges or changes from its usual practice, due to the transformation that society has undergone (increased life expectancy, demographic changes, new economic policies and access unlimited to information), changes in the complexity of the techniques to perform (biomedical advances and sophisticated techniques) and especially the need for holistic care that encompasses all the needs of the patient.

This situation leads nurses to be constantly updated, in order to ensure customer/patient quality treatment. Therefore, questions arise as is received an adequate postgraduate training? What training is required to be more competent in their professional practice?

Therefore, in order to answer these questions, this thesis has been developed to:

1. Identify the academic training of nurses and their suitability for the job.
2. Knowing the barriers to access and nurses for continuing education.
3. Identify partnerships between professional training and selected sociodemographic and work-related factors.
4. Knowing your training requirements.

To meet these objectives, a data collection tool available through the website <http://enfermeriadocente.es> was developed. This tool includes a first section of social and working questions, plus 4 blocks of questions related to the nurses' training. The survey was performed on a total of 314 nurses who voluntarily participated in this study, from January to December of 2012.

After analyzing the data obtained through this tool, our data indicated that the greater part of nurses surveyed (53.4 %) believe that their training is inadequate. Almost two thirds (72.3 %) showed barriers, especially related to organizational and economic factors that limit their access to continuing training. Among the different proposals training needs, training in intensive care and medical/surgical were the most requested. Finally, it is important to note that the prior training of nurses will have significant impact on the perception that they have about their training needs. Given these data, we can confirm that the training given to nurses at this moment is inadequate. In addition, we have been able to demonstrate the existence of barriers to continuous training, and that training needs are focused primarily in intensive care and medical/surgical training.

In summary, it is important to develop new learning strategies best suited to the present needs of nurses and takes into account the constraints which they must face, in order to get a more adequate and specialized formation to meet the needs of clients/patients, which evidently have a direct impact on the society around us.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN
DEL ESTUDIO

*“Lo que sabemos es una gota de agua;
Lo que ignoramos es el océano.
Los hombres construimos demasiados muros
y no suficientes puentes.”*

Isaac Newton

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El mercado laboral del Sistema Sanitario presenta una peculiaridad respecto a otros mercados laborales, como es el hecho de que la calidad asistencial influye directamente en el bienestar e incluso en la vida del cliente/paciente, lo que determina a su vez que la formación de los profesionales sanitarios deba ser actualizada y adaptada a los conocimientos científicos actuales para ser competentes en todo su ejercicio profesional.

En la actualidad, la sociedad en la que vivimos, tan avanzada y con un acceso a la información casi ilimitado, demanda un incremento de la calidad asistencial recibida, la cual se debe administrar mediante unas actuaciones técnicas y éticas de los profesionales de la salud, y depende de todo aquello que afecta a la calidad de los servicios prestados, tanto de los recursos materiales como humanos.

La relación entre educación superior, sociedad y mercado laboral ha contribuido en la planificación y gestión de los Planes de Estudios con el objetivo de identificar las formas, modalidades y contenidos que debería asumir la educación superior, para contribuir de la manera más adecuada al desarrollo social, económico y cultural, atendiendo a las necesidades de los clientes/pacientes en todas sus esferas, es decir, no atender al sujeto solo desde un punto de vista clínico, sino desde un punto de vista global, bio-psico-social (Oliva, 2004).

Algunas de las dimensiones más significativas de las relaciones entre educación superior y sociedad, son aquellas asociadas al grado de adecuación entre el producto del sistema educativo y la realidad del mercado laboral. En concreto, esta adecuación se mide en las relaciones existentes entre el perfil profesional (cognoscitivo y de habilidades) del egresado y la naturaleza de las tareas que desempeña en su puesto de trabajo, profesión u oficio (Gómez Campos, 1983).

La determinación del entorno social sobre el origen de las profesiones señala la gran importancia teórica y metodológica del análisis de las mismas, como medio de comprensión de las relaciones entre la sociedad y la educación superior.

Dentro de la organización sanitaria, el profesional de enfermería, supone uno de los principales activos. Tanto su formación como su futura actividad profesional están muy reguladas por el sector público, que fija las restricciones de entrada al sistema educativo, provee la formación y proporciona empleo a los profesionales (González López, 2000).

En el sector sanitario, la empresa no aplica un modelo estandarizado en el proceso de gestión de recursos humanos. Dicha gestión se ve condicionada por el tipo de sistema organizativo utilizado, tecnología aplicada, políticas de actuación, filosofía de trabajo, recursos existentes, finalidad y funciones del personal (Raventos, 2004), y políticas de recursos humanos que planifican su gestión, de acuerdo al nivel asistencial en función de la atención sanitaria que se presta a la comunidad y de los servicios sociosanitarios que oferta.

El continuo crecimiento de la población, añadido a la sobrecarga de la demanda de los servicios sanitarios, hace cada vez más necesario en las organizaciones de servicio, la propuesta de un modelo teórico que nos permita identificar y diagnosticar el capital humano que tenemos en una organización, y adecuar el puesto de trabajo a las capacidades o habilidades técnicas y personales de la enfermera, dependiendo de los resultados esperados en su trabajo y de la formación para el desempeño de la actividad profesional.

La crisis de índole económica, política, social, cultural, entre otros, así como elementos externos que afectan a los procesos organizativos y gerenciales, unido a los procesos de cambio y nuevas tecnologías que surgen en el mercado y que determinan el desarrollo de las habilidades, destrezas y conocimientos, ha generado en las

organizaciones la necesidad de implementar cambios en su estrategia laboral a la hora de enfrentarse a los retos que se le presentan. En este sentido se hace necesario, que las empresas desarrollen nuevas técnicas de producción, mercado, distribución, servicio y atención al cliente, lo cual necesariamente requiere de la calidad del talento humano para enfrentarse con una buena y rápida capacidad de respuesta a los retos organizacionales (Rivera Román, 2002). Extrapolado al ámbito sanitario, el objetivo sería incrementar la eficacia o desempeño de las enfermeras.

Chiavenato, define el desempeño laboral como “el comportamiento del trabajador en la búsqueda de los objetivos fijados, y constituye la estrategia individual para lograr los objetivos” (Chiavenato, 1998). Nuestro actual sistema de Formación en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), se canaliza a través de tres subsistemas: Enseñanza de Grado, Enseñanza de Máster y Enseñanza de Doctorado. Al sistema reglado, le compete el proporcionar una formación de base sólida, amplia y equilibrada, que proporcione no sólo los conocimientos específicos, sino también las habilidades necesarias para desarrollarlo (González Veiga, 2010). La formación adquirida, permitirá al profesional dar respuesta a las nuevas demandas o reorientar su carrera profesional, y adquirir las competencias que demanda el mercado laboral una vez incorporados a este.

De igual modo, la participación (colaboración) entre centros educativos y empresas, posee importantes ventajas para el sector educativo. Entre los beneficios a nivel estratégico o a largo plazo (Consejo Superior de Cámaras de Comercio, 2000), cabe destacar el desarrollo de oportunidades, influencia y aprendizaje desde la empresa al sector educativo y viceversa, la contribución a que los estudiantes estén mejor informados sobre las perspectivas de los estudios profesionales, mejora de la imagen de los centros educativos, acceso a nuevos recursos, así como favorecer el desarrollo de las habilidades de gestión que contribuye a mejorar la motivación de los profesores y a

fomentar nuevas inquietudes para adaptarse al mercado laboral presente.

En la actualidad, la formación universitaria de enfermería u obtención del Grado en Enfermería, siguiendo las directrices indicadas en el “Libro Blanco del Título de Grado de Enfermería” de la Agencia Nacional de la Calidad (ANECA), tiene como objetivo formar “Enfermeros responsables de Cuidados Generales” (ANECA, 2004). En este documento también se establecen los perfiles profesionales y los objetivos del Graduado en Enfermería. En resumen, el objetivo del Grado en Enfermería es formar enfermeras generalistas con una formación científica y humana para valorar, identificar, actuar y evaluar las necesidades de salud y de cuidados de las personas sanas o enfermas, de las familias y la comunidad. Además, también se establece que esta labor no se realiza de forma independiente, sino que la enfermera debe formar parte de un equipo integrado por otros profesionales, en los que el graduado en enfermería debe compartir actividades orientadas a atender las necesidades del cliente/paciente.

De forma resumida, podemos afirmar que el perfil que debe tener la enfermera responsable de cuidados generales al finalizar sus estudios siguiendo las directrices de la Comisión Internacional de Enfermería (Consejo internacional de Enfermeras, 2007; Maciá, 2013) son:

- 1.- Trabajar en el ámbito general del ejercicio de enfermería.
- 2.- Realizar educación sanitaria.
- 3.- Participar como miembro integrante del equipo de salud.
- 4.- Supervisar y formar a los propios profesionales y al personal auxiliar y sanitario.
- 5.- Iniciar, desarrollar y participar en programas y proyectos de investigación.

En cualquier caso, debido a la evolución constante a la que está sometida la sociedad, y sobre todo a los avances de los conocimientos científicos, tecnologías de la información y comunicación (TICS) y desarrollo del sistema sanitario, el concepto de Enfermero especialista en Cuidados Generales es una idea reducida, y surge la necesidad de una especialización más avanzada. Por ello, a partir del Real Decreto 992/1987 del 3 de Julio, se regula la obtención del título de Enfermero Especialista (Ministerio de Educación y Ciencia, 2005).

El Real Decreto 450/2005 sobre Especialidades de Enfermería, establece las siguientes Especialidades de Enfermería:

- Enfermería Obstétrico – Ginecológica (Matrona).
- Enfermería de Salud Mental.
- Enfermería Geriátrica.
- Enfermería del Trabajo.
- Enfermería de Cuidados Médico – Quirúrgicos.
- Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Enfermería Pediátrica.

A raíz de este Real Decreto desaparecen algunas especialidades como especialista en Neurología, en Análisis Clínicos, o Radiología y Electrología, entre otras (Ministerio de Educación y Ciencia, 2005). A partir de aquí, se introduce en 2005 la nueva normativa sobre estudios de Grado (Plan Bolonia y Ley de Convergencia Europea), lo que implementa en nuestra disciplina un Postgrado y 3^{er} ciclo, o Doctorado, con el inicio de una nueva etapa que rompe el techo académico que tenía el anterior Diplomado al iniciarse los estudios de Grado. Este trabajo se centra en identificar la formación académica de postgrado de los profesionales de enfermería, adecuación de su formación al puesto de trabajo e identificar y/o predecir, según las características del profesional, un puesto de trabajo adaptado a su formación. Es decir, una formación de calidad, adaptada a las necesidades del mercado, de la sociedad y del cliente/paciente.

Al hablar de la formación académica de los profesionales, hay que diferenciar formación académica de pregrado, que da lugar a la obtención del título oficial de Grado en Enfermería para el ejercicio de la profesión en el entorno sanitario y formación académica de postgrado, que incluye formación universitaria para distintos niveles académicos, (Máster, Doctorado) y formación continuada que incluye cursos de formación y actualización, así como eventos científicos.

Aunque la formación de pregrado es de calidad y genera las competencias necesarias para el adecuado desarrollo de la profesión enfermera hay que considerar que el Sector Sanitario es un entorno que sufre cambios y avances rápidos en el conocimiento a través de la investigación, la incorporación de nuevas tecnologías, etc.

Por este motivo, es fundamental que las profesiones sanitarias, incluyendo el personal de enfermería, actualicen y complementen su formación académica a lo largo de su vida profesional con el objetivo de poder ofertar a los clientes unos cuidados de calidad y una práctica basada en la evidencia científica.

MARCO TEÓRICO

*“El afán de conocimiento, como la sed de riquezas,
aumenta siempre con su adquisición.”*

Laurence Sterne

2. MARCO TEÓRICO. ADECUACIÓN DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA DE POSTGRADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA AL PUESTO DE TRABAJO.

2.1.- Revisión cronológica de la enseñanza de enfermería en España y estado actual: análisis previo.

Los inicios de los estudios de Enfermería en España en 1877, con la Real Orden del 6 de Octubre separa la carrera de practicante del ejercicio de dentista. Posteriormente, en 1888 se establece la primera reglamentación para los estudios de practicantes y matronas (Bernabeu, 1999). Según este reglamento, un practicante debía realizar un año de formación teórica en anatomía, técnica de los vendajes y cirugía menor. A su vez, las matronas debían cumplir igualmente un año de formación teórica en obstetricia, desarrollo del parto, asistencia al parto, cuidados al recién nacido y primeros auxilios para la madre y el bebé. En ambos casos, después de los estudios teóricos debían realizar dos años de prácticas hospitalarias para poder ejercer la profesión (Aniorte, 2010). El personal sanitario en este contexto histórico, incluía médicos, matronas, practicantes y enfermeras, que eran empleadas religiosas que cuidaban a los enfermos, pero todavía no se habla de profesión, sino de ocupación.

A comienzos del siglo XX empiezan a surgir diversas ramas de Enfermería, como los asistentes sociales psiquiátricos, la Enfermería en la lucha antituberculosa, o la Enfermería en la lucha antivenérea, pero no es hasta 1915 cuando se instituye el “Título de Enfermería” como cuidadora. En este momento, coexisten practicantes, matronas y enfermeras, debido sobre todo a la necesidad de una diferenciación de género en el trabajo (Siles, 1996).

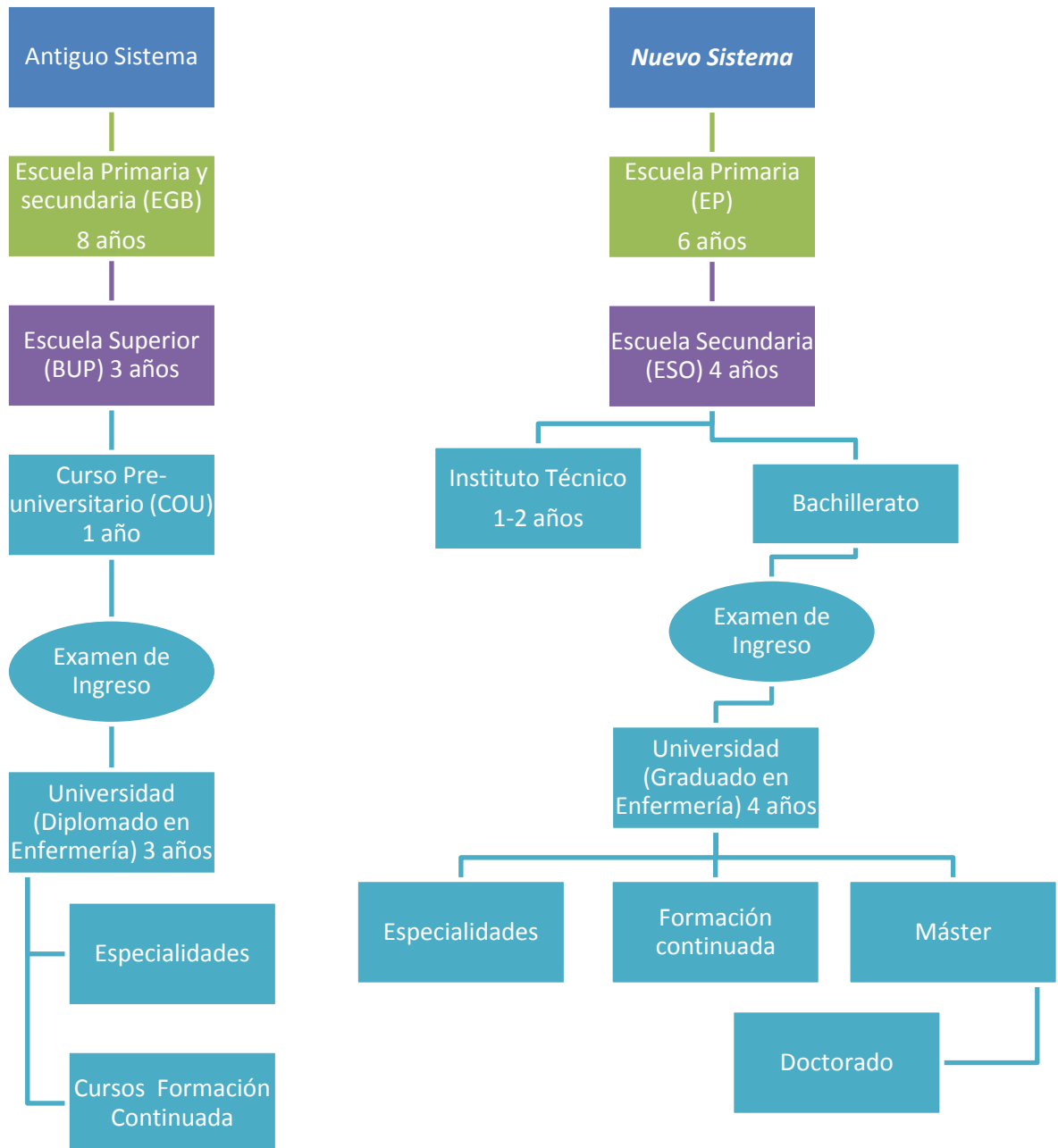
La primera escuela de Enfermería española, la Escuela Santa Isabel de Hungría es creada en 1898, con una clara orientación religiosa. Posteriormente, en 1919, se crea en Barcelona la Escuela de

Santa Madrona, centrada en la biología y en las técnicas enfermeras. En 1933, el Gobierno de Cataluña creó su propia Escuela de Enfermería, fuera del dominio de las ideas religiosas (Zabalegui, 2009).

El paso siguiente viene dado por el Real Decreto del 27 de Junio de 1952, donde se refunden los planes de estudio de practicantes, enfermeras y matronas, en una nueva profesión denominada Ayudante Técnico Sanitario o ATS. Estos ATS eran educados fuera del ambiente universitario, generalmente en Escuelas Hospitalarias de Enfermería. El objetivo de las enfermeras ATS, era sobre todo el cuidado hospitalario, más que el cuidado de la comunidad. Su principal énfasis era un cuidado técnico y no orientado científicamente. Los ATS no tenían una plena autonomía, ya que ellos desempeñan funciones delegadas de otros colectivos sanitarios.

Con la llegada de la democracia y el desarrollo de los estudios universitarios, se establece en la Orden Ministerial del 1 de Junio de 1977 el proceso de unificación de todas las especialidades de cuidados, adoptándose definitivamente el nombre de “Enfermería” para todos los profesionales. A partir de este momento, la carrera de enfermería pasa a constituirse una diplomatura universitaria (DUE). Este plan de estudios fue reformado de nuevo en 1992-93, hasta llegar al actual modelo de estudios de Grado en Enfermería (Hernández Conesa, 1995), donde los objetivos del Título de Grado en Enfermería, se establecen en base a las recomendaciones recogidas en el Libro Blanco del Grado de Enfermería, publicado por la ANECA, siguiendo las directrices y los principios generales recogidos en el Real Decreto 1393/2007 y la Orden CIN/2134/2008 de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión enfermera (Hernández Conesa, 1995) (Adelaida Zabalegui, 2009)(Figura 1).

Figura 1. Nuevo sistema Educativo en Enfermería frente al viejo sistema.



Fuente: Modificado de Adelaida Zabalegui, 2009.

Dentro del marco académico de Enfermería, con vistas a la proyección Europea de la Enfermería Española, se elaboró, desde la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), el llamado Libro Blanco (Diplomatura de Enfermería), en la actualidad Libro Grado en Enfermería, basado en los “white papers” del sistema de educación anglosajón (AACN, 2007). Este documento nace de un proyecto llevado a cabo por una red de universidades españolas, cuyo objetivo explícito es presentar estudios y supuestos prácticos, útiles en

el diseño de un Título de Grado adaptado al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Este libro, coordinado por la Universidad de Zaragoza y la Universidad de Barcelona, se realizó gracias a la participación de, prácticamente, todas las universidades españolas que impartían el título de Enfermería en el momento de su redacción (94%), y establece la formación de Enfermería generalista en una duración de 240 créditos repartidos a lo largo de 4 años.

Los objetivos generales que presenta esta guía para los estudios de Enfermería son, básicamente, justificar los cambios producidos en el sistema de Educación Nacional para la eliminación del título de diplomado, analizar los estudios de enfermería de otros países de la comunidad Europea adaptados al proceso de Bolonia, y sobre todo, definir el perfil profesional de la enfermera en España a través de la determinación de las competencias transversales y específicas de la profesión enfermera (ANECA, 2004). A raíz de la Resolución de 14 de febrero de 2008, BOE 27 de febrero de 2008, por el que se establecen las condiciones a las que deberán adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de enfermería, se establece asimismo que los planes de estudios para la obtención del título universitario de Grado en Enfermería, el cual habilita para el ejercicio de la profesión de Enfermería, garantizará la adquisición de las competencias necesarias para ejercer la profesión.

La justificación de este proyecto tiene su origen en la realidad que atraviesa actualmente la Enfermería Española, una realidad versátil que camina paralela a los cambios sociales, profesionales y legislativos ocurridos en los últimos años en España y el resto de Europa, y que han incidido en las competencias y perfiles profesionales (González T, 2006).

La redacción final del Libro Blanco de Enfermería se realizó en tres fases. En un primer análisis, se evaluó los estudios de Enfermería de todas las universidades de la Unión Europea, para identificar el

número de años, horas y ECTS requeridos. En segundo lugar, se formó la red de universidades españolas para analizar las demandas de los estudios de enfermería para España. Finalmente, se evaluaron las competencias genéricas y específicas necesarias para la obtención del grado de Enfermería de Cuidados Generales. Para llevar a cabo este proyecto, se realizó una encuesta a nivel nacional en 2105 sujetos, divididos en enfermeras con 5-10 años de experiencia clínica, profesores enfermeros, profesores no enfermeros y otros especialistas en enfermería. Tras ello, se obtuvieron 30 competencias genéricas (análisis y síntesis de datos, trabajo en equipo, pensamiento crítico...) y 40 competencias específicas de enfermería.

En los últimos años, los cambios que afectan a las profesiones sanitarias y por tanto a la enfermería, se han caracterizado por una rápida transformación hacia nuevas formas sociales. Según Fullbrook (2008a.) los cambios a los que se ha debido adaptar la titulación de Enfermería se centran en los cambios sociales respecto a la edad media de la población, que se caracteriza por un gran aumento de la esperanza de vida, a la cual el profesional enfermero debe aplicar los cuidados, y por otra parte, la explosión tecnológica que se ha producido en las ciencias de la salud, con nuevas tecnologías y tratamientos que incrementan las necesidades de formación, tanto para el uso, como para poder valorar la eficacia y el rendimiento (coste/beneficio) que estas nuevas tecnologías pueden aportar al paciente (Fullbrook, 2008), además de otros factores como la diversidad cultural debida a la inmigración, el aumento de los conocimientos de los propios pacientes, gracias a su educación sanitaria y el proceso de globalización de la información, nuevas políticas de gasto y ahorro de recursos económicos, y práctica enfermera basada en la evidencia (Zabalegui, 2009).

En términos generales podemos decir, que con el Grado en Enfermería se determina formar a profesionales enfermeros/as generalistas con preparación científica, humana y capacitación suficiente para valorar, identificar, actuar y evaluar las necesidades de

salud y de cuidados de las personas sanas o enfermas de las familias y la comunidad (Orts, 1998). Teniendo en cuenta ésta perspectiva, se acomete el estudio sobre la formación de postgrado de los Graduados en Enfermería, desde una multimetodología de carácter emergente, ideográfica y reconstructiva, dadas las condiciones actuales del proceso de formación enfermera y la adecuación de éste a las necesidades de su ejercicio profesional.

El mayor cambio en el sistema educativo español en Enfermería ha surgido a partir de la Declaración de Bolonia, firmada por los diferentes Ministerios de Educación de los países componentes de la Unión Europea, el 19 de Junio de 1999 (European Higher Education-AREA, 1999). Este acuerdo define los objetivos a alcanzar por las Universidades de toda la Unión Europea para octubre del 2010, como son la adaptación a un sistema comparable y único de Grados, adopción de un sistema que contempla Grado y Postgrado (Máster y Doctorado), y el establecimiento de un sistema común de transferencia de créditos europeos o ECTS, con el fin de promover la movilidad universitaria (Tabla 1).

Tabla 1. Cambios producidos en el Sistema de Educación Superior Español respecto a la implementación del Grado de Enfermería.

Implementación del Grado de Enfermería en un programa de 4 años (240 ECTS)
Implementación de un Máster de 1-2 años académicos de duración (60 ECTS / 120 ECTS)
Implementación de Programas de Doctorado en Enfermería
Desarrollo de programas de colaboración inter-universitario dentro de España y otros países de la Unión Europea

Fuente: adaptado de Adelaida Zabalegui, 2009

La formación del profesional de enfermería, viene dada por la formación académica pregrado anteriormente descrita y la formación de postgrado. En la formación de postgrado de enfermería, podemos encontrar dos vertientes: la Formación Académica de Posgrado y la Formación Continuada. Son modalidades de esta formación académica de postgrado: Máster y Doctorado, y tienen como objetivo académico máximo la obtención del Título de Doctor, mientras que como modalidades de la formación continuada encontramos la posibilidad de formación mediante cursos, talleres, jornadas, congresos, seminarios, simulacros, y otros (Llanes, 2008) cuyo fin está más encaminado a la actualización de conocimientos y mejora de aptitud o rendimiento de los profesionales de enfermería.

El estado límite del paciente, así como los diferentes contextos asistenciales en los que se interviene, requieren de una formación avanzada que garantice la adquisición de las competencias necesarias, que incluyen conocimientos, habilidades y destrezas; en definitiva, garantizar la aptitud de los profesionales (Medina, 2009).

La importancia de los aspectos relacionados con la formación académica en los planes de estudios de la disciplina Enfermera, ha ido evolucionando en la medida en que la sociedad y sus necesidades en materia de salud cambian. Este crecimiento curricular en la formación enfermera, genera controversias en el profesional sanitario, al no

contemplarse la adecuación de formación académica al puesto de trabajo, o al ofrecer oportunidades de formación no relacionadas con el puesto de trabajo.

Llegados a este punto, nos cuestionamos si es la empresa sanitaria la que ha de cubrir ese vacío de conocimiento en la formación académica. Y es que, aún desde la formación universitaria, estas aproximaciones socio-culturales, quedan distantes de la realidad de la situación laboral.

En la organización sanitaria, estos procesos de cambio se producen a marchas aceleradas, apareciendo situaciones de angustia profesional ante hechos como la sobrecarga laboral, las demandas de nuevas actividades no consideradas en su formación académica, o los roles que deben desempeñar simultáneamente, ante la carencia o escasa dotación de recursos humanos (Noval, 2002). Ello provoca situaciones de desmotivación e inseguridad entre nuestro colectivo que dificultan, como profesión social que enfermería es, la consecución de metas (López Montesinos, 1998).

Desde los diferentes campos profesionales en los que enfermería desarrolla sus actividades asistencial, docente, investigadora o administrativa, encontramos una evidencia bibliográfica de esta situación, pero es en la enfermería asistencial, y en un alto grado en la hospitalaria, donde se presenta con más frecuencia (Lucas García, 2011). Por este motivo, hemos centrado el estudio en el puesto de trabajo ocupado, dirigido hacia una búsqueda de las causas y factores relacionados con la falta de adecuación de la formación, donde encontramos que en enfermería se está generando un vacío curricular en el puesto de trabajo desde la propia organización. Estudio que abordamos desde el contexto de la Formación Académica obligatoria y complementaria en la formación del profesional de enfermería, cuyos contenidos del desempeño profesional, a diario generan factores que condicionan la adecuada prestación de cuidados y repercute en el cliente, empresa y propio profesional.

Son numerosos los estudios y análisis realizados por otros investigadores sobre los factores que relacionan la formación académica con su adecuación al puesto de trabajo (McManus, 2005; Manzo Rodríguez, 2006). Raymond (1994), afirma que resulta conveniente realizar una serie de reflexiones relacionadas con la descripción del puesto de trabajo en lo que a gestión de recursos humanos (RRHH) se refiere (Raymond, 1994).

2.2.- Descripción del puesto de trabajo, gestión de recursos humanos (RRHH)

El Proceso de Bolonia, se sustenta en un entorno enmarcado y delimitado por la oferta de puestos de trabajo a los alumnos recién titulados y la mejora de la calidad académica, ambas mencionadas por representantes ministeriales, conferencias de rectores e instituciones de educación superior (Riveira, 2005).

La afirmación anterior, se extrae del texto de un documento redactado por la European University Association (2003) y publicado por la Dirección General de Educación y Cultura de la Comisión Europea, en el que se realiza, por tercera vez, una valoración del desarrollo del proceso de Convergencia Europea, para crear un espacio educativo común. En opinión de los autores de este documento, existe un destacable consenso a nivel institucional y sobre el valor de la contratación laboral de los graduados universitarios: 91% de dirigentes de las instituciones europeas de educación superior consideran que, la empleabilidad de sus graduados es un tema importante, o incluso muy importante, cuando diseñan o reestructuran el currículo académico.

Un estudio llevado a cabo por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA, 2009), sobre los Universitarios Españoles y el Mercado Laboral, presenta que, el 95% de los encuestados perciben que la Universidad debe jugar un papel relevante en facilitar que los alumnos que acuden a ella puedan encontrar un puesto de trabajo. Un 92,3%, considera que tiene gran relevancia

desarrollar la cultura de la sociedad, o el avance de los conocimientos o de la investigación, un 92,2%. Otro estudio (ANECA, 2004b), realizado con alumnos universitarios de los cursos superiores, preguntaba sobre la motivación para ir a la universidad. La respuesta mayoritaria (71,4%) fue la de mejorar la perspectiva laboral, que le seguía en las preferencias para la elección.

El acceso al mercado laboral de los alumnos recién titulados, es una cuestión en el que trabajan las universidades que, desde hace algún tiempo, han incorporado a sus campañas de promoción institucional y de captación de alumnos, referencias a las facilidades que sus titulados encuentran para la realización de prácticas en empresas y para la incorporación al mercado laboral. Otra cuestión de gran importancia es la calidad del empleo al que acceden los recién egresados, que puede medirse a través de la adecuación entre las exigencias de los puestos de trabajo y la formación que reciben los estudiantes. Los datos obtenidos por la ANECA (2004) en una encuesta realizada con 5565 egresados de 30 universidades españolas, permiten concluir que esta adecuación es media cuando se trata de empleos antes de finalizar el trabajo (50%) o en el primer empleo (59%), pero que mejora sustancialmente en el empleo que estaban desempeñando los encuestados en el momento de responder a la encuesta (71%), reflejando que la movilidad laboral de los universitarios en sus primeros pasos profesionales, les permite mejorar sustancialmente esta adecuación. (ANECA, 2004).

En cualquier organización empresarial, es importante realizar una definición del puesto de trabajo para poder desarrollar una política de gestión de RRHH que favorezca el desarrollo profesional, genere una dinámica laboral oportuna y mejore la eficiencia y la productividad de la organización. En el ámbito de las organizaciones sanitarias donde la complejidad de las actividades a desarrollar requiere de profesionales con alta cualificación resulta imprescindible realizar una descripción

del puesto de trabajo en función de las actividades, los objetivos y los resultados a desarrollar.

En nuestro país, es competencia del Ministerio de Sanidad Política Sociales e Igualdad establecer las competencias que deben de tener los profesionales sanitarios para ejercer dentro del Sistema Nacional de Salud.

2.3.-Principios del ejercicio profesional de enfermería.

2.3.1.- Código deontológico de enfermería.

Según la Real Academia de Lengua Española, la deontología se define como “la ciencia o tratado de los deberes”. A partir de aquí, un código deontológico se entiende como un conjunto de principios y reglas que han de mejorar y guiar la conducta profesional, en nuestro caso del enfermero (Real Academia de Lengua Española, 2011).

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un Código internacional de ética en 1953. Después se ha revisado y corregido en diversas ocasiones, la más reciente en el año 2000 (Fowler, 2008). Este código, para la profesión enfermera, tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética, como son la enfermera y las personas, la enfermera y la práctica, la enfermera y la profesión y, finalmente, la enfermera y sus compañeros de trabajo. Además, se establecen bases fundamentales para la labor enfermera, como son promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal (Fowler, 2008).

Aunque la Organización Colegial de Enfermería de España ha usado el Código Deontológico Internacional del año 1973, como la propia organización recomienda, debido a las características de cada

país y del propio ejercicio profesional, es preciso adoptar unos principios éticos inherentes a cada país (Fernández, 1994).

El código deontológico español (Anexo 1) deriva de las Resoluciones 2/1988 y 32/1989 donde se implantan las bases para el desarrollo ético, basado en normas y deberes de las actividades de la profesión de Enfermería (González Jurado, 1988). En este documento se expone claramente el marco conceptual sobre el que se mueve la labor enfermera que, básicamente, está constituido con el hombre, la sociedad y la salud. A partir de este documento, se entiende al hombre como “unidad indisoluble compuesto de cuerpo y mente”. Por tanto, una de las labores del profesional de Enfermería será atender al paciente/cliente como un ser global, o como “un ser bio-psico-social dinámico”. La salud se describe como “un proceso de crecimiento y desarrollo humano”. Y finalmente, se describen las características de la sociedad española, es decir, a la hora de realizar sus funciones, un profesional debe entender que España es un Estado social y democrático de Derecho, con valores como la libertad, justicia, igualdad y pluralismo político” (González Jurado, 1988).

Otro aspecto fundamental de este Código Deontológico, es que delinea el papel de los Enfermeros/as en la sociedad actual, que según este documento son (González Jurado, 1988):

- 1º- Prevención de las enfermedades
- 2º- Mantenimiento de la Salud
- 3º- Atención, rehabilitación e integración social del enfermo
- 4º- Educación para la salud
- 5º- Formación, administración e investigación en Enfermería

De especial interés para el presente trabajo es este último punto, respecto a la formación e investigación en Enfermería. El propio código deontológico citado, dedica exclusivamente a la educación y la

investigación en enfermería su Capítulo XI. Si bien es cierto que la necesidad de mantenerse actualizado es un requisito prácticamente obligatorio en todas las profesiones, este hecho es especialmente importante en las ciencias de la salud. Es fundamental recordar la necesidad de estar actualizado por parte del profesional enfermero, mediante la formación continuada y mediante el desarrollo de un conjunto de conocimientos, actitudes y habilidades profesionales (Fernández, 1994). Además, otro aspecto de especial relevancia es la necesidad de participar y desarrollar investigaciones, tanto para mejorar los cuidados realizados como para desechar prácticas incorrectas o anticuadas y, sobre todo para ampliar y perfeccionar el campo de conocimientos.

En cualquier caso, tal y como comenta la autora Calero Martín de Villodres (2004), aunque el Código Deontológico nos indica un marco ético para realizar nuestra labor, es importante destacar que la Enfermería va más allá de la técnica enfermera, y en ciertas ocasiones las actividades a realizar han de trascender al limitado marco que indica el Código Deontológico, ya que ser enfermera es “gozar de un talante ante la vida, con un origen de creación que va más allá de los límites del ser humano” (Villodres, 2004).

2.3.2.- Colegios de enfermería: cuestiones éticas y morales.

El origen de los Colegios profesionales en el ámbito de la salud en nuestro país emerge a partir del año 1855 mediante la Ley General de Sanidad (28 Noviembre 1855), por el que se instituye en cada provincia un “jurado médico-farmacéutico”, sobre todo destinado a fines legislativos y administrativos (Molero, 2000). Posteriormente, dicha colegiación se convierte en obligatoria para médicos y farmacéuticos, que a partir de ese momento son regulados por la Instrucción General de Sanidad (1904). La colegiación de Enfermería no surge hasta mucho más tarde, pero sus primeros orígenes se deben a la Colegiación Oficial y Obligatoria para practicantes. Es a partir de 1944, a través de la Ley

de Bases de Sanidad Nacional por la cual se establece por primera vez una colegiación para enfermería junto con los practicantes, enfermeras y matronas (COEMUR, 2013).

Tras la unificación de los estudios de Enfermería de 1952, por donde se establece la figura del Ayudante Técnico sanitario (ATS), los profesionales de enfermería se colegian en secciones colegiales en función del sexo, en ATS masculinos y practicantes, ATS femeninos y enfermeras y Matronas. Tras la Orden Ministerial de 1 de Junio de 1977, y el proceso de unificación antes comentado en el que se adopta el nombre de “Enfermería” para todos los profesionales del cuidado, los Colegios de Enfermería unifican igualmente sus secciones colegiales. Tal y como se describe en la página web del Colegio Oficial de Enfermería de la Región de Murcia, (COEMUR, 2013b), el Colegio de Enfermería se enmarca en el artículo 36 de la constitución de la Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, sobre la ordenación de las profesiones sanitarias.

Cuando hablamos de la importancia de un Colegio Profesional de Enfermería, debemos conocer cuál es la finalidad de dicho Colegio. La finalidad de estas organizaciones consiste en la ordenación del ejercicio de la Profesión de Enfermería en el ámbito de su competencia y en todas sus formas y especialidades. Además, dentro de la finalidad del Colegio de Enfermería se incluye la representación exclusiva de esta profesión desde el avance del ejercicio de la enfermería hacia la calidad y la excelencia profesional, basados en criterios de ética, evidencia científica, autonomía y responsabilidad profesional así como, la defensa de los intereses profesionales de los colegiados (Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España 2013).

Uno de los principales objetivos de pertenecer a un Colegio Profesional de Enfermería consiste en la habilitación profesional. Según la normativa actual, “estarán habilitados para ejercer los actos propios de la profesión de enfermería, en cualquiera de las modalidades o formas jurídicas públicas o privadas de relación de servicios

profesionales, únicamente quienes se hallen inscritos en el Colegio Oficial de Enfermería del ámbito territorial correspondiente” (COEMUR, 2013).

En cuanto a la normativa de la colegiación del profesional de enfermería, queda recogida en el artículo 2 de la Ley 44/2003 de 21 de Noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, donde se acreditan como profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria reconoce como profesiones del ámbito de la salud, y que gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos. Así, se establece, en concordancia con el artículo 36 de la Constitución Española y a los efectos de esta ley, que “son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de la salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos.” (Ley 44/2003).

Así mismo, en virtud del artículo 7 del Real Decreto 1231/2001, de 8 noviembre , por el que se aprobaron los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería, del Consejo General y de Ordenación de la actividad Profesional de Enfermería: “ Es requisito indispensable para el ejercicio de la profesión de enfermería , en cualquiera de sus ámbitos o modalidades, hallarse incorporado al Colegio Oficial de enfermería del ámbito territorial que corresponda con el domicilio profesional, único o principal. Bastará la incorporación a este Colegio Profesional para ejercer la profesión en todo el territorio del Estado”.

En cuanto a la Región de Murcia, la normativa que regula la colegiación viene descrita en la Ley 3/2013, de 3 de mayo, que modifica la Ley 6/1999 de legislación regional de Colegios Profesionales de la Región de Murcia, de 4 noviembre, donde se indica: (Ley 3/2013).

“1. De conformidad con lo establecido en el apartado 1 del artículo 3 de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, quien ostente la titulación requerida y reúna las condiciones señaladas estatutariamente tendrá derecho a ser admitido en el colegio profesional que corresponda.

“2. Será requisito indispensable para el ejercicio de las profesiones la incorporación al colegio profesional correspondiente cuando así lo establezca una ley estatal, según lo dispuesto en el apartado 2 del artículo 3 de la Ley 2/1974, de 4 de noviembre. El ejercicio de las profesiones colegiadas se realizará en régimen de libre competencia y de acuerdo con la legislación aplicable en esta materia”.

En otros entornos laborales, como por ejemplo en el ámbito anglosajón (Inglaterra, EE UU, Australia, etc.) la figura del Colegio Oficial es sustituida por los “Consejos de Enfermería” o “Council”. En Inglaterra, el NMC, Nursing and Midwifery Council, o en EEUU la American Nurses Association (ANA), regulan la labor de las enfermeras y matronas. Dichas organizaciones son organismos reguladores, y se encargan de establecer los estándares para el entorno laboral de estos especialistas, y establecer los códigos de conducta e incluso algunas guías de comportamiento social, para los profesionales adscritos a estos Consejos (Nursing and Midwifery Council, *The Code: Standards of Conduct, Performance and Ethics for Nurses and Midwives*, 2008).

Una de las principales diferencias con el sistema español reside en que pertenecer, o mejor dicho, estar registrado dentro del NMC, es un requisito fundamental para poder ejercer la profesión de Enfermería en el Reino Unido. Esta circunstancia tiene una doble vertiente, ya que por un lado, los enfermeros están protegidos de intromisiones externas, como por ejemplo organizaciones gubernamentales, y por otro lado, se encarga de controlar la buena práctica de los enfermeros. Este dato es fundamental ya que, para poder trabajar como enfermero en el Reino Unido no sólo es suficiente estar registrado dentro del NMC, sino que se deben de cumplir una serie de normas no sólo en el entorno sanitario, sino también dentro de la propia sociedad. Un ejemplo muy llamativo es

que si un enfermero se le realiza un control de alcoholemia y da positivo, o realiza algún delito, puede ser expulsado del NMC. Fullbrook (2008), describe que en el Reino Unido, 5 enfermeros a la semana son retirados del registro del NMC, por lo que no pueden ejercer su profesión, no sólo por motivos de malas prácticas enfermeras sino por malas actitudes u otras cuestiones (Fullbrook, 2008).

Con este registro de enfermeros, se pretende establecer y mejorar unos estándares de educación, conducta, resultados y ética para la profesión de Enfermería, con el fin último de proteger al público al cual se atiende (Nursing and Midwifery Council, Fitness to practice, 2008). De hecho, existe una cierta controversia sobre cuál es el fin último del NMC, si proteger a las enfermeras, o proteger al público en general (Fullbrook, Professional Regulation in nursing. Part 1: an introduction, 2008).

En definitiva, pertenecer a estos órganos reguladores de la labor de Enfermería es fundamental y es una parte esencial del sistema de regulación sanitaria, ya que permite a los pacientes/clientes y cualquier otro miembro de la sociedad en general tener una confianza plena en los profesionales del cuidado de la salud. De nuevo puede surgir una pregunta, estos órganos reguladores, ¿exponen públicamente los problemas derivados de las actividades de los Enfermeros, o es simplemente un sistema para erradicar la mala praxis de los servicios generales de Salud? Para resolver estas cuestiones, que están fuera del objetivo principal de la presente tesis doctoral, se recomienda la lectura de los artículos de Suzanne Fullbrook a este respecto (Fullbrook, 2008b).

2.4- Las Competencias en los estudios de Educación Superior de Enfermería

La implantación de los nuevos grados y másteres universitarios ha sido uno de los acontecimientos más importantes en el sistema universitario, mediante el proceso de Convergencia en el Espacio

Europeo de Educación Superior (EEES, 2008). Siguiendo las indicaciones del título XII de la Ley Orgánica de Universidades, se introducen una serie de cambios tanto en la estructura como en el funcionamiento de las actuales enseñanzas universitarias. El Real Decreto 1044 de 2003 establece a su vez el procedimiento para la expedición por las universidades del Suplemento Europeo al Título, de carácter transitorio hasta que no se implanten las titulaciones universitarias adecuadas a los nuevos criterios europeos y, el RD 1125 de 2003 establece el sistema europeo de créditos (ECTS) y el sistema de calificaciones de las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional (Fowler, 2008).

Los grandes cambios que se han producido en el contexto de la educación superior llegó a raíz de la Declaración de Bolonia (19 de Junio de 1999), momento a partir del cual todas las titulaciones inician su estructura en base a competencias (Declaración conjunta de los Ministros Europeos de Educación, 1999). Según este concepto, un titulado superior no sólo debe ser capaz de aplicar de forma mecánica o hábil una serie de conocimientos, sino que también se debe tener en cuenta la interacción, mediación y gestión entre el conocimiento y la realidad física, social o cultural, así como ser capaz de actuar con efectividad y eficiencia, no sólo en la aplicación, sino en la interpretación del contexto y sus significados, es decir, tiene que ser capaz de alcanzar una serie de competencias (Pagès, 2011).

La evaluación por competencias se puede considerar como la evaluación de capacidades innatas o como la evaluación de habilidades que pueden ser intervenidas desde lo social. Este proceso de evaluación es por tanto un proceso totalmente diferente, y aporta una nueva visión y actitud por parte del docente y una participación más activa por parte del alumno. Este sistema de evaluación, procedimiento que se viene realizando en diferentes países, consiste en valorar, las acciones del ser humano en un contexto sociocultural y disciplinar específico, lo cual

implica no sólo formar al individuo como tal, sino también al ser, es decir, al saber estar y el saber hacer (Fernández Collado, 2003).

Como comentamos en el apartado de introducción, según el Consejo Internacional de Enfermería (Consejo internacional de Enfermeras, 2012) , se considera que el perfil profesional de una enfermera de cuidados generales, debe estar capacitada para trabajar en el ámbito general del ejercicio de enfermería, incluyendo la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, los cuidados integrales a las personas, realizar educación sanitaria, participar en el equipo de salud, supervisar y formar a profesionales y participar en programas de investigación.

Además, los estatutos de la Organización Colegial describen a la enfermera generalista como “... el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos profesionales enfermeros y que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano...” (Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre).

Finalmente, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitaria (LOPS 2003) establece que, “a las enfermeras les corresponde la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades...”.

Basándose en estos documentos, y centrándonos en nuestro entorno, la Universidad de Murcia, tal y como figura en la memoria de verificación del Título de Grado en Enfermería, considera que los titulados en enfermería han de ser generalistas y deben obtener o alcanzar entre otras las competencias descritas en la Tabla 2 (Memoria de Verificación del Título de Grado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia, 2013).

Tabla 2. Competencias transversales que el alumno debe alcanzar al lograr el Grado de Enfermería

Competencias asociadas con los valores profesionales y la función de la enfermera
Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas.
Capacidad para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos.
Conocimiento y competencias cognitivas.
Competencias interpersonales y de comunicación (incluidas las tecnologías para la comunicación).
Competencias relacionadas con el liderazgo, la gestión y el trabajo en equipo.

La descripción de las diferentes competencias para alcanzar el Grado de Enfermería están descritas en el Libro Blanco de la titulación de Grado de Enfermería, competencias que pueden clasificarse en transversales (genéricas) o específicas, que a su vez se pueden agrupar en categorías instrumentales, personales y sistémicas, y hacen referencia a las competencias que cualquier universitario debe alcanzar en sentido genérico (ANECA, 2004).

En el caso de la Universidad de Murcia, las competencias generales que el egresado debe alcanzar se dividen a su vez en competencias básicas (capacidad para reunir e interpretar datos relevantes, capacidad para transmitir información, ideas, problemas y soluciones...), competencias generales/transversales de la Universidad de Murcia (capacidad para expresarse correctamente en español y en un segundo idioma, capacidad para gestionar la información y el conocimiento en el ámbito disciplinar...) y competencias generales del Título (capacidad de prestar atención sanitaria técnica y profesional, capacidad de planificar y prestar cuidados de enfermería, conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de enfermería,...) siendo descritas detalladamente las competencias asociadas al título de Grado de Enfermería (Anexo 2).

Por otro lado, cuando hacemos referencias a las competencias específicas del grado de Enfermería, el plan de estudios de la Universidad de Murcia está subdividido en los siguientes módulos (Memoria de Verificación del Título de Grado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia, 2013):

- Competencias específicas de formación básica común: conocer e identificar la estructura y función del cuerpo humano, conocer el uso y la indicación de productos sanitarios, conocer los distintos grupos de fármacos.
- Competencias del módulo de Ciencias de la Enfermería: identificar, integrar y relacionar el concepto de salud y los cuidados, comprender desde una perspectiva ontológica y epistemológica la evolución de los conceptos centrales que configuran la disciplina de enfermería, aplicar el proceso de enfermería para proporcionar y garantizar el bienestar.
- Competencias del módulo Prácticas Tuteladas y Trabajo de Fin de Grado.

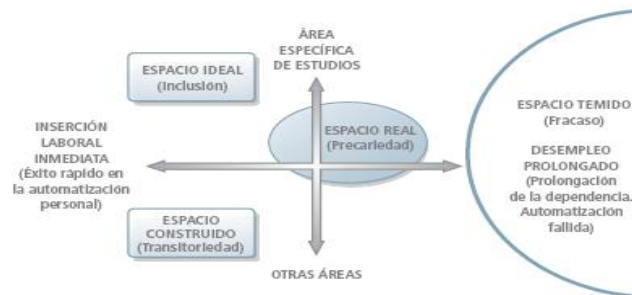
Finalmente, el proceso de evaluación, para analizar si se han alcanzado o no, variará en función de cada asignatura, dentro de la normativa establecida en el proceso de evaluación de competencias.

2.5.-Inserción laboral – Formación académica de postgrado

El primer paso, después de terminar los estudios de Grado en Enfermería, consiste en la búsqueda de empleo o inserción laboral. En esta situación, el recién egresado se enfrenta a una situación de transición o cambio, ya que pasa de ser estudiante, una categoría social caracterizada por la formación para la orientación a la búsqueda de empleo, a ser un trabajador, que se supone será el estatus social definitivo a lo largo de su vida como adulto hasta el momento de su jubilación. Este cambio está caracterizado, por un proceso de transición asociado a una gran carga psicológica, dado que se trata del paso a la adquisición definitiva de la autonomía personal.

Además, en el entorno económico tan particular como nos encontramos actualmente, los recién titulados se sienten en una situación de inferioridad frente a los titulados de otras épocas por la actual crisis económica y frente a titulados de otras disciplinas que pueden acceder más fácilmente al mercado laboral (Figura 2).

Figura 2. Situaciones vividas en el proceso de transición desde la universidad al mundo del trabajo



Fuente: ANECA, 2009.

Según los datos disponibles en el informe de la ANECA sobre inserción laboral, del año 2009, la tasa de desempleo (ANECA, 2009) era del 14%, y el tipo de contrato o relación laboral es de un 37% de trabajos indefinidos, 2% autónomos y 53% temporal.

Es evidente que una de las ocupaciones fundamentales para los recién egresados en Enfermería, es el sector sanitario público. Por lo tanto, es importante conocer cuáles son los requisitos para acceder al cuerpo del sector sanitario público y si la formación recibida se adecúa a las pruebas para acceder a dicho empleo.

Las leyes que regulan los baremos para el acceso al mercado laboral público son descritas en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y la Ley 7/2004, de 28 de diciembre, de Organización y Régimen Jurídico de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, la mayor empresa dedicada a la administración y gestión de servicios,

prestaciones y programas sanitarios, constituida el 01/01/1995, corresponde al Servicio Murciano de Salud (SMS), empresa pública dependiente de la Consejería de Sanidad y Consumo, y se dedica a la actividad CNA-2009 (Código Nacional Actividad Mercantil) de “Hospitales, clínicas y sanatorios de medicina humana (Instituto Nacional de Estadística 2013).

El acceso como profesional del Servicio Murciano de Salud, se puede realizar, o bien, mediante la Oferta de Empleo Público (OPE) con la denominación de Personal Estatutario Fijo o bien, mediante la inscripción en la Bolsa de Trabajo del Servicio Murciano de Salud en su Convocatoria (Ordinaria o de Promoción Interna) y Categoría correspondiente, con la denominación de Personal Estatutario Temporal. Las escalas de funcionariado del Servicio Murciano de Salud se dividen en categorías (tabla 3).

Tabla 3. Escala de funcionariado del Servicio Murciano de Salud.

<p>Grupo A (A1) Facultativos no sanitarios Analistas de sistemas, Cuerpo Superior de Administradores, Documentalistas, Ingenieros Industriales Facultativos Sanitarios Facultativos Especialistas, Farmacéuticos, Físicos, Laboratorio de Genética Clínica, Médicos de Admisión y Documentación Clínica, Médicos Titulares, Médicos de Familia en Atención Primaria, Odontólogos, Estomatólogos, Psicólogos, Químicos.</p>
<p>Grupo B (A2) Diplomados no sanitarios: Analista de Aplicaciones, Gestión Administrativa, Ingeniero Técnico Industrial, Logopeda, Técnicos de Prevención de Riesgos Laborales, Trabajador Social/Asistente Social Diplomados Sanitarios Especialistas Enfermería del Trabajo, Enfermeros especialistas en Salud Mental, Matronas Diplomados Sanitarios no especialistas ATS/DUE, Fisioterapeutas, Nutrición Humana y Dietética, terapeutas ocupacionales.</p>
<p>Grupo C (C1) Técnicos Especialistas No Sanitarios: Administrativos, Técnicos Especialistas en Informática Técnicos Especialistas Sanitarios: Higienistas Dentales, Técnicos Especialistas en Anatomía Patológica, Técnicos Especialistas en Dietética y Nutrición, Técnicos Especialistas en Documentación Sanitaria, Técnicos Especialistas en Laboratorio de Diagnóstico Clínico, Técnicos Especialistas en Radiodiagnóstico, Técnicos Especialistas en Radioterapia</p>
<p>Grupo D (C2) Técnicos Auxiliares no Sanitarios Albañiles, Auxiliares Administrativos, Auxiliares de Mantenimiento, Calefactores, Carpinteros, Cocineros, Conductores, Electricistas, Fontaneros, Mecánicos, Pintores,</p>

Telefonistas / Locutores.
Técnicos Auxiliares Sanitarios
Auxiliares de Enfermería, Auxiliares de Farmacia, Emergencias Sanitarias

Grupo E
Personal de servicios
Ayudantes de Servicios, Pinches, Planchadoras, Peones y Lavanderas,
Celador/Subalterno.

Fuente: <http://www.murciasalud.es>

Uno de los primeros aspectos que llama poderosamente la atención es que, el baremo para los profesionales de enfermería todavía no se ha adaptado al título de Grado y sigue siendo considerado como un Diplomado (ATS/DUE), sin contemplarse el postgrado en su valoración. En cualquier caso, respecto a la baremación del Diplomado/Graduado, los aspectos más importantes son dentro de los méritos académicos (70 puntos), el expediente, otras titulaciones y la realización de cursos, mientras que los méritos profesionales (200 puntos), son mucho más relevantes, en especial cuando la experiencia profesional está relacionada con la Administración pública. Cabe comentar en este contexto, que la formación específica que pueda realizar un profesional de enfermería no se contempla en el baremo de la bolsa de trabajo de enfermería (Anexo 3).

2.6.-Adecuación de la formación postgrado y su relación con la calidad asistencial.

En un producto o servicio, la calidad se considera un atributo positivo, pero muchas veces es difícil explicar en qué consiste. La calidad según la RAE se entiende como la “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor” (Real Academia de Lengua Española, 2011). Una de las características principales de la calidad es que es un concepto subjetivo, es decir, lo que para unas personas es de calidad puede no serlo para otras. La calidad es una idea subjetiva. Por tanto, cuando hablamos de calidad de prestación de servicios sanitarios, es más adecuado hablar de calidad asistencial, concepto que es objetivo y de hecho medible, como veremos posteriormente.

Una asistencia sanitaria de calidad es aquella que produce un mejor estado de salud al paciente / cliente. Si entendemos la salud atendiendo a la definición de la OMS como “un estado de bienestar completo, físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o incapacidad”, la calidad de vida relacionada con la salud, podría entenderse como las propiedades que forman parte del individuo, tanto internas como externas, que pueden llegar a cambiar su estado de salud (Casas Anguita, 2011).

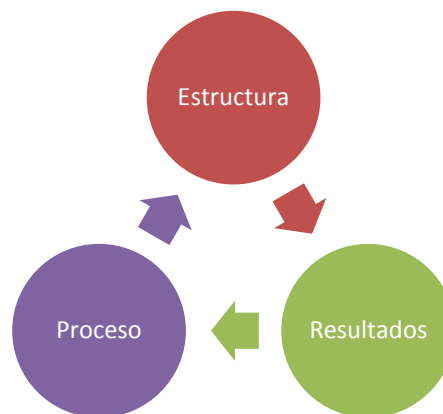
Para poder prestar una atención sanitaria que mejore la salud del paciente, es necesaria una elevada calidad asistencial. Existen diversas definiciones de este concepto. La OMS define la calidad asistencial como “aquella que es capaz de garantizar que todo paciente recibe el conjunto de servicios diagnósticos, terapéuticos y de cuidados más adecuados para obtener el mejor resultado de su proceso, con el mínimo riesgo de iatrogenia y la máxima satisfacción del paciente” (World Health Organization, 2006).

Avedis Donabedian, referente mundial de la calidad asistencial, sistematizó la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria como una triada de "estructura, proceso y resultados", marcando desde ese

momento la evolución conceptual y metodológica de las tendencias en calidad en el sector sanitario (Donabedian, 1966), donde el término “estructura” hace referencia a las características estables de los proveedores de la atención sanitaria, que consta de los materiales, los recursos y los lugares físicos. También se incluye dentro de la estructura de la atención sanitaria al personal sanitario y los recursos financieros disponibles, entre otros factores, como por ejemplo la localización geográfica, el origen de la financiación, entre otros.

Por “proceso” se entiende la forma de organizar, planificar, diseñar y prestar una determinada asistencia a un paciente. Finalmente, el concepto de “resultados” hacer referencia a los logros, tanto en materia de salud, como en cuanto a resultados económicos o de valoración por el paciente y el profesional de lo que se alcanza tras una prestación sanitaria determinada (Donabedian, 1980; Mira, 1999).

Figura 3. Sistema de Evaluación de la calidad asistencial propuesto por A. Donabedian.



Fuente: Donabedian, 1980.

Quizá sea relevante analizar ciertos aspectos relacionados con la calidad asistencial desde un contexto histórico. En este sentido, no se puede entender la idea de calidad de atención sanitaria sin hacer referencia a Ignaz Semmelweis, médico obstetra de origen húngaro, que siguiendo los descubrimientos de Pasteur y Lister propuso un origen

infeccioso a la fiebre puerperal, tras observar que existía una diferencia significativa de mujeres afectadas entre el quirófano 1 (dedicado exclusivamente a atender partos) y el quirófano 2 dedicado a la enseñanza y otro tipo de cirugía, además de a los partos, concluyendo su investigación con un nuevo concepto, el de la “materia cadavérica” (Best, 2004). Posteriormente el Dr. Semmelweis propuso el uso de soluciones con cloro (lejía) en el año 1847, con lo que se consiguió reducir drásticamente la mortalidad de las parturientas con un simple lavado de manos (Best , 2004) (Figura 4).

Figura 4. Ilustración ambientada en la época durante donde se muestra al Dr. Semmelweis enseñando a sus alumnos a realizar un lavado de manos.



Fuente: www.librodearena.com

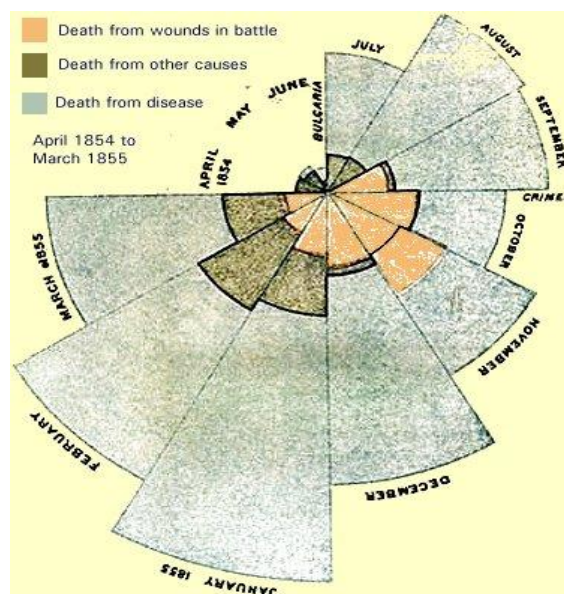
Otro aspecto realmente novedoso de su investigación se centró en el análisis de datos estadísticos. Consultó los archivos y registros del hospital de maternidad de Viena desde 1784 (fecha de su apertura) hasta 1848, observando una tasa de mortalidad inicial del 12,11% frente al 1,28% tras la realización del lavado de manos (Marcelo Miranda, 2008).

Sorprendentemente, estas observaciones no sólo no fueron tenidas en cuenta, sino que la idea de que una enfermedad podía ser

transmitida por el propio personal sanitario fue rechazada y se consideró por el Dr. Braun (director del hospital) como un problema de ventilación. (Bauer 1962).

Si nos centramos en el ámbito de la Enfermería, el primer referente sobre la evaluación de la calidad de los cuidados hospitalarios se remonta a 1858 con Florence Nightingale (1820-1910). Nithingale fue la pionera en el desarrollo de técnicas para mejorar la calidad de los cuidados al paciente, y decidió iniciar una campaña para mejorar la calidad en los hospitales militares, puesto que en su recorrido en el hospital de Scutari (Estambul, Turquía), había observado que los pacientes eran mantenidos sin sábanas, ni comida adecuada. Más importante fue su observación respecto a las propias enfermeras. Al observar que no mantenían unas condiciones de higiene adecuada, recolectó datos y, en sus cálculos sobre la tasa de mortalidad, fue capaz de demostrar que con una mejoría en los métodos de higiene, la mortalidad descendía de forma significativa (Nithingale, 1958) (Bernard Cohen, 1984) (Figura 5).

Figura 5. Imagen del diagrama polar descrito por primera vez por Florence Nightingale.



Fuente: Nightingale, 1858.

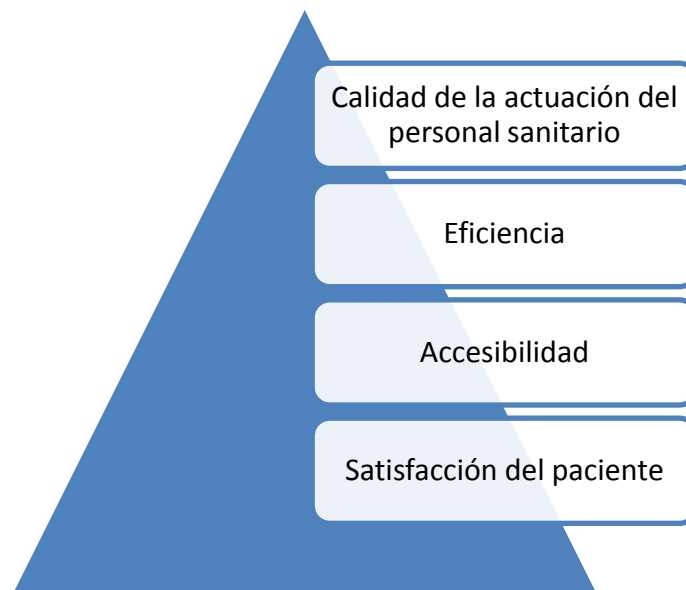
Como hemos comentado anteriormente, la sociedad actual recibe y demanda cada vez más información, y por tanto se hace más consciente de sus derechos individuales y sociales. Esto es especialmente cierto en el ámbito sanitario. El aumento de la información sanitaria de la población provoca que los profesionales sanitarios en la actualidad vean cuestionada su actividad profesional, y la bondad de sus actuaciones ya no se da por supuesta, sino que debe demostrarse con datos objetivos (Vilardell, 2001).

Dentro de este contexto, la evaluación y mejora de la calidad asistencial ha generado un interés creciente. Sin embargo, esta no es una práctica nueva. En el sector empresarial el análisis de la calidad es un proceso ineludible, y la calidad de sus productos es esencial para ganar clientes y ser competitivos. En el sector sanitario este proceso es un poco más complejo, ya que además los profesionales sanitarios tienen la obligación de garantizar el derecho a la salud de los individuos y la sociedad (LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

En definitiva, podemos observar que la definición de calidad asistencial no es sencilla, y la opinión o la percepción del paciente es decisiva en este caso. Además, la calidad asistencial es el conjunto de diversas características también denominadas “dimensiones”, las que han de conocerse previamente para poder comprender mejor su concepto de dichas dimensiones, según Victoria Ureña Villardel, son la calidad de la actuación de los médicos y del personal sanitario, la eficiencia, la accesibilidad y la satisfacción del paciente (Ureña Vilardel, 2001) (Figura 6).

Palmer (Palmer, 1986) ya planteó hace más de dos décadas que las dimensiones de la calidad (científico-técnica, eficacia, eficiencia, continuidad, adecuación, accesibilidad y satisfacción), se conjugaban en tres dimensiones: calidad científico-técnica, accesibilidad y satisfacción.

Figura 6. Dimensiones de la Calidad Asistencial.



Donabedian (1989) afirma que la Calidad de la Atención de los médicos y el personal sanitario cuenta a su vez de dos componentes, el técnico y el interpersonal. La actuación científica técnica determina la efectividad o capacidad para obtener los resultados esperados, pero también son necesarias una serie de habilidades sociales para poder llevarlas a cabo. No se debe olvidar que el servicio que se presta al cliente puede ser modulado por la actitud de dicho cliente/paciente, por lo tanto, la relación interpersonal es de gran importancia.

Por eficiencia de la calidad asistencial entendemos, el grado en que se consigue obtener el más alto nivel de calidad con los recursos disponibles para alcanzar objetivos (eficacia) (Donabedian, 1989). Según ciertos criterios, una asistencia de calidad debe abstenerse de incluir elementos desproporcionadamente costosos frente a los beneficios en salud que producen, como por ejemplo sería el enfoque típico de una compañía de seguros o cualquier entidad financiadora de la Sanidad Pública. Esta visión diferente a la de calidad asistencial sanitaria, donde puede ignorarse el coste, si eleva la eficiencia en mejora de salud y considera que un mayor gasto en las intervenciones se asocia a una mejor asistencia (Murray , 2010; Basu, 2012).

No obstante, teniendo en cuenta el contexto económico actual, y el avance de la población mayor de 65 años, es imprescindible valorar los costes y sobre todo la eficacia de la asistencia sanitaria. De hecho, los costes de la sanidad en los gobiernos de los países occidentales han aumentado de forma exponencial y la medicina actual se ha convertido en un negocio que produce elevados beneficios (Wyke, 1994; Jadelhack, 2012).

A pesar de todo, ciertas enfermedades como el resfriado común, no son tratadas de forma efectiva en la actualidad, y algunos estudios concluyen que las mejoras en la salud en general y el aumento de la esperanza de vida, se han debido en mayor medida a mejoras registradas en campos como la salubridad, la vivienda, la nutrición o la generalización del uso del refrigerador, que a los avances médicos (Humet, 1999; Lin, 2012; Marsden, 2013). No hemos encontrado, suficiente bibliografía que avale este criterio, y se estima que sólo están comprobados la relación coste-efectividad del 20% de los tratamientos habituales que se realizan hoy en día, y además, en la mayoría de los casos los estudios realizados se refieren a efectividad de fármacos (Christensen, 2013; Cammà, 2013).

Otra de las dimensiones que componen la calidad asistencial es la Accesibilidad, entendida como la facilidad en que la población puede recibir la atención sanitaria que precisa y en el momento oportuno. Existen muchos tipos de barreras que pueden comprometer la accesibilidad. Hay barreras estructurales y geográficas como sería el caso del acceso equitativo a determinados procedimientos de alta tecnología a todos los ciudadanos del mismo país, situación que debe de garantizar el sistema.

Los factores de tipo económico y social son otro tipo de barreras que limitan la accesibilidad. Así, podemos observar que en referencia a la asistencia sanitaria, existen diferencias importantes, entre las cuales las económicas constituyen un factor clave ya que al menos en el sector privado, existe una correlación significativa entre el gasto sanitario y la

renta per cápita regional (Lázaro, 1990). Un ejemplo evidente ocurre en el sistema sanitario norteamericano, en el que sólo los individuos con elevada capacidad económica (“high income”) tienen acceso a los nuevos fármacos o tratamiento más novedosos (Snedecor, 2010; Ford, 2013).

Además, como propone Moreno Millán, es probable que la sociedad actual perciba un descenso de la calidad asistencial porque se ha evolucionado hacia el concepto de “atención inmediata”. Según él, los ciudadanos reclaman cada día una atención más habitual de centros de atención primaria en centro de urgencias, lo que produce “pérdida de continuidad asistencial y de calidad, insatisfacción de profesionales, inadecuación y demora en la atención a las urgencias verdaderas, mayor gasto sanitario y repercusiones muy importantes sobre la gestión del resto del hospital” (Moreno Millán, 2008).

En cierto sentido, puede parecer paradójico el hecho de que la población acuda al sector privado cuando se costea la atención sanitaria pública, ya que existe una cierta controversia sobre la calidad de ambos tipos de servicios. Es decir, en principio, hemos de esperar que la atención privada sea de mayor “calidad”. De hecho, un estudio llevado a cabo en Brasil por Amorrim y col. (Amorim FF, 2012) puso de manifiesto una menor mortalidad y menor estancia hospitalaria por los mismos ingresos en las unidades de urgencias de hospitales privados frente a los públicos. Para intentar paliar esta situación, un mayor aprovechamiento de los recursos materiales y humanos existentes, el conocimiento y una mejor gestión administrativa, la elaboración de protocolos y otras medidas encaminadas a ordenar las actividades habituales de los centros sanitarios, como se puso de manifiesto en el Plan de Choque para la reducción de listas de espera quirúrgicas de los Hospitales del Insalud a partir del año 1996, podría ser una posible solución (Alonso Cuesta, 1998). Otras medidas similares encaminadas a mejorar la calidad de los servicios prestados en patologías específicas como la obesidad (Sinfield P, 2013) o el SIDA (Oberjé, 2013) se han

llevado a cabo en Reino Unido y los Países Bajos, con resultados realmente alentadores.

La dimensión científico-técnica, hace referencia, al nivel de calidad del recurso humano responsable de lo que estamos midiendo. Esta dimensión alude a la calidad del profesional en cuanto a sus conocimientos, destreza, habilidades, apariencia, etc., para construir, elaborar, mantener y gestionar aquello que se evalúa en términos de calidad (Palmer, 1955; Orbea, 2001). Dimensión ésta fundamental y estrechamente vinculada al contenido de nuestro estudio.

La última dimensión de la calidad asistencial a la que queremos hacer referencia es la satisfacción del paciente. Ésta se entiende como el grado en que la atención prestada satisface las expectativas del paciente. Para A. Donabedian, “la satisfacción del paciente debe ser uno de los resultados deseados de la asistencia, incluso un elemento propio del estado de salud” (Donabedian, 1989).

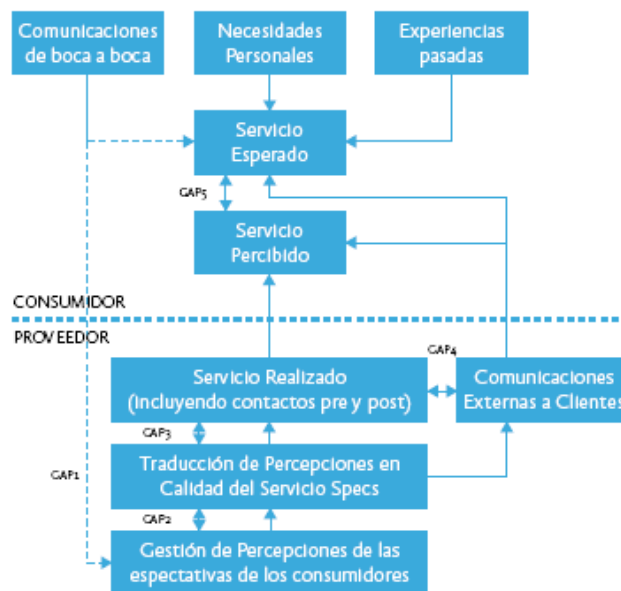
Si hacemos una pequeña revisión histórica acerca de los instrumentos de evaluación de la calidad asistencial de los profesionales de enfermería, tenemos que hacer referencia a la fundación “The Joint Commission Accreditation of Hospitals (JCAH, 2013)”, comisión, constituida tanto por profesionales médicos como de enfermería, que aportó estándares de calidad aún vigentes y, deben ser cumplimentados por las organizaciones sanitarias. En el año 1910, Ernest Codman, fundador de la JCAH propuso el sistema de estandarización basado en un sistema de resultado final. Según estos criterios, un hospital debería seguir o cuidar a cada paciente el tiempo suficiente, para determinar la efectividad del tratamiento (The Joint Commission, 2013).

Posteriormente, en el año 1965, la “National League of Nursing” en los Estados Unidos, estableció una guía de autoevaluación que, sin ser un instrumento de medida de la calidad en sentido estricto, si analiza o evalúa ciertos aspectos que son necesarios para determinar la

calidad de los servicios prestados. En la década de los setenta, concretamente en 1976, la “Asociación Norteamericana de Enfermería” (ANA), propone una guía para evaluar los cuidados de enfermería también llamado “modelo de garantía de calidad” (Mira Solves, 1997; Peya Gascons, 2004)

En la actualidad, una de las herramientas más utilizadas para la evaluación de los servicios prestados en general (no sólo para el sector sanitario) es el cuestionario SERVQUAL. Esta herramienta, desarrollada por Parasuraman y col., (1993), surge con el fin de identificar las dimensiones que los clientes emplean cuando evalúan los servicios en términos de expectativas y desempeño. El objetivo de este cuestionario es descubrir atributos genéricos y relevantes para los servicios en general, indica la calidad con cinco dimensiones: tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía (Parasuraman, 1988) (Figura 7).

Figura 7. Modelo SERVQUAL.



Fuente: Parasuraman, 1988.

En España, uno de los instrumentos más utilizados para medir la calidad asistencial es el SERVQHOS (Anexo 4), una adaptación al sector sanitario de la encuesta SERVQUAL (Mira Solves, 1997), aunque

también se han usado otras herramientas de medida de calidad como el *Patient Judgements of Hospital Quality* (Rubin, 1990), la Encuesta de Experiencias del Paciente (Mira, 2000), el *Consumer Assessment of Health Plans*, y el *Picker Patient Experience Questionnaire* (Jenkinson, 2002).

El cuestionario SERVQHOS, propuesto por la Subdirección General de Atención Especializada (SGAE) para cumplir uno de los objetivos del Programa de mejora de la calidad en los hospitales, ha sido validado como encuesta posthospitalización. A diferencia del cuestionario inicial SERVQUAL, en esta versión española adaptada a los hospitales, identificaron 4 factores (que explican el 56% de la varianza de la Calidad Asistencial percibida) (Parasuraman, 1988).

Estos mismos autores concluyen que, la calidad asistencial del sector sanitario depende de dos grandes dimensiones, la calidad subjetiva, que se caracteriza porque es difícil de ser comprobada, como la opinión del paciente, el trato recibido, la amabilidad y el interés del personal, etc. Y por otro lado la calidad objetiva, susceptible de ser comprobada, como es el estado de las habitaciones, la accesibilidad, la información al paciente, etc. (Gómez Castro, 1997; Sans-Corrales, 2006).

La medida de calidad asistencial determinada por la satisfacción de los pacientes/clientes, en los últimos tiempos ha sufrido un cambio de modelo en el sistema de atención al paciente por parte del sistema sanitario, en el sentido de que ha dejado de contemplar un modelo “paternalista”, centrado en el profesional de la asistencia sanitaria, que era el que decidía a favor o en contra del usuario sobre la práctica que se iba a llevar a cabo, y establecía los límites de la práctica y todos los procedimientos a realizar, mientras que el paciente/cliente era considerado como un objeto sin capacidad de decisión sobre su atención (Clíments, 2003). Actualmente ha surgido un modelo de atención diferente donde el eje principal es el paciente, por tanto, sus valores, opiniones y actitudes deberán ser tenidas en cuenta en las

estrategias de diseño y provisión de los servicios. Ello supone adoptar la perspectiva de los pacientes, lo que básicamente consiste en situar a los pacientes como sujeto y no sólo objeto de la atención sanitaria. Es lo que se denominaría modelo de atención holística, o modelo de atención bio-psico-social (Aimar, 2006).

Asimismo, no podemos olvidar quienes son los responsables de la administración de servicios. En el caso de los servicios sanitarios, la Administración es la responsable de unos resultados satisfactorios que pueden suponer, aparte de una disminución de las reclamaciones y una mejora de la imagen ante la población, un importante ahorro económico, ya que si los pacientes están satisfechos, es más probable que mejoren su adhesión al tratamiento, cumplan las recomendaciones del médico y, sobre todo, asuman los cambios en hábitos y costumbres que pueden ocurrir en la práctica (O'Donnell, 2008). Es por tanto la dimensión científico-técnica a la que ya aludimos, la que debe cumplir los criterios de calidad en cada circunstancia, ya que es la formación de los profesionales, la que incide en los niveles de calidad del producto o servicio sanitario prestado por el profesional (Palmer, 1985).

Se entiende por calidad científico-técnica a la competencia del profesional, para utilizar de forma idónea los más avanzados conocimientos y los recursos a su alcance, para producir satisfacción en la población atendida. Esta dimensión debe considerarse tanto en su aspecto estricto de habilidad técnica, como en el de la relación interpersonal establecida entre profesional y usuario, punto éste último de relevante importancia en servicios sociales (Medina Tornero, 2000). De hecho, la mejora de la calidad técnica, entendida como las intervenciones técnicas (generalmente implementadas por médicos) para mejorar la salud de los pacientes, está siendo un punto de interés en la bibliografía reciente (Conry, 2012), y existen diversas intervenciones, sobre todo en pacientes con enfermedades cardiovasculares, orientadas a mejorar la calidad de vida los pacientes. Un interesante estudio al respecto fue el llevado a cabo por Scott en el

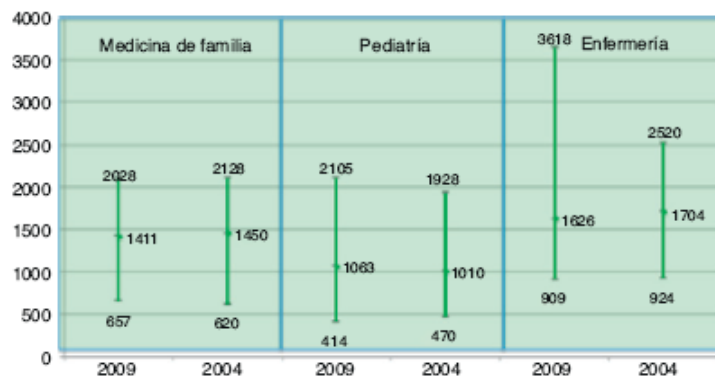
año 2000 (Scott, 2000), donde simplemente con unas sesiones de educación semanales (durante 2 meses) se redujo el reingreso de los pacientes.

Uno de los principales activos del Sistema Nacional de Salud son sus profesionales sanitarios, elementos clave del Sistema Sanitario como recursos activos que inciden directamente sobre la producción de salud. Tanto la formación como la posterior actividad profesional están muy reguladas por el sector público, que establece las condiciones necesarias para la entrada al sistema educativo, provee la formación y proporciona empleo a los profesionales (González López, 2000).

Además, en España existe un claro desequilibrio entre las oportunidades de formación y las oportunidades de empleo, lo que conlleva en paralelo un desequilibrio de equidad de acceso al mercado laboral, evidenciado en las últimas décadas. Así, en la década de 1990-2000, la empleabilidad de los recién egresados era prácticamente del 100%, mientras que desde 2009, y en la actualidad la tasa de desempleo es próxima al 14% (ANECA, 2009).

En cualquier caso, todavía hoy existen desequilibrios estructurales importantes, como por ejemplo la baja ratio de enfermera/paciente, respecto a otros colectivos sanitarios. Este hecho, se ve reflejado en los datos del informe SIAP 2004-2009, del Ministerio de Sanidad y Política Social (2009), que indican que, respecto al sector médico, cada médico de familia tiene asignadas unas 1411 personas, cada pediatra 1063 niños, mientras que cada enfermera de atención primaria asiste a 1626 personas (Figura 8).

Figura 8. Número de habitantes por tipo de profesional. Comparación 2004-2009. Máximos-Medias-Mínimos



Fuente: Social, 2004-2010.

En el caso concreto de nuestra región, los datos son un poco superiores a los de la media nacional, ya que por cada enfermera de atención primaria, de las 817 que prestan servicio en la actualidad, se presenta como media una ratio de 1 enfermera por cada 1740 Tarjetas Sanitarias. Este dato oscila desde las 1646 Tarjetas del Área IX (Vega Alta del Segura), hasta las 1803 tarjetas del Área VII (Murcia Este). Como veremos posteriormente, esta ratio en la relación enfermera/paciente, produce una sobrecarga en el trabajo, que incide en las consecuencias psicosociales del trabajo en el personal de enfermería, como el síndrome denominado de “burnout”, que conlleva un descenso de la calidad asistencial prestada (Albaladejo, 2004; López Montesinos, 2009).

Para poder adecuarse mejor al nuevo papel del enfermero que demanda la sociedad actual y sobre todo la futura, se han propuesto una serie de directrices recomendadas para la formación del personal de enfermería, como preservar la formación del ser, el saber (disciplinar e interdisciplinar), el saber ser (profesional, cuidador, investigador y ciudadano), el saber hacer (instrumental) y el saber cómo (desempeño del oficio). Flexibilizar el currículo y trabajar los planes de estudio desde un punto de vista horizontal, vertical y transversal, deber permitir

incrementar la calidad asistencial en función de la adecuación al puesto de trabajo (Castrillón, 2008).

2.7.- Modelos de calidad como estrategia de mejora.

La calidad de la asistencia sanitaria es un valor fundamental, tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios. Los pacientes esperan de los servicios sanitarios la curación de su enfermedad o la mejora de los síntomas, por lo cual, si existe una mala calidad en la atención prestada puede causarse daño e incluso muerte. Por otro lado, los profesionales desean hacer lo mejor posible su actividad asistencial por y para los pacientes, teniendo en cuenta además que su ética profesional les obliga a ofrecer una asistencia de calidad (Bohigas, 2001).

El control de la calidad asistencial puede realizarse básicamente por dos mecanismos, mediante la evaluación interna del propio sistema sanitario, ya sea público o privado, o por medio de instituciones de evaluación externas al sistema sanitario. No cabe duda que el mecanismo más efectivo de evaluación es la combinación de ambos métodos.

La preocupación por la gestión de la calidad asistencial se inició en la década de los años 40, cuando aparecen los primeros departamentos de calidad, y sobre todo tras aprobarse por la OMS el programa “Salud para todos”, en la reunión de Alma Ata, en 1978, y el posterior establecimiento de la Atención Primaria como estrategia para alcanzarla (Fernández-Martín, 2009).

Algunos autores establecen una diferencia entre el control administrativo, que se utilizaría para las tareas diarias, como la forma de garantizar que las actividades se ajusten a las proyectadas o acordadas, para poder así medir la eficacia del trabajo realizado (Collazo, 2002; García Mejía, 2006), y el control de calidad. La principal diferencia con el control de calidad es que, este último utiliza el método

científico para estudiar los problemas o defectos de calidad y encontrar las causas que lo originan, para poder proponer y aplicar las mejores soluciones. A partir del último tercio del siglo XX la mayoría de los gobiernos y Administraciones Públicas de los países desarrollados, han venido llevando a cabo una serie de profundos cambios y transformaciones, con objeto de mejorar la prestación de servicios públicos y de adaptarse a los importantes cambios del entorno, propios de las sociedades contemporáneas.

En este sentido, en España, la gestión de la calidad por parte de las administraciones públicas viene regulada, entre otras leyes, por el Plan de Calidad para la Administración General del Estado (RD 1259/1999, de 16 de julio y RD 951/2005, de 29 de julio., por el que se establece el marco general para la mejora de la calidad, y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, cuyo objetivo es “establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud” (BOE nº 211, de 3 de septiembre).

La calidad del sistema sanitario español está avalada por diversas organizaciones, como la Asociación Española para la Calidad (AEC), o el Club de Gestión de Calidad, representante en España de la EFQM (European Foundation for Quality Management) entre otras, favoreciendo que la Administración Pública se adapte a normativas reguladas, como las Normas ISO-9004.2.

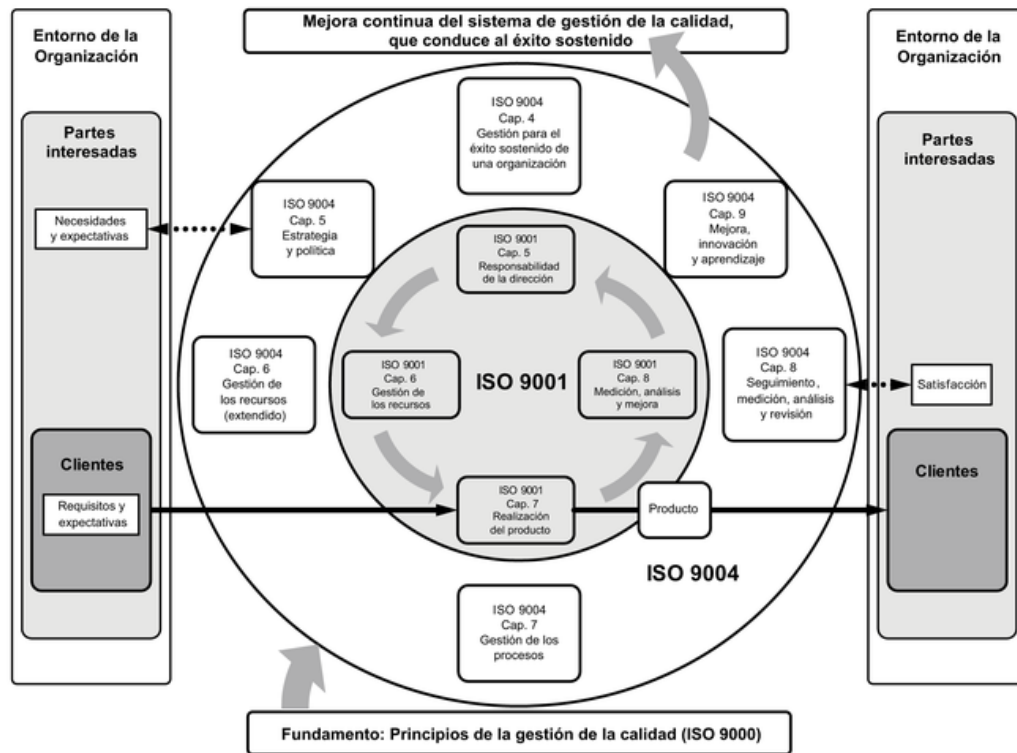
El citado Modelo de Excelencia de la European Foundation for Quality Management (EFQM), es un marco de referencia no prescriptiva, y un instrumento práctico de trabajo, cuya aplicación en las empresas sanitarias está demostrando su utilidad para la

organización de la mejora continua de la calidad, su aseguramiento (Normas ISO) o los sistemas de acreditación (O Moracho, 2001).

La organización internacional de normas (ISO) surgió en la década de los 50 en Europa, constituido por 213 comités en 120 países, y más de 100.000 empresas han alcanzado su certificado. Las normas ISO, o conjunto de Normas de administración y aseguramiento, pueden utilizarse para implantar un sistema de calidad. Un aspecto básico es que las Normas ISO no exigen que los productos satisfagan al cliente, simplemente certifican que el producto o servicio tiene calidad.

La propuesta inicial para desarrollar un documento de orientación para la aplicación de la nueva Norma ISO 9004:2000 ((ISO)) en las organizaciones sanitarias, fue hecha en común por la Sociedad Americana para la Calidad (ASQ) y la Organización Internacional de Normas (ISO). El argumento principal para llevar a cabo esta propuesta fue que, la puesta en práctica de sistemas de gestión de la calidad ISO 9000, específicos para las organizaciones sanitarias, racionalizaría las relaciones entre cliente y proveedor a la vez que se reducirían costes. Así, ambas organizaciones redactaron conjuntamente un documento específico para el sistema sanitario basado en la norma ISO 9004:2000, denominado ISO/ITA1 “Sistemas de Gestión de Calidad. Directrices para la mejora de los procesos en organizaciones sanitarias”. Este documento, no fue creado específicamente con fines de certificación, pero tras su publicación, las administraciones o prestadores de servicios sanitarios pueden utilizarlo como una guía para ir alcanzando escalonadamente niveles crecientes de calidad y, por tanto, conseguir en un primer nivel la certificación conforme a la UNE-EN ISO 9001 e ir avanzando hacia la excelencia (Orbea, 2001) (Figura 9).

Figura 9. Modelo ampliado de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos ISO 9004:2009.



Fuente: ISO, 2013.

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) ha propuesto un documento de consenso que pretende ser una guía para establecer una asistencia de calidad. El documento provee a los administradores, políticos y otros responsables de la gestión un proceso sistemático que permitirá diseñar e implementar intervenciones efectivas para promover la calidad en los sistemas sanitarios. Esta guía tiene como objetivo identificar cuáles son los pasos en los que los gestores se deben centrar (World Health Organization, 2006).

La citada guía surgió tras evidenciarse, a pesar de existir numerosa información acerca de los mecanismos para mejorar la calidad asistencial, que muchos países se siguen preguntando, cuáles podrían ser las mejores estrategias que consigan unos mejores resultados para mejorar los sistemas sanitarios.

Se están desarrollando constantemente nuevos estudios relacionados con los factores implicados en la mejora de la calidad

asistencial, por lo que los procesos actuales son susceptibles de mejora. Además, los resultados que se han obtenido en dichos estudios son contextuales, y las estrategias que pueden ser útiles para mejorar la calidad asistencial en unos países puede resultar inadecuada en otros (Figura 10).

Figura 10: Proceso para diseñar estrategias de mejora de calidad asistencial.



Fuente: World Health Organization, 2006.

La propuesta de la OMS, constituye un proceso cíclico, que consta de 7 actividades incluidas en tres categorías, análisis, estrategia e implementación. Al ser cíclico, representa una aproximación habitualmente adoptada para mejorar la calidad: entender el problema, planear, realizar acciones, estudiar los resultados, y planear nuevas acciones en respuesta. La principal implicación de este proceso es que las estrategias para mejorar la calidad no son fijas (World Health Organization, 2006) (Figura 11).

El elemento principal de dicho proceso corresponde probablemente al elemento 5, *elegir las intervenciones para mejorar la calidad*. Este elemento es el más importante, ya que traslada la atención del “cuál”, al “cómo”, es decir, de cuáles son las causas que están afectando a la calidad a cómo podemos mejorar esas dificultades. Una vez que se han analizado las necesidades, y se han determinado los objetivos de salud y los objetivos de calidad, los administradores o

gestores necesitan trabajar las diferentes opciones de intervención con el fin de desarrollar la mejor estrategia de calidad. Para ello, normalmente se presenta un mapa de dominios sobre los cuales las intervenciones pueden ser llevadas a cabo, o lo que es lo mismo, donde suceden dichos problemas que afectan a la calidad, como son el liderazgo, información, deberes con los pacientes y la población, regulación y estándares, capacidad organizativa y modelos de cuidado.

Los citados dominios no son hipotéticos, sino que son precisamente los aspectos sobre los que diversas estrategias de mejora de calidad asistencial se han mostrado efectivos, y han sido aplicados en muchos sistemas sanitarios a lo largo de décadas. El problema aparece cuando un país se centra solamente en un dominio, como mejorar la regulación sanitaria, y no atiende otros aspectos fundamentales como los deberes con los pacientes. Este nuevo supuesto de la OMS, propone que el único modo de mejorar la calidad asistencial es actuar sobre todos estos dominios de forma simultánea, ya que existe una relación, o mejor dicho, una interacción entre estos dominios, en el que se encuadra el “Modelo de Cuidados” donde, podríamos incluir la necesidad de una adecuación de la formación académica al puesto de trabajo como indicador de seguridad del paciente (Figura 11).

Figura 11: Los seis dominios sobre los que actuar para mejorar la calidad asistencial.



Fuente: World Health Organization, 2006.

2.8. Formación postgrado y calidad asistencial: Influencia en la presencia de efectos adversos.

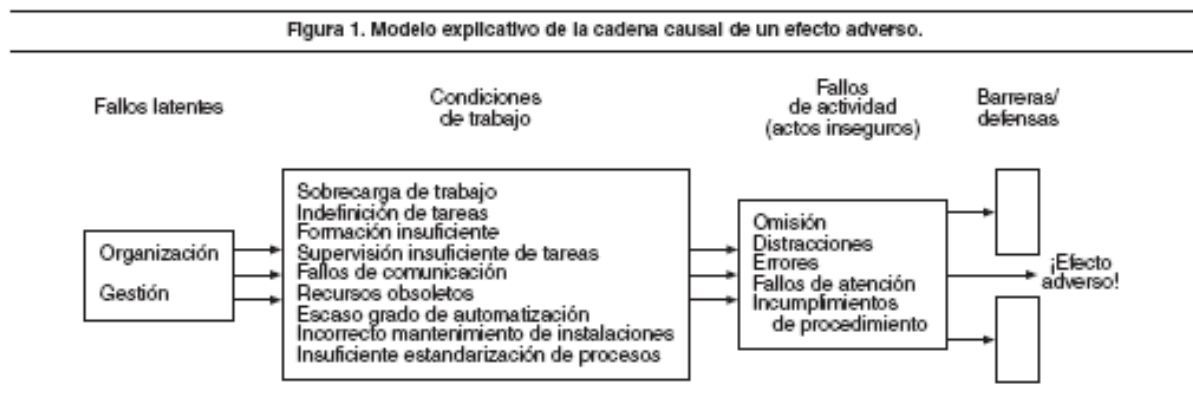
Uno de los mejores indicadores de calidad asistencial es la ausencia de efectos adversos en centros hospitalarios, aunque evidentemente es virtualmente imposible evitar al 100% la aparición de estos efectos (Aranaz, 2004).

La incidencia de efectos adversos en pacientes hospitalizados se ha estimado que puede variar entre el 4%-17% (Aranaz, 2006), lo cual ha influido probablemente en que la propia OMS se haya marcado en el tercer milenio como objetivo prioritario la seguridad del paciente en el sistema sanitario (Organización Mundial de la Salud, 2013).

La mayor parte de los estudios donde se evalúa el problema de los efectos adversos está relacionado con la administración de fármacos (Ward, 2008; Gabe, 2011), ya que suelen tener una importante repercusión en la salud pública. Podemos recordar el terrible caso de la talidomida hace más de 40 años, o el coxib más recientemente (Baena, 2005; Salamano, 2013).

Existen numerosos factores que pueden estar implicados en la aparición de los efectos adversos y, muchos de ellos, dependen o están relacionados con las condiciones de trabajo y errores humanos, como por ejemplo una sobrecarga de trabajo, fallos de gestión o de comunicación, una insuficiente formación profesional, o los motivados por fallos de atención o incumplimiento de los protocolos o procedimientos. En la siguiente figura se muestra el modelo explicativo de la cadena causal de un efecto adverso, propuesto por Reason ya en 1997, pero de vigente (Reason, 1997) (Figura 12).

Figura 12. Modelo explicativo de la cadena causal de un efecto adverso.



Fuente: Aranaz, 2006 modificado de Reason, 1997.

Una formación adecuada puede ayudar a disminuir la presencia de estas circunstancias no deseadas, como se pudo poner de manifiesto en el trabajo de Taylor y cols. (Taylor, 2007), donde se llevó a cabo un programa de educación para el manejo de fármacos analgésicos, llegándose a reducir la aparición de efectos adversos de, un 7,2% durante el 2003, a un 1,7% en el 2004. Otro estudio similar fue llevado a cabo en el 2003 por Woods y cols. (Woods, 2003) en el que se pretendía reducir la presencia de efectos adversos en pacientes con cáncer, en especial en referencia al uso del fármaco Talidomida, siendo numerosos los estudios que relacionan los errores humanos y carencias formativas de los profesionales con la presencia de efectos adversos (Benjamin, 2003; Campino, 2013).

2.9. Otros factores de influencia en la calidad asistencial.

2.9.1 Conciliación familiar.

Existen numerosos factores que influyen en la calidad asistencial prestada, uno de ellos es la conciliación de la vida laboral con la vida familiar. La conciliación es una estrategia que persigue facilitar la consecución de la igualdad efectiva de mujeres y hombres. En la sociedad actual, el mundo empresarial está sometido a importantes cambios organizativos y tecnológicos que requieren de una concepción diferente de las formas de organización del trabajo y de los recursos humanos. En este ámbito, las dificultades que conlleva no poder compatibilizar la vida laboral, con la familiar y la personal, además de afectar a las personas trabajadoras, trae consecuencias negativas para la empresa. Si focalizamos esta información al ámbito de la salud y más concretamente al de Enfermería, estas consecuencias pueden llegar a ser realmente graves, ya que pueden perjudicar al cliente/paciente, y por lo tanto a la propia sociedad (Fundación Mujeres, 2010).

El objetivo principal de cualquier empresa, es la obtención de beneficios. Cada vez más empresarios consideran que la conciliación de la vida laboral, familiar y personal mejora la calidad de vida de sus recursos humanos, lo que revierte en un aumento de la productividad y por tanto del rendimiento económico.

En el caso de la profesión enfermera, diversos factores pueden estar repercutiendo negativamente sobre la conciliación familiar, sobre todo relacionados con los factores laborales, como la sobrecarga de trabajo, el trabajo a turnos, la inflexibilidad de horarios (jornadas continuas), que suelen estar asociados a consecuencias negativas, como el absentismo, reducción de la jornada laboral e incluso pérdida del empleo (Wang, 2011).

Estas circunstancias, asociadas al empleo parecen ser especialmente perjudiciales en el caso de la mujer, y es que según

Amelsvoort y col. (Amelsvoort LG, 2004), debido al sistema organizativo, con la presencia de turnos de noche y turnos rodados, producen una interferencia en las relaciones del hogar. Parece evidente, que una adecuada organización laboral en búsqueda de la conciliación, va a producir una serie de beneficios tanto para la empresa como para los clientes (figura 13).

Figura 13. Beneficios de la conciliación Familiar de Mujeres, 2010.

<p>Calidad en la gestión de los recursos humanos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora del clima laboral. • Mejora en la gestión y planificación del tiempo. • Disminución del estrés y de los conflictos laborales. • Aumento de la satisfacción del personal.
<p>Ahorro en gasto de personal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta la retención del talento cualificado. • Disminución de los costes en reclutamiento y formación. • Aumento de la fidelidad y estabilidad de la plantilla.
<p>Mayor productividad y rendimiento económico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor compromiso de la plantilla. • Mayor rendimiento de las trabajadoras y los trabajadores. • Mayor implicación de la plantilla en los objetivos empresariales. • Aumento de la capacidad productiva. • Mejora en la atención y prestación de servicios. • Disminución del índice de absentismo.
<p>Mejora de la imagen de la empresa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atracción de nueva clientela. • Atracción de trabajadores y trabajadoras que valoran una empresa comprometida con la conciliación y la igualdad. • Aumento del prestigio de la empresa y de sus productos y/o servicios. • Mejora de las relaciones con otras empresas y con las administraciones públicas (Responsabilidad Social Corporativa, bonificaciones a la Seguridad Social, ventajas fiscales).

Fuente: Mujeres, 2010.

2.9.2 Organización laboral.

Estos factores, relacionados con la organización laboral, son también muy influyentes respecto a la calidad asistencial prestada. La propia Organización Mundial de la Salud destaca la importancia del entorno laboral ante riesgo de desarrollar alteraciones psicosociales (Stavroula, 2008). Ciertos factores como trabajo a turnos, turnos

nocturnos, agendas inflexibles de horario (en ciertos servicios), horario no predecible y trabajos extraordinarios (fuera del horario), constituyen un riesgo potencial para la salud psico-social, por lo que se debe controlar o prevenir para mejorar la sensación de bienestar del profesional, con el consecuente beneficio en el servicio prestado al paciente/cliente (Camerino, 2010).

Este aspecto organizativo se asocia de forma llamativa a la satisfacción laboral. En un estudio realizado por Robles-García y col. (Robles-García, 2005) se pone de manifiesto que hay factores relacionados con la organización laboral como, la relación jerárquica, la promoción y el desarrollo profesional, que aumentan la satisfacción laboral y por tanto la calidad asistencial. Otros apartados como la retribución, el conocimiento y la identificación con los objetivos y la formación, son factores relacionados, entre otros, con la organización que disminuye la calidad asistencial.

2.9.3 Satisfacción laboral y calidad de vida del profesional.

En general, se observa con relativa frecuencia, como se confunden los términos calidad de vida con satisfacción laboral. Evidentemente, ambos factores están relacionados y casi con total seguridad, la satisfacción depende de la calidad de vida. Por tanto, parece oportuno mencionar en este apartado algunos aspectos que están relacionados con la calidad de vida de los profesionales de Enfermería.

La calidad de vida es un factor fundamental para un correcto desarrollo psicológico y socio-profesional del enfermero, y si es alta, produce motivación para el trabajo, capacidad de adaptación a los cambios en el ambiente de trabajo, creatividad y voluntad para innovar o aceptar cambios. Por el contrario, si la calidad de vida percibida por el enfermero en su entorno laboral es baja, puede producir una sensación de insatisfacción y repercutir en sus actividades (aumenta el número de

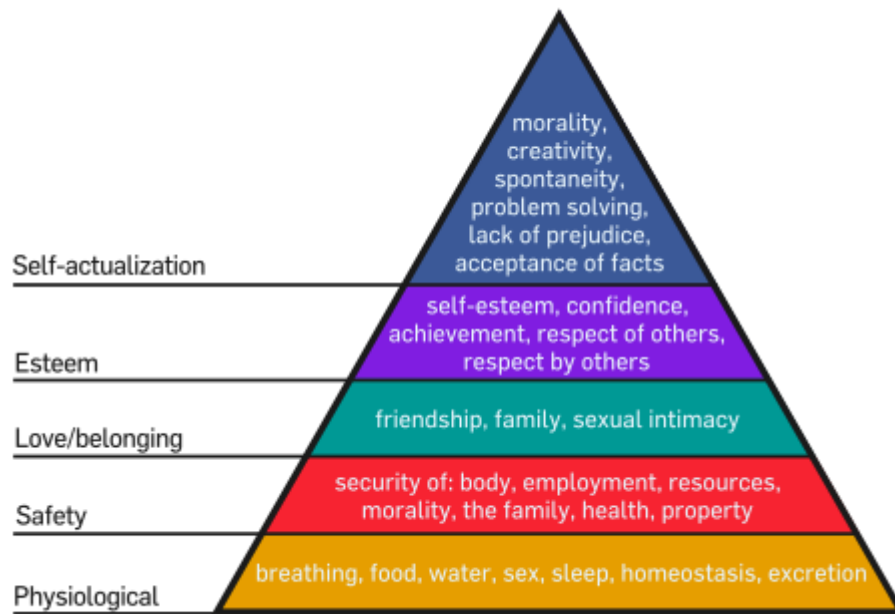
errores, aumenta el absentismo laboral,...). Esto se debe a que las enfermeras, al igual que cualquier otro profesional, buscan satisfacer sus necesidades biológicas básicas, entre las que se incluyen seguridad, relación social, autoestima y autorrealización (Peiró, 1993).

Existen otros factores como las condiciones en que se desempeña el trabajo (arquitectura, limpieza,...), la independencia en la toma de decisiones o la capacidad de auto-organización, las relaciones interpersonales, la remuneración económica, la seguridad física (frente a agresiones), y otros son rasgos relevantes para la sensación de bienestar, sobre todo psicológico de los trabajadores (Lu, 2012).

Por último, nos gustaría resaltar otro factor que influye en la calidad de vida, la satisfacción laboral y el estrés laboral percibido por los enfermeros, como es la adecuación entre las exigencias del cargo y las capacidades y formación de la persona que lo desempeña.

Esta idea surgió ya con Abraham Maslow, el cual desarrolló en 1954 una jerarquía de necesidades humanas, situando a las necesidades vitales para sobrevivir en el escalón más inferior, y las necesidades que permiten el desarrollo intelectual de la persona en el más alto (Maslow, 1954) (Figura 14).

Figura 14. Escala de Necesidades Humanas según la teoría de A. Maslow.



Fuente: Maslow, 1954.

Posteriormente, Herzberg actualizó en 1959 esta teoría centrándose en la satisfacción en el trabajo, en la que según el autor, no todas las necesidades humanas influyen en la satisfacción, es decir, las necesidades más básicas sólo influyen cuando no son cubiertas, mientras que las necesidades de los escalones superiores incrementan la satisfacción al conseguirlos.

En este sentido, se han evaluado factores tales como la competencia profesional, o la promoción profesional y su relación con la satisfacción laboral del colectivo de Enfermería. Tal es el caso del estudio llevado a cabo por Fernández San Martín, en el que se puso de manifiesto que de todos los determinantes de satisfacción, el peor valorado era la promoción profesional y la tensión relacionada con el trabajo, mientras que la competencia profesional era la variable más valorada (Fernández San Martín, 1995).

Este mismo autor, observó que las enfermeras demandaban que las posibilidades de promoción profesional eran escasas. La ausencia de formación especializada y la remuneración obtenida no eran

satisfactorias para el colectivo de enfermeras. Otro dato relevante de este estudio fue que, las enfermeras que trabajaban en Atención Especializada presentaban menor satisfacción laboral que las que trabajaban en Atención Primaria (Fernández San Martín, 1995), lo que parece indicar que el puesto de trabajo, la unidad o el servicio, pueden también influir en la satisfacción laboral percibida por las enfermeras.

Existen diversos estudios que han evaluado cuáles son las características asociadas a la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería, que vienen a reforzar los resultados recién comentados (Begat , 2005, Djukic , 2010).

No obstante, la investigación en este campo sigue avanzando, y se están empezando a detectar nuevos factores determinantes de la satisfacción laboral. Uno de ellos y que más atención está prestando a la comunidad científica es probablemente la “inteligencia emocional”. Según un reciente estudio, aquellos enfermeros con mayores habilidades emocionales o “inteligencia emocional” presentan mayores niveles de satisfacción laboral, así como un servicio asistencial de mayor calidad (Ranjbar Ezzatabadi, 2012).

2.10.- Satisfacción laboral y su Relación entre la formación postgrado y adecuación al puesto de trabajo.

En la actualidad, La satisfacción en el trabajo viene siendo en los últimos años uno de los temas de especial interés en el ámbito de la investigación dentro de enfermería (Hayes, 2012; Lu, 2012). En cualquier caso, este interés no es del todo novedoso, y ya Weinert (1985) expuso la necesidad de profundizar en las características de la satisfacción laboral, atendiendo al modelo histórico del desarrollo histórico de las Teorías de la Organización, las cuales han experimentado cambios a lo largo del tiempo. Dicho autor propone las siguientes razones:

a) Posible relación directa entre la productividad y la satisfacción del trabajo.

b) Posibilidad y demostración de la relación negativa entre la satisfacción y las pérdidas horarias.

c) Relación posible entre satisfacción y clima organizativo.

d) Creciente sensibilidad de la dirección de la organización, en relación con la importancia de las actitudes y de los sentimientos de los colaboradores en relación con el trabajo, el estilo de dirección, los superiores y toda la organización.

e) Importancia creciente de la información sobre las actitudes, las ideas de valor y los objetivos de los colaboradores en relación con el trabajo del personal.

f) Ponderación creciente de la calidad de vida en el trabajo como parte de la calidad de vida. La satisfacción en el trabajo influye poderosamente sobre la satisfacción en la vida cotidiana.

El puesto de una persona es algo más que las actividades desarrolladas. Los puestos requieren de la interacción con compañeros de trabajo y superiores, el cumplimiento de reglas y políticas

organizacionales, la satisfacción de las normas de desempeño, el aceptar condiciones de trabajo, que frecuentemente son menos que ideales, y situaciones similares.

El concepto de satisfacción laboral es bastante amplio, y de nuevo igual que ocurría con la calidad, puede ser diferente en función de las características de una persona.

Ya Muñoz Adánez (1990), definía la satisfacción laboral como “el sentimiento de agrado o positivo que experimenta un sujeto por el hecho de realizar un trabajo que le interesa, en un ambiente que le permite estar a gusto, dentro del ámbito de una empresa u organización que le resulta atractiva y por el que percibe una serie de compensaciones psico-socio-económicas acordes con sus expectativas”. Del mismo modo, conceptuaba la insatisfacción laboral como “el sentimiento de desagrado o negativo que experimenta un sujeto por el hecho de realizar un trabajo que no le interesa, en un ambiente en el que está a disgusto, dentro del ámbito de una empresa u organización que no le resulta atractiva y por el que recibe una serie de compensaciones psico-socio-económicas no acordes con sus expectativas”.

De igual forma, Loitegui Aldaz (1990), abordaba la misma temática para definir el concepto de satisfacción en el trabajo, señalando cómo especialistas que han estudiado el tema, utilizan indistintamente, términos como “motivo”, “actitud del empleado”, “moral laboral”, “satisfacción en el trabajo”, etc. Tal confusión y ambigüedad, a la hora de utilizar los distintos términos, puede deberse no sólo a las distintas corrientes doctrinales e ideológicas en las que cada uno se sitúa, sino también a los distintos enfoques que los temas admiten.

Loitegui (1990) utiliza con mayor frecuencia en su trabajo los siguientes conceptos: motivos, actitudes, moral laboral, satisfacción laboral. Nosotros nos vamos a centrar en la definición que da sobre

satisfacción en el trabajo que, citando a Locke (1976), “es un estado emocional positivo y placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto”. Se trata pues, de un sentimiento de bienestar, placer o felicidad que experimenta el trabajador en relación con su trabajo. Este sentimiento puede ser generalizado o global y abarca todos los aspectos o factores referidos al trabajo, por lo que se puede hablar de “satisfacción laboral general”. Pero ese sentimiento de satisfacción o bienestar puede estar referido a alguno de los aspectos o facetas del trabajo, por lo que se puede hablar entonces de “satisfacción laboral por facetas”. Así, una persona puede estar satisfecha con respecto al sueldo que percibe, a sus relaciones con los compañeros, al grado de responsabilidad que ostenta, etc. En este caso, la satisfacción en el trabajo es el resultado de una serie de satisfacciones específicas, que constituyen las facetas de la satisfacción.

Este concepto de satisfacción en el trabajo (general o parcial), implica claramente un modelo “compensatorio”, de forma que un nivel elevado de satisfacción en una determinada faceta de trabajo puede compensar deficiencias existentes en otras determinadas áreas. Así mismo, se produce un determinado flujo e interacción entre los diversos factores o áreas de trabajo, de forma que unas facetas pueden ser compensadas y condicionadas por otras. Un alto nivel de satisfacción con las oportunidades de formación, puede condicionar y afectar a la satisfacción si hay baja remuneración. Del mismo modo, los niveles de satisfacción general y global en el trabajo no tienen por qué implicar niveles similares de satisfacción en cada una de las áreas o parcelas.

Por último, para Caballero Rodríguez (2002), la satisfacción en el trabajo es una predisposición que los sujetos proyectan acerca de sus funciones laborales. La propia autora la define como “El resultado de sus percepciones sobre el trabajo, basadas en factores relativos al ambiente en que se desarrolla el mismo, como es el estilo de dirección, las políticas y procedimientos, la satisfacción de los grupos de trabajo, la afiliación de los grupos de trabajo, las condiciones laborales y el

margen de beneficios. Aunque son muchas las dimensiones que se han asociado con la satisfacción en el trabajo, hay cinco de ellas que tienen características cruciales”. Siguiendo las indicaciones de la autora, destacamos:

- Salario: La cantidad recibida y la sensación de equidad de esa retribución.
- Trabajo: El grado en el que las tareas se consideran interesantes y proporcionan oportunidades de aprendizaje y de asunción de responsabilidades.
- Oportunidad de ascenso: La existencia de oportunidades para ascender.
- Jefe: La capacidad de los jefes para mostrar interés por los empleados.
- Colaboradores: El grado de compañerismo, competencia y apoyo entre los colaboradores.

La satisfacción laboral de los profesionales sanitarios se considera un indicador de calidad en la gestión del sistema, estando relacionado con la calidad de los servicios ofrecidos. Parece evidente en la actualidad, donde no se puede satisfacer las expectativas del cliente/paciente sin satisfacer las expectativas del profesional, por lo que se hace imprescindible establecer las condiciones ideales de adecuación del puesto de trabajo a la formación del profesional para poder ejercer un servicio satisfactorio para el cliente (Pérez-Ciordia, 2012).

En general, cualquier trabajador es susceptible de sentirse satisfecho o insatisfecho con su trabajo; en función de las variables que lo rodeen. Se han descrito diversas características asociadas a la satisfacción en el entorno laboral, como por ejemplo, la profesión, el reconocimiento laboral, responsabilidad, condiciones propias del trabajo, formación continuada, tiempo adecuado con los pacientes, equidad en los premios concedidos al profesional, relaciones personales

y otros diversos factores (Villagómez, 2003, Mechanic, 2003). Evidentemente existen otras circunstancias que pueden provocar la situación opuesta, como trabajo excesivo, estrés laboral, pérdida de autonomía clínica, bajo salario y otros factores (Horowitz, 2003).

Locke (1976), resumió los principales factores que inducen a una mayor o menor satisfacción laboral en los siguientes: trabajo mentalmente estimulante, recompensas equitativas, grado de apoyo de las condiciones de trabajo y grado de apoyo de los compañeros. Además, existen evidencias descritas en la bibliografía, que influyen en el grado de satisfacción laboral del profesional sanitario (Ruzafa Martínez, 2008; Ning, 2009; Lorber, 2012). Por poner algunos ejemplos, la satisfacción laboral disminuye cuando los derechos laborales y las oportunidades de promoción son reducidos (Ruzafa Martínez, 2008), así como la existencia de conflictos en el equipo de trabajo y la falta de recursos, que también determinan los niveles de satisfacción (Ning, 2009). Por otro lado, al incrementar la remuneración económica, el reconocimiento personal, el tiempo laboral dedicado a la investigación, la definición de funciones (rol) y el establecimiento de un buen horario, se incrementan las sensaciones de satisfacción laboral (Lorber, 2012).

El problema es que en último término, la satisfacción, igual que ocurría con la calidad, es una percepción personal y por lo tanto subjetiva, por lo que es difícil de medir. La medición de satisfacción laboral, dependerá de la generalidad que queramos medir o el nivel de especificidad (López Montesinos, 2009).

El Cuestionario General de Satisfacción en Organizaciones Laborales (S4/82) de Meliá, Peiró y Calatayud (1986), nos permite la medición de seis factores (satisfacción con la supervisión y participación en la organización, con el ambiente físico, con las prestaciones materiales y recompensas complementarias, satisfacción intrínseca del trabajo, satisfacción con la remuneración y con las prestaciones básicas, seguridad en el puesto y relaciones interpersonales), mediante 82 ítems.

Habitualmente para medir la satisfacción laboral en enfermería se han utilizado diversas escalas o test, como el *Job description Index*, *Minnesota Satisfaction Questionnaire* (MSQ) (Peiró, 2004), el cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35) (Martín, 2004), el cuestionario de satisfacción laboral *Font-Roja* (Aranaz, 1988), entre otros.

Recientemente, Pérez Ciordia y col. (2012) han desarrollado un nuevo cuestionario para medir la satisfacción laboral en atención primaria, el CMLS o cuestionario de mejora de la satisfacción laboral. La importancia de dicho cuestionario radica en que se construyó basándose en todos los ítems presentes en los cuestionarios anteriormente citados. Dicho test está compuesto por 9 dimensiones o subescalas que pueden dar una medida fidedigna del grado de satisfacción laboral de un profesional sanitario. Dimensiones que miden la competencia profesional, la satisfacción intrínseca por la actividad laboral, las relaciones interpersonales con los compañeros, satisfacción con la gestión del trabajo, retribución y promoción profesional, presión del trabajo, relaciones con los pacientes, relaciones con los jefes y satisfacción con condiciones de trabajo (Tabla 4).

De igual modo, para medir la satisfacción laboral de un concreto grupo de trabajo, existen diversos cuestionarios como el de Peiró y Munduate (1994) o el de Lloret, González-Romá, Luna y Peiró (1993) para medir la satisfacción laboral de los profesionales de la salud en equipos de Atención primaria, con 33 ítems y ocho factores (CSLPS-EAP), o la versión reducida anterior (CSLPS-EAP), de setenta y tres ítems y catorce factores (Peiró, 2004).

En la siguiente tabla se describen las variables más importantes que afectan a la satisfacción laboral y el porcentaje de varianza explicada por cada una de ellas, en el cuestionario CLMS (Tabla 4).

Tabla 4. Validez del cuestionario CMLS para medir la satisfacción laboral.

Dimensión	Denominación	% de la Varianza
1	Competencia profesional	14.5
2	Satisfacción intrínseca por la actividad laboral	13.7
3	Relaciones interpersonales con los compañeros	4.6
4	Satisfacción con la gestión del trabajo	4.4
5	Retribución y promoción profesional	4.0

Fuente: Pérez-Cioridia, 2012.

A raíz de estos datos, podemos obtener dos conclusiones. En primer lugar, que el factor predisponente que va a determinar la satisfacción laboral es la competencia profesional. Por otro lado, si tenemos en cuenta todos los factores que determinan la satisfacción laboral de un profesional sanitario, sólo seríamos capaces de explicar un 40% de la variabilidad de los resultados, por lo que existen numerosas características o factores que están influyendo y que no son tenidos en cuenta en la actualidad.

En un trabajo previo de López-Montesinos (2009), pone de manifiesto en nuestra región, algunos indicadores o predictores de satisfacción laboral en el colectivo profesional de enfermería. En concreto, aquellos profesionales con mayor satisfacción laboral fueron los solteros, las mujeres, con horario de día, sin rotaciones, con jornadas continuas de trabajo, con un contrato de sustitución, sin realizar guardias en sus turnos de trabajo en relación a nuestro estudio, con acceso a la formación continuada.

Como podemos observar, la formación académica recibida es un factor a considerar a la hora de determinar el grado de satisfacción del profesional de enfermería, y por lo tanto, también es el más influyente en sentido opuesto, por lo que un enfermero que su actividad profesional no esté adecuada a su desempeño profesional, tendrá mayor riesgo de desarrollar una sensación de insatisfacción. Y es que en la actualidad, los sistemas sanitarios y los propios profesionales, como

entidades sociales prestadoras de servicio, han evolucionado para poder dar respuesta a los cambios sociales y tecnológicos a los que deben hacer frente. Desde esta perspectiva, para una adecuada gestión administrativa de las instituciones prestadoras de servicio, se requieren profesionales con un adecuado desarrollo científico y técnico que asegure una adecuada competencia profesional según el área de formación, y que pueden y deben variar de acuerdo al cargo que el enfermero desempeñe en la organización (Sibada, 2009).

Si analizamos detalladamente la dimensión de la competencia profesional del cuestionario CMLS, observamos que los ítems que la constituyen, por orden de importancia (o influencia), son: tiempo mínimo para la formación en horario laboral, actuar en actividades de investigación, relaciones con atención especializada más ágiles y fluidas, facilidad para acudir a congresos-actividades de formación, trabajar con programas más que con demanda de atención aguda, entre otras (Pérez-Ciordia, 2012). En definitiva, queda claramente reflejado que uno de los factores fundamentales para determinar la satisfacción laboral de un profesional de enfermería es una adecuada competencia profesional, la cual a su vez depende del nivel de acceso a su formación, a participar en actividades de investigación o acudir a congresos-actividades de formación. Estos resultados se han corroborado en otros países como Noruega (Krogstad, 2006), Australia (Bartram, 2004) o incluso China (Lu, 2007), en donde documentalmente se evidencia esta afirmación, por lo que concluyen en que, a mayor grado de competencia profesional y adecuación de formación al puesto de trabajo, mayor grado de satisfacción laboral, aunque algunos estudios presentan que, en determinadas muestras, a menos posibilidad de acceso a una formación continuada para el desempeño correcto de unas actividades dentro del ejercicio profesional, no aparece disminución de la satisfacción laboral (López Montesinos, 2009).

MARCO EMPÍRICO

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

*“La observación indica cómo está el paciente;
la reflexión indica qué hay que hacer;
la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo.
la formación y la experiencia son necesarias para saber
cómo observar y qué observar;
cómo pensar y qué pensar.”*

Florence Nightingale

3.- MARCO EMPÍRICO. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

Una vez contextualizada la investigación en los apartados de introducción y Marco teórico, procedemos a comentar en este apartado del estudio los objetivos y supuestos de trabajo, así como la metodología realizada para llevar a cabo dichos objetivos. En concreto, en esta sección vamos a describir con detalle el diseño, ámbito y periodo de estudio, la selección de los sujetos estudiados, los instrumentos de evaluación, tanto desde el punto de vista de su desarrollo como de su aplicación, y finalmente comentaremos el análisis estadístico realizado.

3.1.- Hipótesis de la investigación.

La formación postgrado del personal enfermero no es adecuada al puesto de trabajo que desempeña.

Existen barreras para el acceso a la formación postgrado y formación continuada en los profesionales de enfermería.

La formación continuada ofertada a los profesionales de enfermería no se adecua a la formación demandada.

3.2.- Objetivos de la investigación.

Objetivo general:

- Identificar la formación académica de postgrado de los profesionales de enfermería y evaluar si dicha formación es adecuada al puesto de trabajo.

Objetivos específicos:

- Conocer el acceso a la formación continuada y las posibles barreras para continuar formándose de los profesionales de enfermería.
- Identificar las asociaciones entre formación postgrado del profesional y variables sociodemográficas y laborales.
- Analizar las necesidades de formación de postgrado del profesional de enfermería.

3.3.- Diseño, Población y muestra.

3.3.1 Diseño y ámbito de estudio.

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal y prospectivo. El estudio se llevó a cabo durante los años 2011-2012. En dicho periodo, se desarrolló un cuestionario autoadministrado a través de una página web (<http://enfermerdiadocente.es>). El ámbito de estudio se centra en el colectivo enfermero de la Comunidad Autónoma de Murcia.

3.3.2. Población y muestra.

La población de estudio está formada por todos los enfermeros de la Región de Murcia.

Los criterios de Inclusión para la participación en el presente estudio fueron los siguientes: Profesionales de Enfermería colegiados en el Colegio de Enfermería de Murcia (COEMUR) en cuya base de datos figure su correo electrónico. Tamaño de la población accesible 2100 enfermeros.

El tamaño muestral se calculó basándonos en la población total de enfermeros colegiados en la Región de Murcia que cumplían los criterios de inclusión y teniendo en cuenta datos obtenidos en estudios previos (López Montesinos 2009), para estimar la proporción con un

error de estimación máximo del 5%, y un nivel de confianza del 95%, siguiendo la siguiente fórmula para la estimación del tamaño muestral:

$$n_p = \frac{N p q}{(N - 1) \frac{B^2}{k^2} + p q}$$

(Fórmula para la estimación del tamaño muestral: n= tamaño de la muestra estimado. N=tamaño de la población. p y q: probabilidades. B=potencia. k=constante).

Según esto, el tamaño de la muestra resultó de 314 sujetos, aunque finalmente se incluyeron los 319 sujetos que completaron el cuestionario autocumplimentado, debido a que la inclusión de estos sujetos no disminuye la sensibilidad ni la fiabilidad de los resultados obtenidos en el presente trabajo. El cuestionario disponible en la página web sigue activo por motivos de investigación, por lo que el tamaño muestral se va incrementando paulatinamente, para futuros estudios.

La técnica de muestreo, empleada fue un muestreo de conveniencia, seleccionando a los individuos que voluntariamente cumplimentaron el cuestionario. Se envió el cuestionario vía web a toda la población de estudio para garantizar una tasa de respuesta al menos igual al tamaño de la muestra calculada.

A continuación, en la siguiente tabla mostramos la edad media y otros parámetros estadísticos que nos permiten definir la población estudiada:

Tabla 5. Datos descriptivos de la edad de los sujetos estudiados:

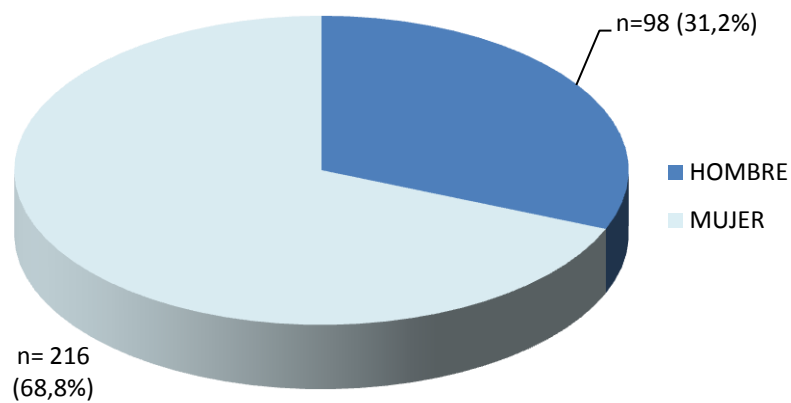
Media	D.E.	E.T.	Mínimo	Máximo	Rango	N
40	11	0.6	(20 - 64)		44	314

D.E.: Desviación estándar. E.T.: Error Típico de la Media.

La edad media de la población fue de 40 años. Una característica de la población estudiada es que es muy homogénea respecto a la edad. El 95% de los sujetos encuestados se encuentran en un rango de unos 10 años respecto a la edad media de la población.

En cuanto al sexo, el porcentaje de hombres fue del 31%, mientras que el de mujeres consultadas fue del 69%, tal y como se muestra a continuación (Figura 15):

Figura 15. Gráfico de sectores mostrando la frecuencia de sujetos del grupo hombre y del grupo mujer.



3.4 Variables del estudio.

Variable principal: Adecuación de la formación académica de postgrado de los profesionales de enfermería al puesto de trabajo. Variable cualitativa dicotómica.

Para medir la adecuación de la formación al puesto de trabajo se miden los siguientes ítems agrupados en el Bloque 5:

- Percepción sobre necesidades de formación continuada, variable cualitativa dicotómica.
- Realización de formación continuada en su centro de trabajo, variable cualitativa dicotómica.
- Formación recibida y adecuación a las necesidades del puesto de trabajo, variable cualitativa dicotómica.

Otras variables del estudio:

Bloque 1.

Variables sociodemográficas:

- Edad, variable cuantitativa discreta.
- Sexo, variable cualitativa dicotómica.

Variables sociolaborables:

- Área sanitaria, variable cualitativa.
- Puesto de trabajo, variable cualitativa.
- Antigüedad en la empresa, variable cuantitativa.
- Antigüedad en el puesto de trabajo, variable cuantitativa.
- Tipo de contrato, variable cualitativa.

Bloque 2.

- Formación académica obtenida, variable cualitativa.
- Año de finalización formación académica, variable cuantitativa discreta.

Variables relacionadas con la formación continuada postgrado:

Bloque 3.

- Realización de cursos de formación continuada, variable cualitativa dicotómica.
- Realización de otras actividades de formación continuada, variable cualitativa dicotómica.
- Ubicación en puesto de trabajo en gestión, variable cualitativa dicotómica.

Bloque 4.

- Área de interés en formación continuada, variable cualitativa nominal.

Bloque 5.

- Percepción sobre acceso a la formación continuada, variable cualitativa nominal.
- Barreras para la realización de formación continuada, variable cualitativa dicotómica.
- Identificación de barreras en el acceso a la formación continuada, variable cualitativa nominal.
- Valoración de la calidad asistencial en el desempeño de su trabajo, variable cualitativa ordinal.
- Valoración de la repercusión de la formación continuada adaptada al puesto de trabajo y la calidad de los cuidados prestados, variable cualitativa ordinal.
- Valoración de la repercusión de la formación continuada adaptada al puesto de trabajo y la presencia de efectos adversos, variable cualitativa ordinal.

3.5 Fuentes de información.

Como método de investigación y fuente de información, se incluye, en una primera fase del proceso, la investigación documental sobre el tema objeto de estudio, la estrategia de búsqueda utilizada se puede consultar en el Anexo 5.

Posteriormente se utiliza como fuente de información a un grupo de profesionales expertos en la temática de investigación, mediante un Grupo Nominal, con el objeto de complementar y consensuar los resultados obtenidos con la búsqueda documental.

La fuente de información principal para la investigación de campo son los profesionales de enfermería a través de una encuesta de opinión como herramienta diagnóstica, que nos facilite una investigación descriptiva incidental, cuantitativa y cualitativa, desde los ítems formulados.

También se han usado como fuente de información Leyes, Órdenes, Normativa y Reales Decretos de relevancia para el presente estudio (Anexo 6).

3.6.-Instrumentos y procedimiento de recogida de información.

Para la obtención de los datos del estudio se desarrolló un cuestionario específico autocumplimentado y administrado mediante una herramienta de toma de datos disponible vía web (<http://enfermeriadocente.es>).

3.6.1 Diseño del cuestionario para la obtención de datos.

Se desarrolló un cuestionario elaborado a partir de la revisión bibliográfica efectuada y de la opinión de expertos a través de un Grupo Nominal, con el fin de obtener la validez de contenido del instrumento y disponer de una herramienta para medir las dimensiones relacionadas con la demanda de formación continuada de los profesionales, su nivel de formación académica y la adecuación de esta formación continuada al puesto de trabajo que desempeñan. Así mismo, se contemplan en el cuestionario determinadas variables sociodemográficas, que pueden presentar asociaciones significativas con los restantes ítems.

La elaboración del cuestionario definitivo para la obtención de datos se realizó en 5 fases que se describen a continuación:

Fase 1. En esta fase se concretó el aspecto a estudiar (adecuación de la formación continuada al puesto de trabajo), la técnica de medida concreta (preguntas dicotómicas, preguntas de respuesta múltiple, preguntas tipo Likert) y un conjunto inicial de ítems. Estos ítems se obtuvieron a partir de la revisión de diversos cuestionarios como el Training Need Analysis Questionnaire de Hicks y Hennessy (Hicks C 1996), Nursing Stress Scale (Gray-Toft P 1981), Cuestionario de Mejora de Satisfacción Laboral (CMLS) de Pérez-Ciordia y cols. (2012), cuestionario de calidad de los cuidados de enfermería de Sierra Talamantes y cols. (2009), entre otros, además de ítems de elaboración propia. El cuestionario inicial constaba de 31 ítems.

Fase 2. En esta fase se realizó una primera validación del contenido, mediante una depuración de los ítems iniciales y, se eliminaron los ítems que en base a la literatura no iban a aportar información significativa para evaluar mejor la adecuación de la formación. A su vez se redefinió la redacción de ciertos ítems para mejorar su comprensión.

Posteriormente se realizó un Grupo Nominal como técnica de consenso entre expertos que permitió priorizar y consensuar los ítems para elaborar el cuestionario y establecer la validez de contenido.

En la técnica de Grupo Nominal se parte de una pregunta que se formula a un grupo de 8 o 10 participantes previamente seleccionados y convocados. Tras un periodo de reflexión se van enunciando las respuestas sin agruparlas ni discutir sobre ellas hasta después de haberlas anotado todas. Posteriormente, los expertos se reúnen para discutir acerca de las cuestiones planteadas, para finalizar con una votación sobre la importancia de los ítems que dará como resultado la selección de los considerados prioritarios (Amezcuca, 2003).

También es posible responder y priorizar preguntas propuestas por el moderador, siendo esta la técnica utilizada para esta investigación.

Para la formación del Grupo Nominal, se seleccionó un moderador, que participó en la planificación de las reuniones y que tenía conocimientos actualizados del tema a investigar para el logro y dominio efectivo de la actividad.

El número de participantes para la formación del Grupo Nominal, no superior a 10 participantes, estuvo integrado por profesionales sanitarios de enfermería, por profesionales docentes que quieren mejorar los programas de formación y la prestación de servicios sanitarios, procedentes de instituciones y sectores que trabajan en el ámbito de la docencia.

Se constituyó un grupo formado por un Moderador y cinco Vocales, o profesionales que ocupaban puestos de trabajo en el ámbito de la enfermería docente, de gestión, asistencial o investigador.

Tras el consenso alcanzado por el grupo de expertos el cuestionario definitivo se redujo a 27 ítems.

Fase 3. Se codificaron numéricamente las diferentes variables para el posterior análisis estadístico. En general, las variables categóricas dicotómicas de respuestas sí o no se codificaron con 1 punto = SÍ, 0 puntos = NO, hombre = 0, mujer = 1, y así sucesivamente con el resto de variables. Las variables de respuesta múltiple se codificaron como 0 la primera opción, 1 la segunda y 2 la última opción.

Fase 4. Para medir la confiabilidad del instrumento se realizó la llamada prueba-reprueba, es decir, el cuestionario fue administrado por la investigadora a 57 profesionales de enfermería seleccionados con un muestreo intencional distribuidos en diferentes centros sanitarios de la Región de Murcia. Un mes después y siguiendo el mismo procedimiento se volvió a administrar el cuestionario a los mismos profesionales.

Se calculó la fiabilidad del cuestionario definitivo mediante la consistencia interna del mismo. El estadístico elegido fue el coeficiente alfa de Cronbach, empleado para evaluar la homogeneidad de los distintos ítems de una misma dimensión y del cuestionario global (varianza ítem-ítem total). Se seleccionó un punto de corte para el valor de $\alpha \geq 0,8$ para asegurar la fiabilidad de los diferentes ítems.

Fase 5. Validación del Cuestionario Final. Análisis factorial. Los ítems seleccionados fueron sometidos a un análisis de componentes principales con una rotación varimax. Se seleccionaron factores con autovalores superiores a 1 que aportaran una explicación de la varianza como mínimo del 5%. La adecuación del análisis se comprobó mediante la medida de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett. El test se resolvió con 5 bloques que fueron definidos como Formación Académica, Formación continuada, Formación que le gustaría recibir y Percepción Personal de Formación Continuada en el Centro de Trabajo.

Además de las preguntas seleccionadas, se añadió un bloque inicial de variables sociolaborales y sociodemográficas. Estas variables

se incluyeron ya que nos aportan información sobre ciertos aspectos relevantes para el presente trabajo, como el género, la edad, área de salud, puesto de trabajo, antigüedad en la empresa, antigüedad en el puesto de trabajo, y tipo de contrato.

El cuestionario final quedó constituido por las siguientes dimensiones clasificadas en diferentes bloques (Tabla 6 y Anexo 7):

Tabla 6. Bloques o dimensiones de la herramienta de recogida de datos.

Bloque	Denominación
1	Variables sociodemográficas y sociolaborales.
2	Formación académica y año de finalización de estudios.
3	Formación continuada
4	Formación enfermera que le gustaría recibir
5	Percepción personal de formación continuada en el centro de Trabajo

3.6.2 Procedimiento de recogida de información. Elaboración de la página web.

Se ha desarrollado una herramienta web mediante la cual se muestran los contenidos del cuestionario y tras la selección o cumplimentación de los diversos ítems disponibles se podrá proceder al envío y registro de la misma.

La puesta en funcionamiento de esta aplicación web se ha logrado gracias al uso y manejo de los siguientes recursos informáticos de libre disposición: servidor de base de datos MySQL, servidor web APACHE, PHP, Javascript y PHPMyADMIN. Un resumen detallado de las funciones de cada una de ellas se comenta en el Anexo 8.

El método de la encuesta por Internet es una estrategia de obtención de datos, que obviamente está aumentando en paralelo con el uso de Internet. No obstante, hay que destacar que esta técnica presenta ventajas e inconvenientes que han de tenerse en cuenta. Entre

las ventajas, destaca la gran rapidez, la mejora en la respuesta por la posibilidad de introducir elementos audiovisuales en el cuestionario y el menor coste de la investigación cuando se compara con encuestas administradas. Por el contrario, existen problemas de acceso a la web (falta de cobertura WiFi), ausencia de aleatoriedad en las muestras y menor tasa de respuesta. Aunque hoy en día el uso de Internet es prácticamente generalizado, puede ser que existan diferencias entre la población general y los usuarios de Internet, puesto que las encuestas a través de la red presentan un perfil más joven y con mayor nivel educativo (Diáz, 2012). Esta circunstancia debe ser tenida en cuenta a la hora de interpretar los datos.

3.7.- Cronograma de actividades.

El presente proyecto ha sido desarrollado en un total de 5 fases, tal y como se describe en la Figura 16. De forma detallada, y siempre hablando desde un punto de vista cronológico. El objetivo fundamental de la primera fase fue el diseño de la investigación, así como desarrollar un primer boceto de la herramienta de recogida de información. La “Elaboración del Grupo Nominal”, se llevó a cabo seleccionando una representatividad de enfermería en cada centro a partir de Septiembre 2011. Posteriormente, durante la 2ª fase se llevó a cabo la “elaboración definitiva del cuestionario de toma de datos”, tras la revisión bibliográfica efectuada y la obtención de los resultados de Grupo Nominal, a partir de noviembre de 2011.

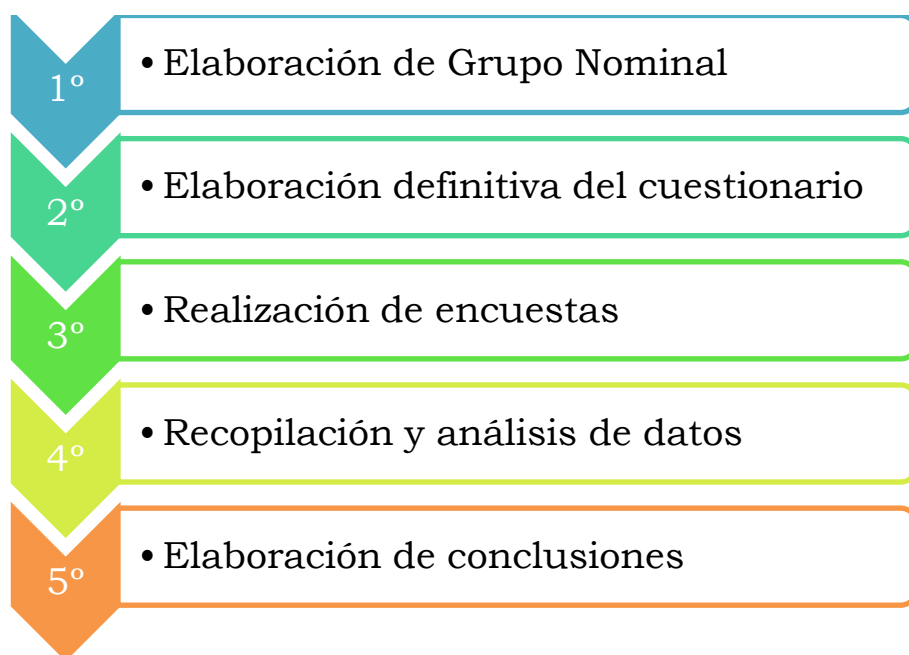
Una vez confirmada la validez y fiabilidad de la herramienta de toma de datos, se procedió a la 3º fase del proyecto, que consistió en la “Realización de encuestas”. Para ello, se determinó el tamaño muestral y se eligió la técnica de muestreo más adecuada. Consideramos importante destacar que en esta fase fue fundamental la colaboración del Colegio de Enfermería de la Región de Murcia. Esta etapa tuvo lugar a lo largo del año 2012.

La obtención de datos a partir de la página web se ciñó al periodo de Junio-Diciembre 2012. Durante este espacio de tiempo, los profesionales que pertenecían al Colegio Oficial de Enfermería de Murcia fueron invitados a completar la encuesta a través de una carta informativa vía correo electrónico.

Antes de completar el cuestionario web, se indican una serie de premisas para garantizar la confidencialidad de las respuestas, y se solicita al encuestado que elija la opción más adecuada a su realidad, asegurando que no hay respuestas buenas ni malas.

La fase 4^a consistió fundamentalmente en la “recopilación de datos”, mediante la exportación de la herramienta web diseñada a formatos que fueran manejables desde un punto de vista estadístico (fundamentalmente Excel y SPSS). Por tanto, durante esta fase también se llevó a cabo el análisis estadístico de los resultados (finales 2012-principios 2013). La última fase consistió en la redacción de los resultados, discusión de los mismos y elaboración de conclusiones y propuesta de ciclo de mejora.

Figura 16. Cronograma de actividades realizadas en el presente proyecto.



3.8.- Análisis de Resultados – Procedimiento estadístico.

En primer lugar se ha realizado un análisis descriptivo de los resultados, en el que se muestran las frecuencias y porcentajes observados de las diferentes variables estudiadas en el presente trabajo. Junto a las tablas de frecuencia, se muestran los gráficos de sectores o barras, con el fin de facilitar su comprensión.

Posteriormente, se ha realizado un análisis estadístico inferencial, donde se han analizado los datos en función de diversas variables de interés. Cuando analizamos la asociación o relación entre dos variables nominales, el estadístico elegido fue el χ^2 (chi-cuadrado). Este estadístico nos permite evaluar la hipótesis nula de independencia, y para niveles de significación muy bajos ($< 0,05$) podemos afirmar que 2 variables nominales están relacionadas. No obstante, este estadístico no nos dice nada sobre la fuerza de la asociación entre las variables estudiadas. Con tamaños muestrales muy grandes, diferencias relativamente pequeñas entre las diferencias observadas y las esperadas pueden dar lugar a valores chi-cuadrado demasiado altos. Por tanto, para estudiar el grado o la fuerza de asociación existente entre variables nominales se han utilizado medidas de asociación como el coeficiente de contingencia, el ϕ y V de Cramer para intentar cuantificar el grado de relación entre variables nominales eliminando el efecto del tamaño muestral.

Además, se han analizado relaciones bivariadas de variables numéricas discretas (años en el puesto de trabajo, número de cursos...) por medio del coeficiente de correlación de Pearson (r).

Cuando el objetivo del análisis estadístico ha sido analizar la diferencia del valor medio de estas variables numéricas discretas, hemos utilizado el análisis de la *t- student*-para muestra independiente o el procedimiento ANOVA de una vía según correspondiera.

Finalmente, para evaluar la influencia de las variables del estudio sobre las variables principales de interés, utilizamos el método de regresión logística multivariable, usando el método de pasos atrás de Wald para asegurarnos que la inclusión de variables en los modelos predictores no se deba a artefactos o interacciones.

RESULTADOS

*“No hay cuestiones agotadas,
sino hombres agotados de las cuestiones.”*

Santiago Ramón y Cajal

4.- RESULTADOS.

Los resultados de la presente investigación se han dividido en dos apartados principales.

En primer lugar, realizaremos un análisis descriptivo de los datos obtenidos. En esta sección se presenta las frecuencias y porcentajes de las diferentes variables estudiadas, con el fin de poder mostrar una idea general de la población estudiada, así como de las necesidades de formación y otras variables sociolaborales de los enfermeros incluidos en el presente estudio. Los datos se presentan de forma semejante a la estructura de la encuesta web utilizada como herramienta de medición (recordamos que se encuentra disponible en la dirección: enfermeriadocente.es).

En segundo lugar, se ha realizado un estudio de inferencia estadística para analizar cómo influyen ciertas variables como el sexo, el área de salud y otras variables en las demandas de formación, todo ello con el fin de intentar responder a los objetivos planteados anteriormente. En esta segunda sección del apartado de resultados se ha evaluado:

- Asociación entre la variable sexo y resto de variables analizadas.
- Asociación entre la variable edad y resto de variables analizadas.
- Asociación entre la variable tipo de contrato y resto de variables analizadas.
- Asociación entre la variable puesto de trabajo y resto de variables analizadas.
- Correlación entre las variables cuantitativas antigüedad en el puesto y antigüedad en la empresa, y acceso a la formación continuada.
- Análisis Multivariable.

4. 1.- Variables sociolaborables.

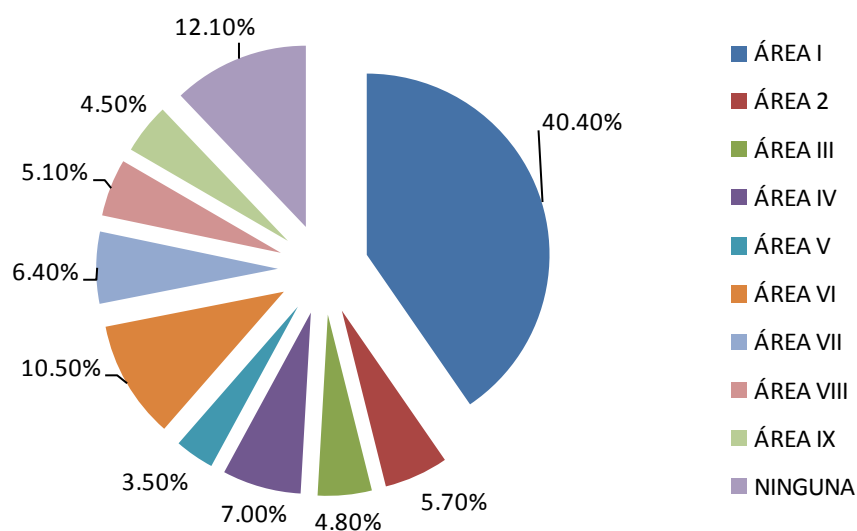
Se describe los datos obtenidos de las variables sociolaborales. Recordamos en este punto que la edad y el género de los sujetos estudiados se ha descrito anteriormente en el apartado de Metodología respecto a las características de la población estudiada.

4.1.1.- Área de salud.

El estudio se centra en la Región de Murcia en sus 9 áreas de Salud. La mayor parte de los enfermeros que han participado pertenecen al Área I de Salud (40%), seguidos de los que no pertenecen a ningún área (12%), y de los del área VI, con un 10% aproximadamente (tabla 7 y figura 17).

Tabla 7. Distribución de la muestra en áreas de salud.

	Frecuencia	Porcentaje válido
ÁREA I	127	40,4
ÁREA 2	18	5,7
ÁREA III	15	4,8
ÁREA IV	22	7,0
ÁREA V	11	3,5
ÁREA VI	33	10,5
ÁREA VII	20	6,4
ÁREA VIII	16	5,1
ÁREA IX	14	4,5
NINGUNA	38	12,1
Total (No válidos n=5)	314	100,0

Figura 17. Distribución de la muestra en áreas de salud.

4.1.2.-Puesto de trabajo.

Respecto al puesto de trabajo, de los componentes de la muestra el grupo más numeroso trabaja en un puesto de hospitalización (25%), seguido de los empleados de Centros de Atención Primaria (18%) y otros puestos no especificados (16%). Por el contrario, los enfermeros que trabajan en laboratorio y docencia solamente representan un 1,4% y un 1,5% de los sujetos estudiados (Tabla 8).

Tabla 8. Puesto de trabajo actual.

	Frecuencia(n)	Porcentaje Válido (%)
HOSPITALIZACIÓN	68	24,6
QUIRÓFANO	22	8,0
UCI	22	8,0
URGENCIAS	21	7,6
LABORATORIO	4	1,4
UNIDAD DE GESTIÓN	8	2,9
CENTRO DE DÍA	10	3,6
CENTRO DE AP	50	18,1
CENTRO 061	10	3,6
HEMODONACIÓN	7	2,5
DOCENCIA	5	1,8
ENFERMERIA DEL TRABAJO	4	1,4
OTROS	45	16,3
N	276	100,0
Total	319	

4.1.3. y 4.1.4.- Antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo.

Respecto a la antigüedad en la empresa, los datos obtenidos de la muestra reflejan una media de 14 años (168 meses). Hay que destacar en esta ocasión, la enorme variabilidad de los resultados, tal y como se observa en el rango, que corresponde aproximadamente a 42 años de diferencia entre aquellos que tienen de antigüedad 0 meses frente a sujetos con una antigüedad en la empresa superior a los 42 años.

Tabla 9. Antigüedad en la empresa (en meses) de los sujetos estudiados.

Media	D.E.	E.T.	Mínimo	Máximo	Rango	N
168	131	7.4	(0 – 508)		508	314

D.E.: Desviación estándar. E.T.: Error Típico de la Media

Del mismo modo, respecto a la antigüedad en el puesto de trabajo, el tiempo medio es de 7 años y medio (90 meses). Al igual que en el caso anterior, la variabilidad de los datos es mayor incluso que la media (tabla 10), lo cual es importante a la hora de interpretar la influencia de éstas sobre otras variables.

Tabla 10. La antigüedad en el puesto de trabajo actual (en meses) de los sujetos estudiados.

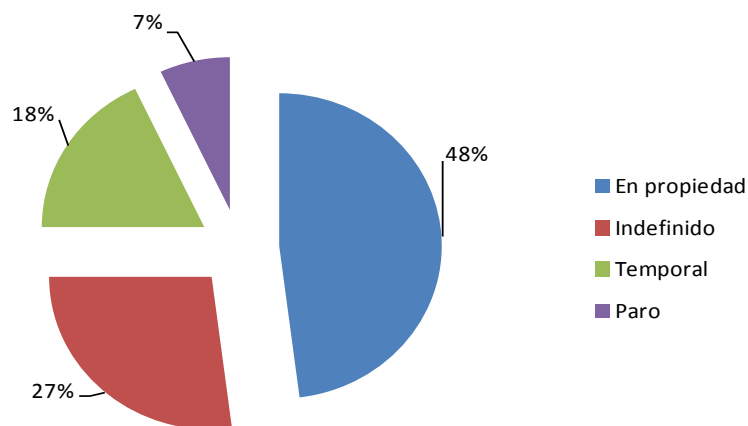
Media	D.E.	E.T.	Mínimo	Máximo	Rango	N
90	91	5	(0 – 475)		475	314

D.E.: Desviación estándar. E.T.: Error Típico de la Media

4.1.5.-Tipo de contrato.

En cuanto al tipo de contrato de los enfermeros encuestados, la mayor parte presentaron un contrato en propiedad (48%), un 27% contrato indefinido y un 18% aproximadamente un contrato temporal. Otro dato a tener en cuenta es que un 7,6% de la población estudiada está en paro (Figura 18).

Figura 18. Tipo de contrato.

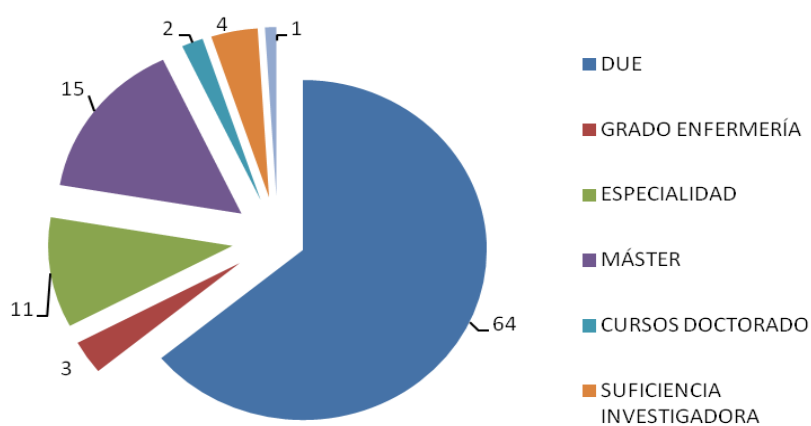


4.1.6.- Máxima formación académica recibida.

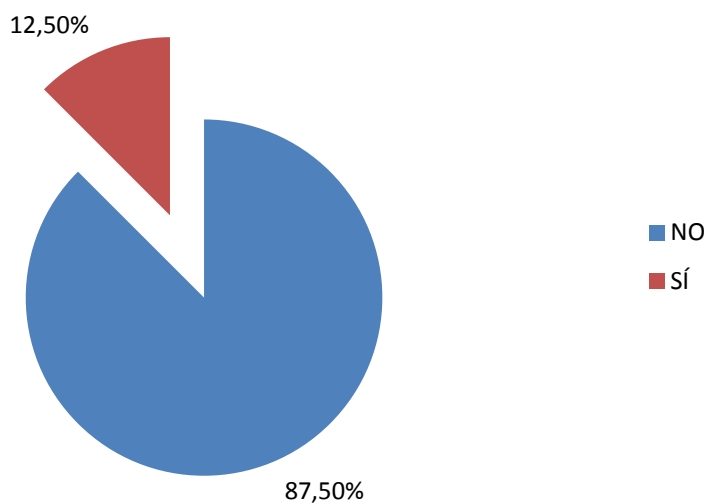
4.1.6.1.- A continuación describimos los datos obtenidos respecto a la máxima formación académica, previa a la participación en el estudio. En la siguiente tabla mostramos los datos de prevalencia únicamente de la máxima formación alcanzada. No se contempla la formación ATS. La mayoría de los participantes tienen el título de Diplomado Universitario en Enfermería (DUE). Sólo 10 sujetos tenían el título de grado en el momento del estudio, y 3 están en posesión del título de Doctor.

Tabla 11. Formación académica recibida (se considera sólo la máxima alcanzada).

	Frecuencia	Porcentaje válido
DUE	201	64,0
GRADO ENFERMERÍA	10	3,2
ESPECIALIDAD	33	10,5
MÁSTER	48	15,3
CURSOS DOCTORADO	6	1,9
SUFICIENCIA INVESTIGADORA	13	4,1
DOCTORADO	3	1,0
N	314	100,0
Total	319	

Figura 19. Máxima formación alcanzada.

4.1.6-2. En los estudios propios de Enfermería, existe un 10,3% (n=33) de sujetos que además han realizado otros estudios superiores (figura 20)

Figura 20. Enfermeros encuestados con otros estudios superiores.

4.1.6.3.- Presentamos el año medio en que se finalizaron estos estudios (tabla 12):

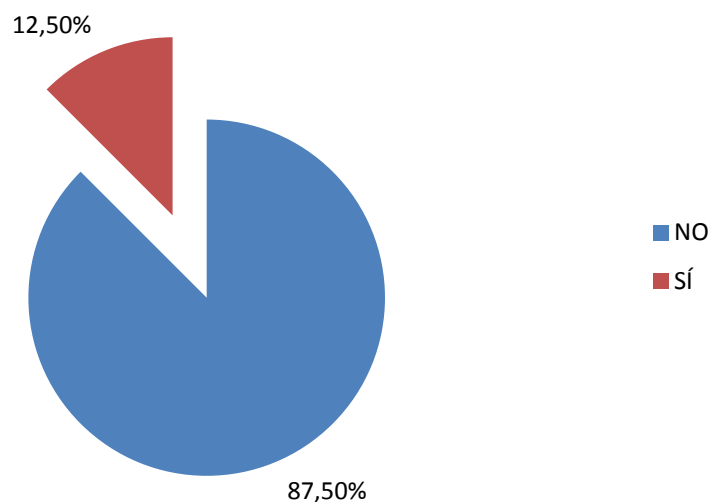
Tabla 12. Año de finalización de los otros estudios superiores (en años).

Media	D.E.	E.T.	Mínimo	Máximo	Rango	N
1999	9	1,6	(1999 – 2011)		41	33

D.E.: Desviación estándar. E.T.: Error Típico de la Media

4.1.6.4.- Un 12,5% (n=40) de los sujetos encuestados han obtenido otra titulación de formación profesional (figura 21).

Figura 21. Sujetos con otros estudios de formación profesional.



4.1.6.5.- Cuando evaluamos el año de finalización de estos estudios de formación profesional, los datos indican que en algunos encuestados dichos estudios se realizaron con anterioridad a los estudios propios de enfermería, ya que la media de finalización de estudios de formación profesional acaba en el año 1995, lo que indica que como media, esta formación es previa a la media de la obtención de la titulación de DUE, ya que muchos actuales DUE, convalidaron su titulación de ATS, a partir de 1977 (tabla 13).

Tabla 13. Año de finalización de los otros estudios de formación profesional (en años).

Media	D.E.	E.T.	Mínimo	Máximo	Rango	N
1995	8	1,3	(1977 – 2010)		33	40

D.E.: Desviación estándar. E.T.: Error Típico de la Media

4.1.7.- Formación continuada.

En este apartado presentamos el análisis descriptivo de los datos obtenidos sobre formación continuada.

4.1.7.1.- Ante la pregunta, ¿Ha recibido algún curso de formación continuada en los últimos 5 años?, los datos que obtuvimos presentan que, la mayoría de los enfermeros consultados (93%) ha realizado algún curso de formación continuada en los últimos 5 años. En cuanto al número medio de cursos realizados, los datos indican que de media se han realizado 7 cursos de formación. Cuando analizamos estos datos de forma individual, los datos indican que 23 sujetos no han realizado ningún curso, frente a otros enfermeros que han llevado a cabo hasta 30 cursos de formación en los últimos 5 años, en concreto fueron 3 enfermeros, uno del área 6, otro del 9 y otro del 3 (Tablas 14 y 15).

Tabla 14. Formación continuada (cursos) recibidos en los últimos 5 años.

	Frecuencia(n)	Porcentaje válido(%)
SI	291	92,7
NO	23	7,3
N	314	
Total	319	

Tabla 15. ¿Cuántos cursos ha recibido?

Media	D.E.	E.T.	Mínimo	Máximo	Rango	N
6,8	5,8	0,3	(0 - 30)		30	293

4.1.7.2.- Cuando analizamos las actividades de formación recibidas, respecto a asistencia a congresos, sesiones de actualización, sesiones clínicas y otros, nuestros datos indican que el 79.6% de los sujetos también han realizado actividades de formación (Tabla 16).

Tabla 16. ¿Ha asistido a algún congreso, jornada, seminario, etc. en los últimos 5 años?

	Frecuencia	Porcentaje válido (%)
SI	250	79,6
NO	64	20,4
N	314	
Total	319	

4.1.7.3.- Al igual que con el caso anterior, existe una gran diversidad respecto a los datos obtenidos, ya que aunque en esta ocasión, todos los enfermeros encuestados han asistido, por lo menos, a un congreso o jornadas, otros han asistido hasta a 21 de ellas, (tabla 17).

Tabla 17.- ¿Cuántos congresos, jornadas o seminarios ha asistido en los últimos 5 años?

Media	D.E.	E.T.	Mínimo	Máximo	Rango	N
3,4	3,2	0,2	(1 – 21)		20	250

No obstante, en esta ocasión no existe ningún enfermero encuestado que no haya realizado alguna de estas actividades de formación, como ocurría en el caso anterior.

4.1.7.4.- En cuanto a la pregunta ¿Ha trabajado desarrollando o contribuyendo en alguna actividad de formación en los últimos 5 años?, los datos indican que la mayoría de los componentes de la muestra (64,3%) sí han participado en esta actividad (tabla 18).

Tabla 18. ¿Ha trabajado desarrollando o contribuyendo en alguna actividad de formación en los últimos 5 años?

	Frecuencia (n)	Porcentaje válido (%)
SI	202	64,3
NO	112	100,0
N	314	
Total	319	

4.1.7.5.- En el presente estudio también se analiza el número de enfermeros que participan en actividades de investigación, como consecuencia de su formación. De hecho, según los datos obtenidos en el presente estudio, casi la mitad de los enfermeros encuestados (47,5%) participa en este tipo de actividades (tabla 19).

Tabla 19. ¿Ha trabajado desarrollando o contribuyendo en alguna actividad de investigación en los últimos 5 años?

	Frecuencia(n)	Porcentaje válido(%)
SI	149	47,5
NO	165	52,5
N	314	100,0
Total	319	

4.1.7.6.- Ha desempeñado puestos de Gestión.

En las siguientes tablas se representa la frecuencia y % de sujetos que ocupan un puesto de gestión y, posteriormente, indicamos el tipo de puesto. El 15% de los participantes del presente estudio ocupan un puesto de gestión o de responsabilidad, de los cuales el puesto más frecuente es el de supervisión (25 sujetos) seguido de otros puestos (9 sujetos) (Tablas 20 y 21).

Tabla 20. ¿Han ocupado un puesto de gestión?

	Frecuencia	Porcentaje válido (%)
SI	47	15,0
NO	267	85,0
N	314	100,0
Total	319	

Tabla 21. ¿Dónde ha desarrollado un puesto de gestión?

	Frecuencia	Porcentaje válido
EQUIPO DIRECCIÓN	4	8,5
SUPERVISIÓN	25	53,2
RESPONSABLE DOCENCIA	7	14,9
RR.HH.	2	4,3
OTROS	9	19,1
N	47	100,0
Total	319	

4.1.8. Formación enfermera que le gustaría recibir.

4.1.8.1.- Relacionando las necesidades de formación que le gustaría recibir al personal enfermero, hemos analizado cual es la más demandada en primer lugar, en segundo, y así sucesivamente por los enfermeros consultados, así como el orden en el que fueron demandadas las diferentes necesidades de formación:

1º- Cuidados Intensivos. 2º- Médico-Quirúrgica. 3º- Cuidados Pediátricos. 4º- Gestión de calidad. 5º- educación para la salud. 6º- Investigación. 7º- Otra formación. 8º- y 9º Nuevas Tecnologías y Salud de la Mujer. 10º- Cuidados Geriátricos. 11º- Salud Mental. 12º- Metodología Enfermera. 13º- Gestión y Administración (tabla 22).

Figura 22. Individuos que ha seleccionado como primera necesidad de formación.

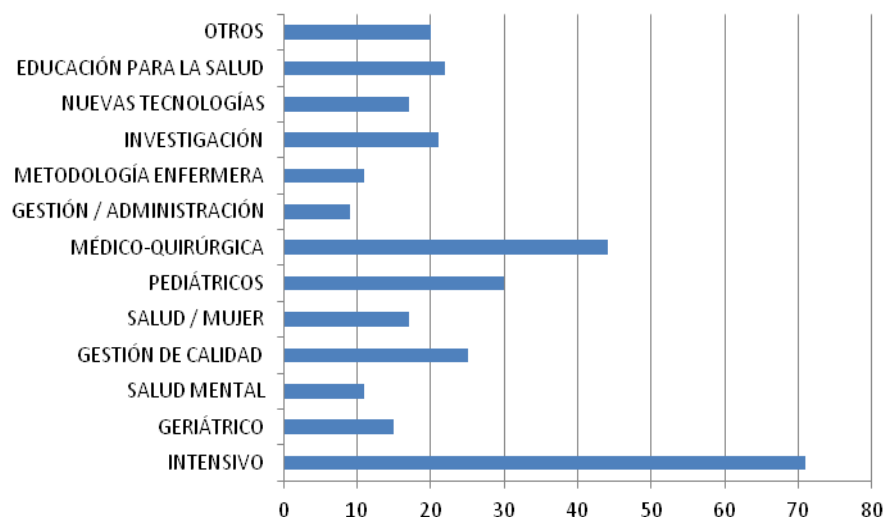


Tabla 22. Individuos que ha seleccionado como primera necesidad de formación.

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
INTENSIVO	71	22,3
GERIÁTRICO	15	4,7
SALUD MENTAL	11	3,5
GESTIÓN DE CALIDAD	25	7,8
SALUD / MUJER	17	5,3
PEDIÁTRICOS	30	9,4
MÉDICO-QUIRÚRGICA	44	13,8
GESTIÓN / ADMINISTRACIÓN	9	2,8
METODOLOGÍA ENFERMERA	11	3,4
INVESTIGACIÓN	21	6,6
NUEVAS TECNOLOGÍAS	17	5,3
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	22	6,9
OTROS	20	6,3

El análisis detallado de las diferentes necesidades de formación se adjunta en el Anexo 9. En cualquier caso, en la siguiente tabla hemos querido hacer un resumen de aquellas necesidades de formación que fueron demandadas en 1er lugar (al igual que la tabla anterior), en segundo lugar y en tercer lugar. A partir de este punto, el número de enfermeros que seleccionó 4 o más necesidades de formación es muy reducido, por lo que los datos resultan difíciles de interpretar.

Tabla 23. Componentes de la muestra que demandan, en diferentes opciones, una formación determinada, y total de la muestra que la ha demandado.

FORMACIÓN	1ª Opción	2ª Opción	3ª Opción
INTENSIVO	71 (22,3%)	18 (5,6%)	14 (4,4%)
ENF.GERIÁTRICA	15 (4,7%)	11 (3,5%)	8 (2,5%)
ENF.SALUD MENTAL	11 (3,5%)	8 (2,5%)	15 (4,7%)
GESTIÓN DE CALIDAD	25 (7,8%)	12 (3,8%)	15 (4,7%)
SALUD / MUJER	17 (5,3%)	33 (10,3%)	13 (4,1%)
ENF. INFANTIL	30 (9,4%)	25 (7,8%)	20 (6,3%)
ENF.MÉDICO-QUIRÚRGICA	44 (13,8%)	56 (17,6%)	19 (6,0%)
GESTIÓN / ADMINISTRACIÓN	9 (2,8%)	20 (6,3%)	21 (6,6%)
METODOLOGÍA ENFERMERA	11 (3,4%)	16 (5,0%)	32 (10,0%)
INVESTIGACIÓN ENFERMERA	21 (6,6%)	29 (9,1%)	30 (9,4%)
NUEVAS TECNOLOGÍAS	17 (5,3%)	16 (5,0%)	23 (7,2%)
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	22 (6,9%)	26 (8,2%)	20 (6,3%)
OTROS	20 (6,3%)	3 (0,9%)	3 (0,9%)
(Perdidos)	6 (1,8%)	46(14,4%)	86 (26,96%)

4.1.8.2.- Dentro de la demanda de formación en “otros tipos de formación”, cuando se solicitó que se indicara de forma más precisa esa formación no incluida en la encuesta inicial expresaron que les gustaría recibir formación en Urgencias / UCI, seguido de Cuidados Especiales y en tercer lugar de las terapias alternativas (tabla 24).

Tabla 24. Otra formación solicitada.

	Frecuencia	Porcentaje
URGENCIAS/UCI	15	4,7
TERAPIAS ALTERNATIVAS	5	1,6
CUIDADOS ESPECIALES	8	2,5
ENFERMERÍA ESCOLAR/FAMILIA	3	0,9
DIETÉTICA Y NUTRICIÓN	1	0,3
LEGISLACIÓN Y TRABAJO	3	0,9
N	35	11,0
Total	319	100,0

Como podemos observar en las tablas (Tabla 23 y 24) presentadas, la formación más demandada en primera opción es la de cuidados intensivos (22,3%) seguida de formación médico-quirúrgica (13,8%). La formación más demandada en segunda opción es la formación médico quirúrgica (17,6%) y la formación en Salud de la Mujer (10,3%). Por último, la formación más demandada como tercera opción es la formación en metodología enfermera (10,0%) e investigación (9,4%). En cualquier caso, el número de sujetos consultados que ha completado más de 4 necesidades de formación es muy escaso, y a partir de la cuarta prioridad de formación, los datos se vuelven muy variables y por tanto poco significativos.

4.1.9.- Percepción personal de necesidades de formación y formación continuada recibida en el centro de trabajo.

4.1.9.1.-En este apartado de Resultados vamos a analizar los datos descriptivos obtenidos percepción personal de formación continuada recibida en el centro de trabajo. Así, cuando analizamos si los enfermeros de la Región de Murcia perciben la necesidad de mayor formación, los datos indican como la gran mayoría (el 90%) sí la demandan (tabla 25).

Tabla 25. ¿Ha percibido alguna vez que necesita mayor formación para el desempeño de su actividad profesional?

	Frecuencia(n)	Porcentaje válido (%)
SI	280	89,2
NO	34	10,8
N	314	100,0
Perdidos	5	
Total	319	

4.1.9.2.-Un aspecto fundamental para acceder a esa formación es la realización de cursos en el centro de trabajo, cuestión que se aborda a continuación.

Tabla 26. ¿Se realizan cursos de formación en su centro de trabajo?

	Frecuencia	Porcentaje válido
SI	219	82,3
NO	47	17,7
N	266	100,0
Perdidos	53	
Total	319	

4.1.9.3.- Curiosamente, aunque la mayoría de los encuestados afirman que se realizan cursos de formación en su centro de trabajo, también la mayoría revela que necesita formación. Este dato aparentemente contradictorio puede explicarse porque, aproximadamente el 53.8% de enfermeras, consideran que la formación recibida no se adecúa a las necesidades de su puesto de trabajo.

Tabla 27. ¿La formación recibida en su centro se adecúa a las necesidades de su puesto de trabajo?

	Frecuencia(n)	Porcentaje válido (%)
SI	140	46,2
NO	163	53,8
N	303	100,0
Perdidos	16	
Total	319	

4.1.9.4.- Si analizamos el acceso a dicha formación, los resultados reflejan de nuevo una limitación importante respecto a la formación continuada, ya que el 58.6% de los sujetos consultados en el presente trabajo creen que el acceso a la formación es limitado, y solamente el 20,2% considera que el acceso a la formación es fácil (tabla 28).

Tabla 28. ¿Cuál es su percepción en relación al acceso a una formación adecuada a su puesto de trabajo del mismo?

	Frecuencia(n)	Porcentaje válido(%)	Porcentaje acumulado (%)
FÁCIL	62	20,2	20,2
LIMITADO	180	58,6	78,8
REGULAR	65	21,2	100,0
N	307	100,0	
Total	319		

4.1.9.5.- Otro aspecto que hemos analizado es la importancia que los enfermeros dan a la calidad asistencial en su trabajo (tabla 29).

Tabla 29. ¿Considera importante la calidad asistencial en su trabajo?

	Frecuencia(n)	Porcentaje válido (%)
MUCHO	292	95,7
REGULAR	9	3,0
POCO	4	1,3
N	305	100,0
Total	319	

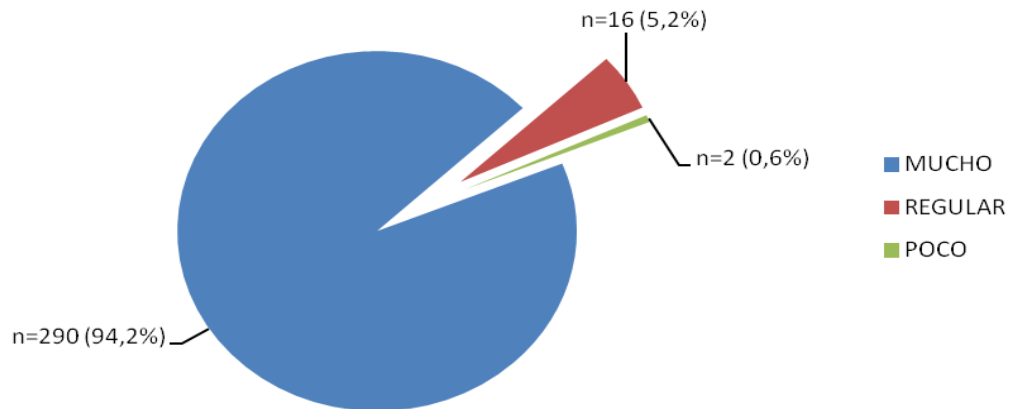
4.1.9.6.- Uno de los factores que pueden estar influyendo en el acceso a la formación continuada puede ser si un enfermero considera importante o no dicha formación respecto a la calidad de los cuidados prestados (tabla 30).

Tabla 30. ¿Cree que la adecuación de formación académica al puesto de trabajo repercute en la calidad de los cuidados prestados?

	Frecuencia	Porcentaje válido%
MUCHO	290	94,2
REGULAR	16	5,2
POCO	2	0,6
N	308	100,0
Total	319	

La mayoría de las enfermeras encuestadas (94,2%) consideran no sólo que es importante, sino que es muy importante, y sólo 2 enfermeras de las 308 manifiestan que es poco importante (Figura 23).

Figura 23. Gráfico de sectores mostrando los resultados obtenidos en la pregunta 24 del bloque 5.



4.1.9.7.- En cuanto a la percepción de la formación respecto al acontecimiento de efectos adversos, nuestros datos indican que la mayoría de los encuestados consideran muy importante la formación respecto a la seguridad del paciente (tabla 31), y al igual que en el caso anterior, sólo 2 enfermeras consideran la formación poco importante.

Tabla 31. Pregunta 25. ¿Incide la adecuación de formación al puesto de trabajo en la seguridad y/o presencia de efectos adversos sobre el cliente / paciente?

	Frecuencia(n)	Porcentaje válido (%)	Porcentaje acumulado (%)
MUCHO	284	92,5	92,5
REGULAR	16	5,2	97,7
POCO	7	2,3	100,0
N	307	100,0	
Total	319		

4.1.9.8.- Por último, en este apartado hemos evaluado la existencia de algún factor limitante o alguna barrera que impida al profesional una correcta formación. Así, cuando evaluamos la presencia de estos factores, los datos indican que algo más del 70% de los encuestados afirman tener alguna barrera para acceder a la formación continuada (tabla 32).

Tabla 32. ¿Hay alguna barrera que impida la continuidad en su formación académica?

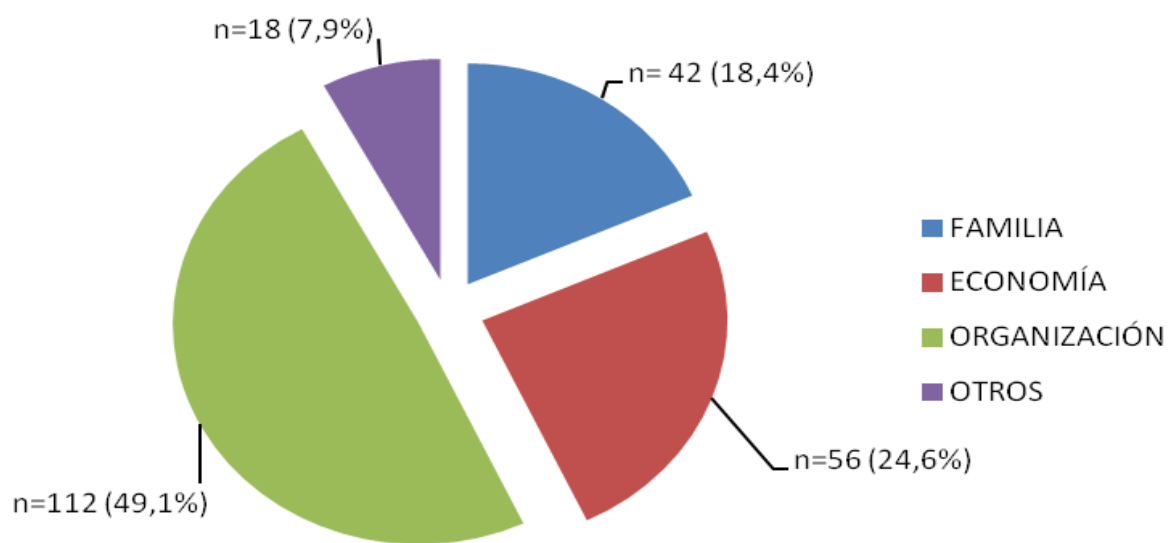
	Frecuencia(n)	Porcentaje válido (%)
SI	222	71,8
NO	87	28,2
N	309	100,0
Perdidos	10	
Total	319	

4.1.9.9.- En cuanto a las barreras existentes en la formación nuestros datos indican que la principal barrera para acceder a la formación es la organización, ya que aproximadamente la mitad (49,1%) de los participantes así lo indican (tabla 33 y figura 24).

Tabla 33. Si ha marcado que sí, indique la barrera de acceso a la formación.

	Frecuencia(n)	Porcentaje válido (%)
FAMILIA	42	18,4
ECONOMÍA	56	24,6
ORGANIZACIÓN	112	49,1
OTROS	18	7,9
N	228	100,0
Total	319	

Figura 24.- Barreras de acceso a la formación.



4.2.- Variables sociodemográficas y sociolaborales asociadas a variables dependientes.

En este apartado, hemos estudiado la asociación existente entre las diferentes variables estudiadas, con el fin de poder demostrar los objetivos planteados.

Es importante aclarar que los estudios descriptivos permiten encontrar relación entre variables e intuir la asociación entre ellas pero no permiten encontrar asociaciones de causa efecto entre las variables de estudio. En este epígrafe se considera a las variables del estudio como variables dependientes para facilitar la comprensión del análisis estadístico y de los resultados. Se habla de variables dependientes en tanto que estas variables son estudiadas en relación con todas las demás variables que existen en la investigación. La conceptualización de variable dependiente e independiente es propia y privativa de los estudios experimentales (Burgos, 1998; Robles-García, 2005; García Salinero, 2005).

En cuanto a los resultados obtenidos en función de la variable Sexo, como la mayoría de las variables estudiadas son de carácter nominal, el método empleado ha sido el estudio del estadístico de la Chi cuadrado de Pearson para estudiar la existencia o no de relación entre las variables.

También se han calculado otras medidas de asociación que intentan cuantificar ese grado de relación eliminando el efecto del tamaño muestral, entre ellas se han calculado los coeficientes de contingencia y el coeficiente Phi (ϕ) de Cramer.

Respecto a las otras variables cuantitativas (discretas y continuas), se ha realizado el test de la t de Student o ANOVA de una vía según corresponda.

4.2.1.-Sexo.

4.2.1.1. Relación entre la variable sexo y diversas variables sociolaborales

Atendiendo a los datos obtenidos, la edad media de la muestra presenta una significación estadística, siendo la edad de los hombres mayor que la de las mujeres.

Tabla 34. Edad media de la población estudiada en función del sexo.

	Hombre	Mujer	P (t-Student)
Edad	42 ± 11	38 ± 10	0,002

Media ± de. P (t-Student para muestras independientes)

Respecto a las diferentes áreas de salud, no observamos asociación significativa entre la variable sexo y pertenecer a una u otra área, aunque se evidencia que en todas las áreas existen más hombres que mujeres, especialmente en las áreas I, II, III, VII y IX, como se indica en la siguiente tabla.

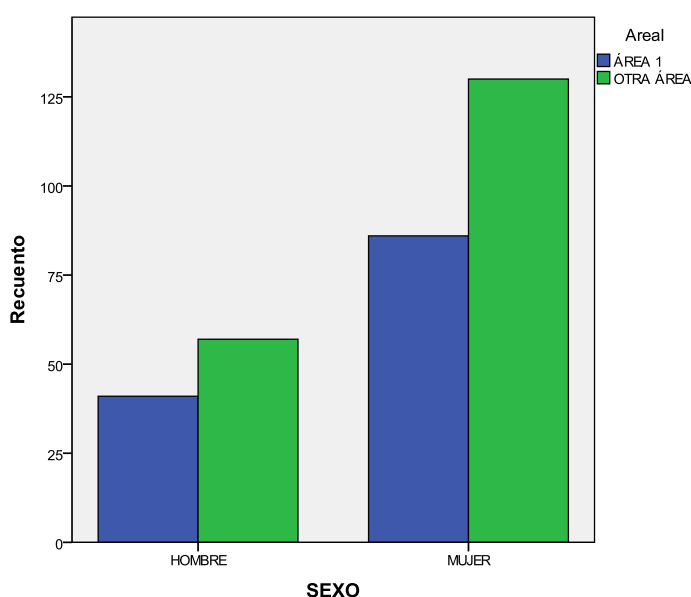
Tabla 35. % observados, de las diferentes áreas de Salud del Servicio Murciano de Salud en función del sexo.

	SEXO		Total
	HOMBRE	MUJER	
ÁREA I	32,3%	67,7%	100%
ÁREA II	16,7%	83,3%	100%
ÁREA III	20,0%	80,0%	100%
ÁREA IV	45,5%	54,5%	100%
ÁREA V	45,5%	54,5%	100%
ÁREA VI	45,5%	54,5%	100%
ÁREA VII	25,0%	75,0%	100%
ÁREA VIII	37,5%	62,5%	100%
ÁREA IX	28,6%	71,4%	100%
NINGUNA	15,8%	84,2%	100%
Total	31,2%	68,8%	100%

X^2 de Pearson = 13,865, $p= 0,127$; $\Phi = 0,210$, $p= 0,127$; Coeficiente de Contingencia = 0,206, $p= 0,127$

Debido a que el mayor número de enfermeras pertenecía al Área I, hemos dividido la variable Área de salud en una nueva variable dicotómica, según pertenezcan a dicha área o pertenezcan a cualquier otra (figura 25).

Figura 25. Número de enfermeras (recuento) que pertenecen al Área 1 del Servicio Murciano de Salud o a otra área en función del sexo.



X^2 de Pearson = 0,114, $p= 0,735$; $\Phi = 0,019$, $p= 0,735$; Coeficiente de Contingencia = 0,019, $p= 0,735$

En esta figura se confirma, que el sexo es independiente del área de trabajo.

Cuando analizamos la relación entre el sexo y el puesto de trabajo (hospitalario y extra-hospitalario), en primer lugar hemos dividido los diferentes puestos de trabajo atendiendo a si el puesto es hospitalario o extra-hospitalario, con el fin de estudiar una posible relación entre el puesto de trabajo, en cuanto al nivel de atención, y el género del enfermero encuestado. Estos resultados indican que aunque no hay relación significativa, las mujeres ocupan más un puesto extra-hospitalario, en comparación con el hombre (tabla 36).

Tabla 36. Porcentajes observados de las diferentes áreas de Salud, en cuanto al nivel de atención, del Servicio Murciano de Salud en función del sexo.

		Puesto de Trabajo		Total
		PUESTO HOSPITALARIO	PUESTO EXTRA-HOSPITALARIO	
SEXO	HOMBRE	83,7%	16,3%	100%
	MUJER	75,9%	24,1%	100%
Total		78,3%	21,7%	100%

X^2 de Pearson = 2,385, $p= 0,123$; $\Phi = 0,087$, $p= 0,123$; Coeficiente de Contingencia = 0,087, $p= 0,123$

Cuando analizamos la relación por servicios en los diferentes puestos de trabajo, los resultados tampoco arrojan una asociación significativa, con relación al género.

Tabla 37. Porcentajes observados de los servicios en función del sexo.

	SEXO		Total
	HOMBRE	MUJER	
HOSPITALIZACIÓN	32,4%	67,6%	100,0%
QUIRÓFANO	45,5%	54,5%	100,0%
UCI	27,3%	72,7%	100,0%
URGENCIAS	42,9%	57,1%	100,0%
LABORATORIO	25,0%	75,0%	100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	37,5%	62,5%	100,0%
CENTRO DE DÍA	10,0%	90,0%	100,0%
CENTRO DE AP	44,0%	56,0%	100,0%
CENTRO 061	60,0%	40,0%	100,0%
HEMODONACIÓN	14,3%	85,7%	100,0%
DOCENCIA	20,0%	80,0%	100,0%
ENFERMERIA DEL TRABAJO	25,0%	75,0%	100,0%
OTROS	20,0%	80,0%	100,0%
Total	33,3%	66,7%	100,0%

X^2 de Pearson = 16,370, $p= 0,175$, $\Phi = 0,244$, $p= 0,175$; $p= 0,175$; Coeficiente de Contingencia = 0,237, $p= 0,175$

Como hemos observado con anterioridad, existe una diferencia significativa en la edad entre hombres y mujeres. Cuando analizamos la asociación entre antigüedad en el puesto de trabajo y en la empresa con la variable sexo, sólo observamos diferencias estadísticamente significativas respecto a la antigüedad en el puesto, no así en la empresa (tabla 38).

Tabla 38. Antigüedad en la empresa y puesto de trabajo (medido en meses) en función del sexo.

	Hombre	Mujer	P (t-Student)
Antigüedad en la empresa (meses)	206 ± 138	154 ± 125	0,062
Antigüedad en el puesto de trabajo (meses)	114 ± 106	81 ± 82	0,002*

Media ± de. P (t-Student para muestras independientes)

En este caso se presenta asociación significativa. El hombre como media permanece más tiempo en el puesto de trabajo que la mujer.

Cuando analizamos la relación entre sexo y tipo de contrato, sí existe asociación significativa. Las mayores diferencias se encuentran en la categoría trabajo temporal y profesional en paro (tabla 39).

Tabla 39. Porcentajes observados respecto a los diferentes tipos de contrato en función del sexo.

	INDEFINIDO	TEMPORAL	EN PROPIEDAD	EN PARO	Total
HOMBRE	28,6%	12,2%	56,1%	3,1%	100,0%
MUJER	25,9%	19,9%	44,4%	9,7%	100,0%
Total	26,8%	17,5%	48,1%	7,6%	100,0%

X^2 de Pearson = 8,621, $p= 0,041^*$; $\Phi = 0,162$, $p= 0,041$; Coeficiente de Contingencia = 0,160, $p= 0,041$

Hemos seleccionado a su vez, la categoría “EN PROPIEDAD” por ser la más frecuente, como una categoría independiente, y por otro lado el resto de tipos de contrato. Los resultados obtenidos en esta nueva

variable en función del sexo presentan una asociación significativa (tabla 40).

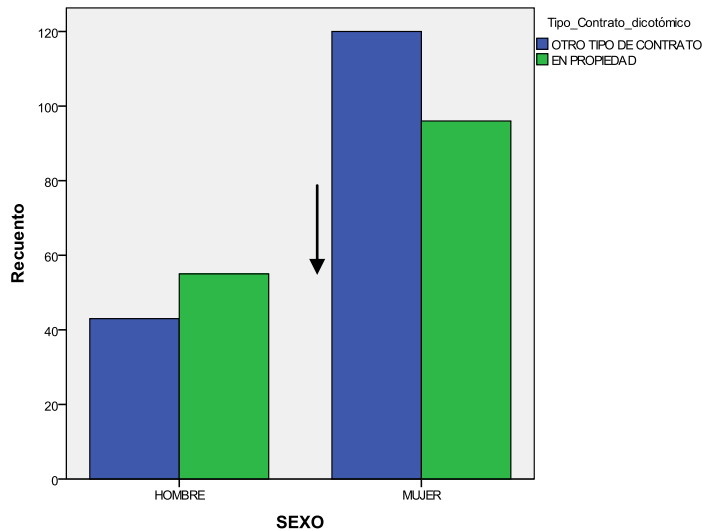
Tabla 40. Porcentajes observados respecto a tener un contrato en propiedad u otro tipo de contrato en función del sexo.

	OTRO TIPO DE CONTRATO	EN PROPIEDAD	Total
HOMBRE	43,9%	56,1%	100,0%
MUJER	55,6%	44,4%	100,0%
Total	51,9%	48,1%	100,0%

X² de Pearson = 3,683, $p= 0,055$; $\Phi = -0,108$, $p= 0,055$; Coeficiente de Contingencia = 0,108, $p= 0,055$

Los datos reflejan que el hombre tiene en un % más elevado un contrato en propiedad, presentando una significación estadística (figura 26).

Figura 26. Frecuencias de asociación entre contrato en propiedad u otro tipo de contrato en función del sexo.



4.2.1.2.- Relación entre la variable sexo y las variables de formación académica.

Cuando evaluamos la asociación entre el sexo y la formación académica, los datos reflejan que son independientes del hecho de ser hombre o mujer (tabla 41).

Tabla 41 Porcentajes observados de las diferentes formaciones académicas alcanzadas en función del sexo.

	HOMBRE	MUJER	Total
DUE	65,30%	63,50%	62,10%
GRADO	1,00%	4,20%	3,20%
ESPECIALIDAD	14,30%	8,80%	10,50%
MÁSTER	12,20%	16,70%	15,30%
CURSOS DOCTORADO	1,00%	2,30%	1,90%
SUFICIENCIA INVESTIGADORA	6,10%	3,20%	4,10%
DOCTORADO	0,0%	1,40%	1,00%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

X² de Pearson = 8,239, $p= 0,312$; $\Phi = 0,162$, $p= 0,312$; Coeficiente de Contingencia = 0,160, $p= 0,312$

Hemos medido a su vez, el máximo nivel de estudios en tres nuevas categorías, primero clasificando a los sujetos estudiados en función de si habían alcanzado la Diplomatura en Enfermería (DUE), luego el Grado de Enfermería o no, y otra tercera medición en función de si habían realizado el doctorado o no. Según los datos obtenidos, no parece haber relación entre la variable sexo y haber alcanzado ninguna de estas formaciones descritas. Desafortunadamente, al haber tan poco sujetos que han alcanzado las categorías de Grado y Doctor, los datos hay que interpretarlos con cierta cautela (tablas 42-44).

Tabla 42. Porcentajes observados sobre la obtención de la Diplomatura en Enfermería (DUE) en función del sexo.

	NO	SÍ	Total
HOMBRE	36,7%	63,3%	100,0%
MUJER	38,4%	61,6%	100,0%
Total	37,9%	62,1%	100,0%

X² de Pearson = 0,082, $p= 0,775$; $\Phi = -0,016$, $p= 0,775$; Coeficiente de Contingencia = 0,016, $p= 0,775$

Tabla 43. Porcentajes observados sobre la obtención del Grado de enfermería en función del sexo.

	NO	SÍ	Total
HOMBRE	65,3%	34,7%	100,0%
MUJER	63,4%	36,6%	100,0%
Total	64,0%	36,0%	100,0%

X² de Pearson = 0,103, $p= 0,748$; $\Phi = 0,018$, $p= 0,748$; Coeficiente de Contingencia = 0,018, $p= 0,748$

Tabla 44. Porcentajes observados sobre la obtención el grado de Doctor en función del sexo.

	NO	SÍ	Total
HOMBRE	100,0%	0%	100%
MUJER	98,6%	1,4%	100%
Total	99,0%	1,0%	100%

X² de Pearson = 1,374 $p= 0,241$; $\Phi = 0,066$, $p= 0,241$; Coeficiente de Contingencia = 0,066, $p= 0,241$

4.2.1.3.- Relación entre la variable sexo y las variables de formación continuada.

Nuestros datos indican que el hecho de realizar cursos de formación continuada o no, es independiente del sexo. Si bien es cierto que la mujer tiende a realizar más cursos que el hombre, estas diferencias no son significativas (tabla 45).

Tabla 45. Curso de formación continuada recibido en los últimos 5 años en función del sexo.

	NO	SÍ	Total
HOMBRE	89,8%	10,2%	100,0%
MUJER	94,0%	6,0%	100,0%
Total	92,7%	7,3%	100,0%

X² de Pearson = 1,740 $p= 0,187$; $\Phi = -0,074$, $p= 0,187$; Coeficiente de Contingencia = 0,074, $p= 0,187$

En cuanto al número total de cursos realizados, tampoco existen asociaciones significativas en función del sexo, ya que tanto el hombre como la mujer han realizado de media unos 7 cursos en los últimos 5 años (tabla 46).

Tabla 46. Valores medios del número de cursos realizado en los últimos 5 años.

	Hombre	Mujer	P (t-Student)
Cursos realizados	7 ± 6	7 ± 6	0,770

El hecho de haber asistido a congresos, jornadas, seminarios, etc., es también independiente de la variable sexo (tabla 47)

Tabla 47. Asistencia a congreso, jornada, seminario, etc., en los últimos 5 años (columnas) en función del sexo (filas).

	NO	SÍ	Total
HOMBRE	74,5%	25,5%	100,0%
MUJER	81,9%	18,1%	100,0%
Total	79,6%	20,4%	100,0%

X^2 de Pearson = 2,309 $p=$ 0,133; $\Phi =$ -0,086, $p=$ 0,129; Coeficiente de Contingencia = 0,085, $p=$ 0,129

Cuando se preguntó en el cuestionario si el enfermero había trabajado desarrollando o contribuyendo en alguna actividad de formación o de investigación en los últimos 5 años, los datos indican que tanto los hombres como las mujeres evaluadas han contribuido de forma similar a desarrollar actividades de formación o investigación (tablas 48 y 49).

Tabla 48. Porcentajes observados sobre si ha trabajado desarrollando o contribuyendo en alguna actividad de formación en los últimos 5 años (columnas) en función del sexo (filas).

	NO	SÍ	Total
HOMBRE	62,2%	37,8%	100,0%
MUJER	65,3%	34,7%	100,0%
Total	64,3%	35,7%	100,0%

X^2 de Pearson = 0,270 $p=$ 0,603; $\Phi =$ -0,029, $p=$ 0,603; Coeficiente de Contingencia = 0,029, $p=$ 0,603

Tabla 49. Porcentajes observados sobre si el profesional consultado ha trabajado desarrollando o contribuyendo en alguna actividad de investigación en los últimos 5 años (columnas) en función del sexo (filas).

	NO	SÍ	Total
HOMBRE	42,9%	57,1%	100,0%
MUJER	49,5%	50,5%	100,0%
Total	47,5%	52,5%	100,0%

X^2 de Pearson =1,206 $p=$ 0,272; $\Phi =$ -0,062, $p=$ 0,272; Coeficiente de Contingencia = 0,062, $p=$ 0,272

Por último, dentro de este bloque hemos analizado la relación entre la variable sexo y si el enfermero/a ha desempeñado algún puesto de gestión/responsabilidad actualmente. Y de nuevo, los datos indican que el sexo es totalmente independiente de esta variable (tablas 50 y 51)

Tabla 50. Porcentajes observados sobre desempeño de algún puesto de gestión en función del sexo.

	NO	SÍ	Total
HOMBRE	19,4%	80,6%	100,0%
MUJER	13,0%	87,0%	100,0%
Total	15,0%	85,0%	100,0%

X^2 de Pearson =2,186 $p=$ 0,139; $\Phi =$ 0,083, $p=$ 0,139; Coeficiente de Contingencia = 0,083, $p=$ 0,139

Tabla 51. Porcentajes observados sobre puestos de gestión ocupados - sexo.

	EQUIPO DIRECCIÓN	SUPERVISIÓN	RESPONSABLE DOCENCIA	RR.HH.	OTROS	Total
HOMBRE	10,5 %	52,6%	10,5%	0%	26,3%	100,0%
MUJER	7,1%	53,6%	17,9%	7,1%	14,3%	100,0%
Total	8,5%	53,2%	14,9%	4,3%	19,1%	100,0%

X^2 de Pearson =2,775 $p= 0,596$; $\Phi = 0,243$, $p= 0,596$; Coeficiente de Contingencia = 0,236, $p= 0,596$

En este caso tampoco observamos ninguna asociación significativa entre la variable sexo y el puesto de gestión ocupado. Tanto en el hombre como en la mujer, el puesto más frecuente ocupado es supervisión, y es el hombre el que ocupa con mayor frecuencia puestos de dirección, mientras que la mujer ocupa puestos de docencia y recursos humanos.

En resumen, respecto a la relación entre el sexo y las variables de formación continuada, no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a formación continuada.

4.2.1.4.- Relación entre la variable sexo y la demanda de formación continuada.

En este apartado, a continuación, hemos identificado si existe alguna asociación entre la variable sexo y las demandas de formación continuada de los componentes de la muestra. Para ello, cada opción de formación deseada del grupo 4 ha sido dicotomizada con el fin de describir si ha sido elegida como la primera opción o no (tablas 52-64).

Tabla 52. Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Formación en Cuidados Intensivos en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas).

	NO	SÍ	Total
HOMBRE	80,6%	19,4%	100,0%
MUJER	75,9%	24,1%	100,0%
Total	77,4%	22,6%	100,0%

X^2 de Pearson =0,846 $p= 0,358$; $\Phi = 0,052$, $p= 0,358$; Coeficiente de Contingencia = 0,052, $p= 0,358$

Tabla 53. Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Formación en Cuidados Geriátricos en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas).

	NO	SÍ	Total
HOMBRE	91,8%	8,2%	100,0%
MUJER	96,8%	3,2%	100,0%
Total	95,2%	4,8%	100,0%

X^2 de Pearson =3,591 $p= 0,058$; $\Phi = -0,107$, $p= 0,058$; Coeficiente de Contingencia = 0,106, $p= 0,058$

Tabla 54. Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Formación en Salud Mental en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas).

	NO	SÍ	Total
HOMBRE	98,0%	2,0%	100,0%
MUJER	95,8%	4,2%	100,0%
Total	96,5%	3,5%	100,0%

X^2 de Pearson =0,901 $p= 0,342$; $\Phi = 0,054$, $p= 0,342$; Coeficiente de Contingencia = 0,053, $p= 0,342$

Tabla 55. Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Formación en Gestión de Calidad en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas), observándose una significación estadística).

	NO	SÍ	Total
HOMBRE	96,9%	3,1%	100,0%
MUJER	89,8%	10,2%	100,0%
Total	92,0%	8,0%	100,0%

X^2 de Pearson = 4,669, $p= 0,031^*$; $\Phi = 0,122$, $p= 0,031$; Coeficiente de Contingencia = 0,121, $p= 0,031$

Tabla 56 .Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Formación en Salud / Mujer en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas).

	NO	SÍ	Total
HOMBRE	96,9%	3,1%	100,0%
MUJER	93,5%	6,5%	100,0%
Total	94,6%	5,4%	100,0%

X^2 de Pearson = 1,540, $p= 0,215$; $\Phi = 0,070$, $p= 0,215$; Coeficiente de Contingencia = 0,070, $p= 0,215$

Tabla 57. Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Formación en Cuidados Pediátricos en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas).

	NO	SÍ	Total
HOMBRE	89,8%	10,2%	100,0%
MUJER	90,7%	9,3%	100,0%
Total	90,4%	9,6%	100,0%

X^2 de Pearson = 0,070, $p= 0,792$; $\Phi = -0,015$, $p= 0,792$; Coeficiente de Contingencia = 0,015, $p= 0,792$

Tabla 58. Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Formación Médico-Quirúrgica en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas).

	NO	SÍ	Total
HOMBRE	85,7%	14,3%	100,0%
MUJER	86,1%	13,9%	100,0%
Total	86,0%	14,0%	100,0%

X^2 de Pearson = 0,009, $p= 0,925$; $\Phi = -0,005$, $p= 0,925$; Coeficiente de Contingencia = 0,005, $p= 0,925$

Tabla 59. Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Formación en Gestión / Administración en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas).

	NO	SÍ	Total
HOMBRE	98,0%	2,0%	100,0%
MUJER	96,8%	3,2%	100,0%
Total	97,1%	2,9%	100,0%

X^2 de Pearson = 0,349, $p= 0,555$; $\Phi = 0,033$, $p= 0,555$; Coeficiente de Contingencia = 0,033, $p= 0,555$

Tabla 60. Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Formación en Metodología Enfermera en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas).

	NO	SÍ	Total
HOMBRE	95,9%	4,1%	100,0%
MUJER	96,8%	3,2%	100,0%
Total	96,5%	3,5%	100,0%

X^2 de Pearson = 0,141, $p= 0,707$; $\Phi = -0,021$, $p= 0,707$; Coeficiente de Contingencia = 0,021, $p= 0,707$

Tabla 61. Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Formación en Investigación en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas).

	NO	SÍ	Total
HOMBRE	92,9%	7,1%	100,0%
MUJER	93,5%	6,5%	100,0%
Total	93,3%	6,7%	100,0%

X^2 de Pearson = 0,047, $p= 0,828$; $\Phi = -0,012$, $p= 0,828$; Coeficiente de Contingencia = 0,012, $p= 0,828$

Tabla 62. Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Formación en Nuevas Tecnologías en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas).

	NO	SÍ	Total
HOMBRE	94,9%	5,1%	100,0%
MUJER	94,4%	5,6%	100,0%
Total	94,6%	5,4%	100,0%

X^2 de Pearson = 0,027, $p= 0,869$; $\Phi = 0,009$, $p= 0,869$; Coeficiente de Contingencia = 0,009, $p= 0,869$

Tabla 63. Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Formación en Educación para la salud en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas).

	NO	SÍ	Total
HOMBRE	89,8%	10,2%	100,0%
MUJER	94,4%	5,6%	100,0%
Total	93,0%	7,0%	100,0%

X^2 de Pearson = 2,236, $p= 0,135$; $\Phi = -0,084$, $p= 0,135$; Coeficiente de Contingencia = 0,084, $p= 0,135$

Tabla 64. Porcentajes observados de los sujetos consultados que han seleccionado Otra Formación en primer lugar (columnas) en función del sexo (filas).

	NO	SÍ	Total
HOMBRE	89,8%	10,2%	100,0%
MUJER	95,4%	4,6%	100,0%
Total	93,6%	6,4%	100,0%

X^2 de Pearson = 3,315, $p= 0,061$; $\Phi = -0,106$, $p= 0,061$; Coeficiente de Contingencia = 0,105, $p= 0,061$

Según nuestros datos, las mujeres desean una mayor formación en gestión de calidad (en concreto un 10,2% frente sólo a un 3,1% de los hombres) (Tabla 55).

Así mismo, respecto a demanda de formación en otras temáticas no contempladas en el cuestionario inicial, se produce tanto en hombres como en mujeres.

Tabla 65. Porcentajes observados de los sujetos con saltados que han seleccionado diferentes tipos de formación no contemplados en el cuestionario inicial (columnas) en función del sexo (filas).

	HOMBRE	MUJER	Total
URGENCIAS / UCI	41,70%	43,50%	42,90%
TERAPIAS ALTERNATIVAS	16,70%	13,00%	14,30%
CUIDADOS ESPECIALES	25,00%	21,70%	22,90%
ENFERMERÍA ESCOLAR/ FAMILIA	0	13,00%	8,60%
DIETÉTICA Y NUTRICIÓN	0	4,30%	2,90%
LEGISLACIÓN Y TRABAJO	16,70%	4,30%	8,60%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

X^2 de Pearson = 3,598, $p= 0,609$; $\Phi = 0,321$, $p=0,609$; Coeficiente de Contingencia = 0,321, $p=0,609$

En resumen, según nuestros datos la única relación significativa entre la variable sexo y la formación continuada, es en gestión de calidad, donde se demanda más por la mujer, y respecto a formación en enfermería geriátrica, encontramos que es estadísticamente significativo, ante la mayor negativa de la mujer sobre el hombre a demandar esa formación.

4.2.1.5.- Relación entre la variable sexo y las variables relacionadas con la percepción personal sobre su formación continuada.

Para terminar de estudiar la influencia del sexo en las diferentes variables estudiadas en el presente estudio, analizamos la relación entre la variable sexo y las variables sobre la percepción personal de formación continuada recibida en el centro de trabajo.

En primer lugar analizamos si la variable sexo está relacionada con la percepción de necesidad de mayor formación. Pero nuestros datos muestran que ambas variables son independientes (tabla 66).

Tabla 66. Porcentajes observados de los sujetos que han percibido que necesitan mayor formación (columnas) en función del sexo (filas).

	NO	SÍ	Total
HOMBRE	85,7%	14,3%	100,0%
MUJER	90,7%	9,3%	100,0%
Total	89,2%	10,8%	100,0%

X^2 de Pearson = 1,764, $p= 0,184$ $\Phi = -0,075$, $p= 0,184$; Coeficiente de Contingencia = 0,075, $p= 0,184$

Del mismo modo, cuando analizamos si existe una relación entre la variable sexo y si se realizan cursos de formación en su centro de trabajo o si la formación recibida en su centro se adecúa a las necesidades de su puesto de trabajo, tampoco observamos una asociación significativa entre estas variables (tablas 67 y 68).

Tabla 67. Porcentajes observados sobre si se realizan cursos de formación en el centro de trabajo (columnas) en función del sexo (filas).

	SÍ	NO	Total
HOMBRE	78,3%	21,7%	100,0%
MUJER	84,2%	15,8%	100,0%
Total	82,3%	17,7%	100,0%

X^2 de Pearson = 1,339, $p= 0,247$; $\Phi = -0,071$, $p= 0,247$; Coeficiente de Contingencia = 0,071, $p= 0,247$

Tabla 68. Porcentajes observados sobre si se realizan cursos de formación en el centro de trabajo, adecuados al puesto de trabajo (columnas) en función del sexo (filas).

	SÍ	NO	Total
HOMBRE	49,5%	50,5%	100,0%
MUJER	44,7%	55,3%	100,0%
Total	46,2%	53,8%	100,0%

X^2 de Pearson = 0,595, $p= 0,440$; $\Phi = 0,044$, $p= 0,440$; Coeficiente de Contingencia = 0,044, $p= 0,440$

Del mismo modo, tampoco existe una asociación significativa entre la variable sexo y la percepción de acceso a la formación.

Tabla 69. Porcentajes observados sobre cuál es la percepción en relación al acceso a la formación (columnas), en función del sexo (filas).

	FÁCIL	LIMITADO	REGULAR	Total
HOMBRE	16,8%	64,2%	18,9%	100,0%
MUJER	21,7%	56,1%	22,2%	100,0%
Total	20,2%	58,6%	21,2%	100,0%

X^2 de Pearson = 1,818, $p= 0,403$; $\Phi = 0,077$, $p= 0,403$; Coeficiente de Contingencia = 0,077, $p= 0,403$

Tanto los hombres como las mujeres encuestadas, consideran muy importante la calidad asistencial en su trabajo. Ambos sexos opinan, en su mayoría, que la formación académica adecuada al puesto de trabajo repercute en la calidad asistencial, y también opinan que esa formación repercute en la aparición de efectos adversos (tablas 70 y 71).

Tabla 70. Porcentajes observados sobre si consideran importante la calidad asistencial (columnas) en función del sexo (filas).

	MUCHO	REGULAR	POCO	Total
HOMBRE	96,8%	2,1%	1,1%	100,0%
MUJER	95,2%	3,3%	1,4%	100,0%
Total	95,7%	3,0%	1,3%	100,0%

X^2 de Pearson = 0,422, $p= 0,810$; $\Phi = 0,037$, $p= 0,810$; Coeficiente de Contingencia = 0,037, $p= 0,810$

Tabla 71. Porcentajes observados sobre si creen que la formación académica repercute en la calidad (columnas) en función del sexo (filas).

	MUCHO	REGULAR	POCO	Total
HOMBRE	92,7%	6,3%	1,0%	100,0%
MUJER	94,8%	4,7%	0,5%	100,0%
Total	94,2%	5,2%	0,6%	100,0%

X^2 de Pearson = 0,661, $p= 0,719$; $\Phi = 0,046$, $p= 0,719$; Coeficiente de Contingencia = 0,046, $p= 0,719$

Tabla 72. Porcentajes observados sobre si la formación académica incide en la seguridad del paciente (columnas) en función del sexo (filas).

	MUCHO	REGULAR	POCO	Total
HOMBRE	93,8%	4,2%	2,1%	100,0%
MUJER	91,9%	5,7%	2,4%	100,0%
Total	92,5%	5,2%	2,3%	100,0%

X^2 de Pearson = 0,3401, $p= 0,844$; $\Phi = 0,033$, $p= 0,844$; Coeficiente de Contingencia = 0,033, $p= 0,844$

Por último, tampoco se observa ninguna relación significativa entre la variable sexo y si existe alguna barrera que impida su formación académica, si bien destacar que, las mujeres afirman en mayor medida que perciben barreras para la formación continuada.

Tabla 73. Porcentajes observados sobre si hay alguna barrera que impida la continuidad en su formación académica (columnas) en función del sexo (filas).

	SI	NO	Total
HOMBRE	65,6%	34,4%	100,0%
MUJER	74,6%	25,4%	100,0%
Total	71,8%	28,2%	100,0%

X^2 de Pearson = 2,663, $p= 0,103$; $\Phi = -0,093$, $p= 0,103$; Coeficiente de Contingencia = 0,093, $p= 0,103$

El 65,6% de los hombres comentan que sí tienen barreras, frente al 74,6% de las mujeres. Aunque no hay diferencias significativas, la mujer parece tener más barreras que el hombre a la hora de acceder a la formación. Otra cuestión es, si existe relación entre la variable sexo y

alguna barrera específica. Los datos indican que ambas variables son independientes. A pesar de esto, destacamos que la familia es percibida como una barrera para la formación continuada, por muchas más mujeres que hombres, mientras que estos perciben como mayor barrera la propia Organización.

Tabla 74. Porcentajes observados sobre las diferentes barreras de acceso a la formación académica (columnas) en función del sexo (filas).

	FAMILIA	ECONOMÍA	ORGANIZACIÓN	OTROS	Total
HOMBRE	12,3%	26,2%	50,8%	10,8%	100,0%
MUJER	20,9%	23,9%	48,5%	6,7%	100,0%
Total	18,4%	24,6%	49,1%	7,9%	100,0%

X^2 de Pearson = 2,940, $p = 0,401$; $\Phi = 0,114$, $p = 0,401$; Coeficiente de Contingencia = 0,113, $p = 0,401$

En definitiva, existe una similitud en cuanto a la percepción personal de oferta y acceso a la formación continuada en el centro de trabajo, entre hombres y mujeres. Además, cabe destacar que la mayoría de los enfermeros encuestados opinan que, una formación académica adecuada a su puesto de trabajo repercute en la calidad de los cuidados prestados e incide en la seguridad del paciente y/o presencia de efectos adversos sobre el cliente/paciente (preguntas 24 y 25 del cuestionario).

RESUMEN DE LAS ASOCIACIONES CON SIGNIFICACIÓN ENTRE LA VARIABLE SEXO Y RESTO DE VARIABLES ANALIZADAS EN ESTE APARTADO.

1. El hombre tiene una edad media mayor que la mujer, presentando una significación estadística (42 ± 11 y 38 ± 10 respectivamente), $P=0,002$
2. El hombre tiene más años de antigüedad en el puesto de trabajo que la mujer (9,5 y 6,75 años respectivamente), $P=0,002$
3. Existe una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el tipo de contrato, presentando más contratos en propiedad el hombre ($X^2 = 8,621$), y porcentajes más elevados de paro en la mujer. $P=0,041$
4. Existe una asociación estadísticamente significativa entre la variable sexo, y la demanda de formación en gestión de calidad, siendo más demandada por la mujer ($X^2 = 4,669$) $P=0,031$

Resultados sin presentar asociación estadísticamente significativa:

1. No existe una asociación estadísticamente significativa entre la variable sexo y la demanda de formación en Enfermería Geriátrica.
2. La mujer desempeña más puestos de docencia y gestión intermedia. El hombre desempeña más puestos de Dirección.
3. La mayor demanda de formación se produce en la formación en cuidados intensivos (22,6%).

4.2.2 Asociación entre la edad y las variables sociolaborales.

Tal y como ya hemos descrito con anterioridad, la edad media del grupo de los hombres (42 años) es significativamente mayor que la de las mujeres (38 años). En este sentido, hemos decidido realizar un análisis estadístico similar al que se ha realizado en función del sexo, pero analizando los datos, en este caso, en función de la edad.

4.2.2.1.- Relación entre la variable edad y las variables sociolaborales.

En concreto, si estudiamos cada una de las áreas, la edad media de los profesionales en cada una de ellas se muestra en la tabla 75.

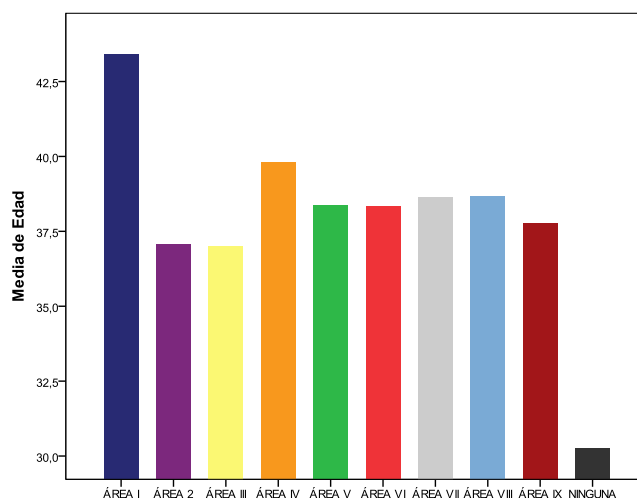
Tabla 75. Edad media de cada una de las áreas del Servicio Murciano de Salud.

	Edad Media
ÁREA I	43 ± 10
ÁREA II	37 ± 7
ÁREA III	37 ± 9
ÁREA IV	40 ± 10
ÁREA V	38 ± 9
ÁREA VI	38 ± 9
ÁREA VII	39 ± 12
ÁREA VIII	39 ± 11
ÁREA IX	38 ± 7
NINGUNA	30 ± 10

Media ± DE. ANOVA de una vía $P < 0,001$ ($F = 6,368$)

Los datos del análisis de ANOVA nos confirman que existen asociaciones significativas en la edad media entre las diferentes Áreas de Salud, presentando una significación estadística ($P < 0,001$). En concreto, la edad media del Área I es significativamente mayor que las áreas II y III. Evidentemente, la edad media de los profesionales del Área I, también es significativamente mayor que la de los enfermeros que no pertenecen a ningún área (figura 27).

Figura 27. Edad media de los profesionales de enfermería consultados en función del área donde trabajan.



Las mayores diferencias se observan entre la edad media del personal que pertenece al área I y el resto, en especial, en aquellos enfermeros que no pertenecen a ninguna área, en cuyo caso la edad media de este grupo es significativamente menor que la del área I.

Si realizamos este mismo análisis en función del puesto de trabajo, observamos que aquellos enfermeros que trabajan en un puesto hospitalario tienen una edad significativamente mayor que los que ocupan un puesto extra-hospitalario, presentando una asociación estadísticamente significativa (tabla 76).

Tabla 76. Edad media de la población estudiada en función de puesto de trabajo.

	Puesto Hospitalario	Puesto Extra-Hospitalario	P (t-Student)
Edad	41 ± 10	34 ± 10	<0,001

Media ± de. *p*(t-Student para muestras independientes)

En cuanto a la asociación entre edad y puestos de trabajo, existe una significación estadística.

Tabla 77. Edad media de la población estudiada en función del puesto de trabajo específico.

	Edad
HOSPITALIZACIÓN	39 ± 9
QUIRÓFANO	43 ± 11
UCI	40 ± 7
URGENCIAS	37 ± 6
LABORATORIO	39 ± 10
UNIDAD DE GESTIÓN	45 ± 13
CENTRO DE DÍA	41 ± 11
CENTRO DE AP	46 ± 11
CENTRO 061	39 ± 7
HEMODONACIÓN	43 ± 11
DOCENCIA	37 ± 10
ENFERMERIA DEL TRABAJO	35 ± 6
OTROS	38 ± 11

Media ± DE. ANOVA de una vía $p=0,002$ ($F = 2,636$)

Los datos indican que los enfermeros de mayor edad son aquellos que pertenecen a los centros de Atención Primaria, seguidos de los diferentes servicios Hospitalarios. De hecho, en este grupo es donde se observa el mayor número de diferencias, con el grupo de hospitalización, urgencias y otros puestos. El grupo de enfermería del trabajo, a pesar de ser el de menor edad (35 años de media), sólo consta de 4 sujetos, por lo que limita la fuerza del análisis estadístico.

También, hemos analizado si existen diferencias significativas entre la variable edad, en función, no sólo del puesto de trabajo, sino del tipo de contrato, y de nuevo observamos diferencias estadísticamente significativas. Los datos obtenidos nos indican que aquellos sujetos que tienen un contrato en propiedad presentan una edad mayor que los otros grupos, sobre todo aquellos enfermeros con un contrato temporal o en paro.

Tabla 78. Edad media de la población estudiada en función del tipo de contrato.

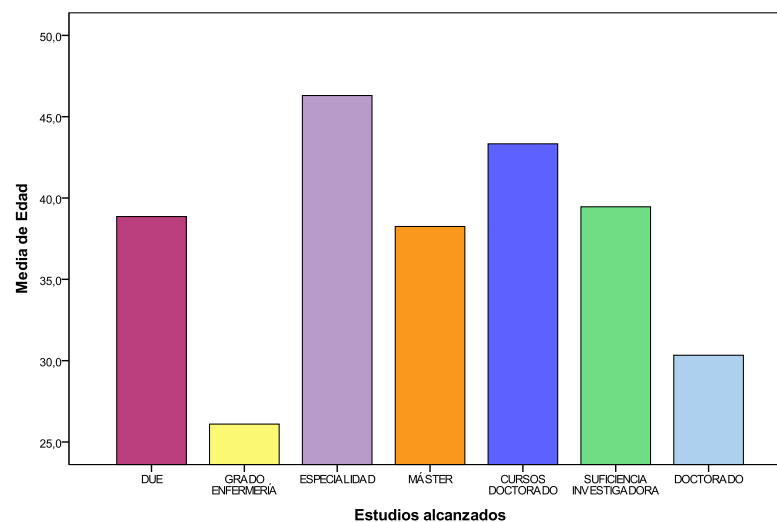
	Edad Media
INDEFINIDO	36 ± 9
TEMPORAL	31 ± 5
EN PROPIEDAD	46 ± 8
EN PARO	27 ± 7

Media ± DE. ANOVA de una vía $p=0,001$ ($F = 86,449$)

4.2.2.2 Relación entre la variable edad y las variables de formación académica.

Cuando estudiamos la relación entre la edad y la máxima formación académica alcanzada, de nuevo los datos indican diferencias estadísticamente significativas. En esta ocasión, aquellos que poseen una Especialidad tienen una edad significativamente mayor que los que han alcanzado el grado, el doctorado y el máster (figura 28).

Figura 28. Edad media en función de la máxima formación académica recibida.



Media ± ds. ANOVA de una vía $p= 0,001$ ($F = 6,513$)

4.2.1.3 Relación entre la variable sexo y las variables de formación continuada.

Cuando analizamos la relación entre la edad de los enfermeros/as consultados y su formación continuada, también los datos reflejan diversas diferencias significativas en función de la edad. Concretamente, la edad de los enfermeros que no han recibido cursos de formación es mayor de las que sí los han recibido, lo que indica que a mayor edad, menor necesidad de formación.

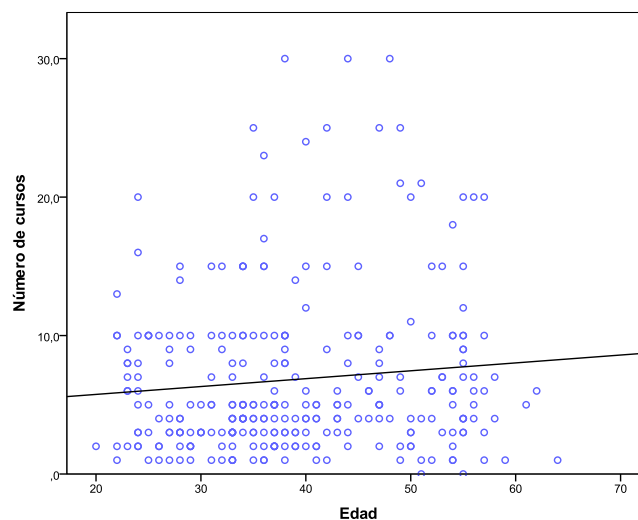
Tabla 79. Edad media de la población estudiada en función si ha recibido algún curso de formación en los últimos 5 años.

	SÍ(n=293)	No(n=23)	P (t-Student)
Edad	39 ± 10	45 ± 12	0,011

Media ± de. *p*(t-Student para muestras independientes)

También hemos querido estudiar si existe relación entre la edad y el número de cursos recibidos en los últimos años. Para ello, calculamos el coeficiente de correlación de Spearman, pero en esta ocasión no encontramos una relación significativa ($r = 0,096$, $p = 0,100$).

Figura 29. Relación entre la edad de los individuos del presente proyecto y el número de cursos realizados.



Tampoco observamos diferencias significativas en la edad de los enfermeros estudiados, en función de los congresos o jornadas a los que han asistido en los últimos años.

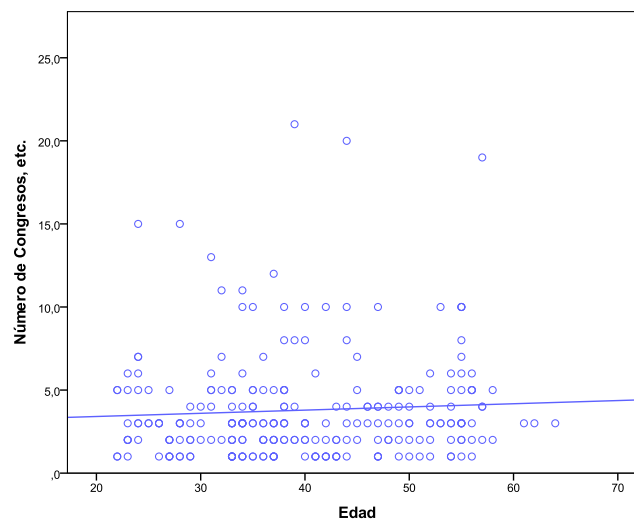
Tabla 80. Edad media de la población estudiada en función si ha asistido a algún curso, jornada, seminario, etc. en los últimos 5 años.

	SÍ(n=250)	No(n=64)	P (t-Student)
Edad	40 ± 10	38 ± 11	0,207

Media ± de. P (t-Student para muestras independientes)

De nuevo, no observamos una relación entre la edad y el número de congresos o jornadas a los que se ha asistido en los últimos años ($r = 0,091$, $p = 0,153$).

Figura 30. Relación entre la edad de los individuos del presente proyecto y el número de congresos, jornadas, seminarios, etc., realizados.



Al contrario de lo que ocurría con los cursos de formación, la edad de los enfermeros que han trabajado desarrollando o contribuyendo en actividades de formación, presentan una asociación significativa, siendo estos de mayor edad frente a los que no lo han hecho.

Tabla 81. Edad media de la población estudiada en función si ha trabajado desarrollando alguna actividad de formación en los últimos 5 años.

	SÍ(n=202)	No(n=112)	P (t-Student)
Edad	41 ± 10	37 ± 11	0,002

Media ± de. *p*(t-Student para muestras independientes)

En el caso de las actividades de investigación no existen diferencias significativas en función de la edad de la población estudiada.

Tabla 82. Edad media de la población estudiada en función si ha trabajado desarrollando alguna actividad de investigación en los últimos 5 años.

	SÍ(n=149)	No(n=165)	P (t-Student)
Edad	39 ± 10	40 ± 11	0,654

Media ± de. *p*(t-Student para muestras independientes)

Recordamos que en este bloque se analiza también si un individuo ocupa un puesto de gestión. En este sentido, los puestos de gestión son ocupados por enfermeros con una edad mayor que aquellos que no desempeñan tales funciones, presentado este dato una asociación significativa.

Tabla 83. Edad media de la población estudiada en función de si desempeña algún puesto de gestión / responsabilidad actualmente.

	SÍ(n=47)	NO(n=267)	P (t-Student)
Edad	46 ± 9	38 ± 10	0,001

Media ± de. *p*(t-Student para muestras independientes)

4.2.2.4 Relación entre la variable edad y la demanda de formación continuada.

A continuación, presentamos la edad media de los diferentes enfermeros consultados en función de la demanda de formación que han seleccionado en primer lugar.

Tabla 84. Edad media de la población estudiada en función de la necesidad de formación que les gustaría recibir en primer lugar.

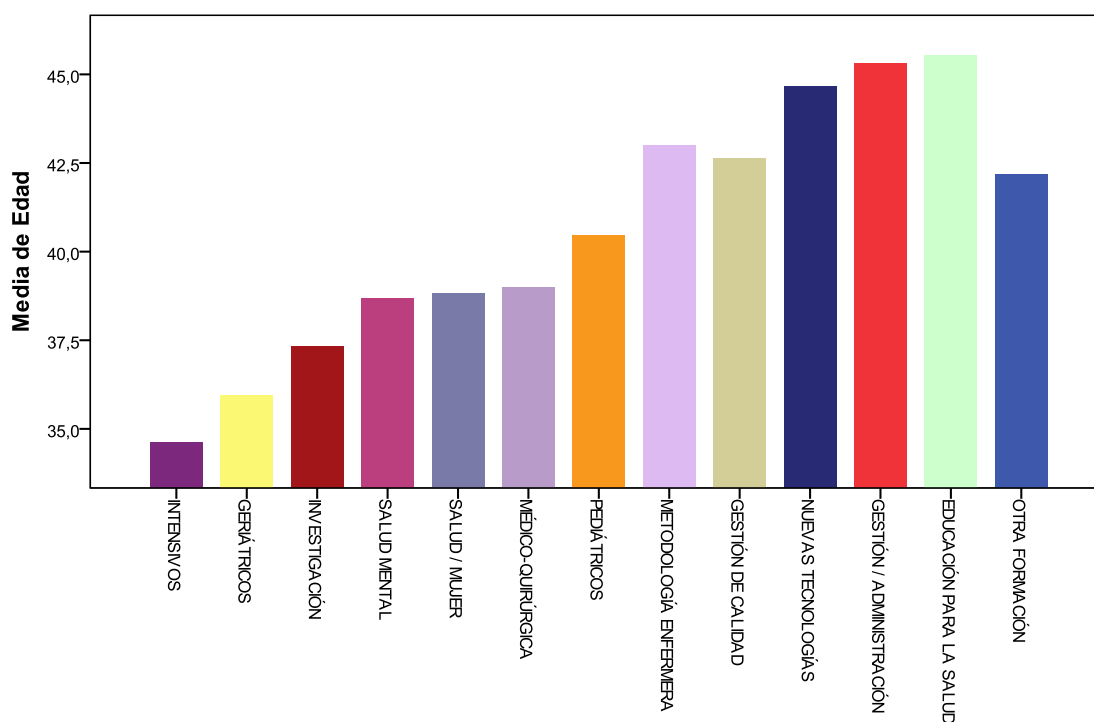
	SÍ (n=71)	NO (n=243)	P (t-Student)
Intensivos	35 ± 8	41 ± 11	0,001
	SÍ (n=15)	NO (n=299)	
Geriátricos	36 ± 8	40 ± 11	0,193
	SÍ (n=11)	NO (n=303)	
Salud Mental	40 ± 11	39 ± 11	0,868
	SÍ (n=25)	NO (n=289)	
Gestión de Calidad	43 ± 10	39 ± 11	0,121
	SÍ (n=17)	NO (n=297)	
Salud / Mujer	38 ± 11	39 ± 11	0,692
	SÍ (n=30)	NO (n=284)	
Pediátricos	41 ± 11	39 ± 10	0,532
	SÍ (n=44)	NO (n=270)	
Médico-quirúrgica	39 ± 11	40 ± 10	0,621
	SÍ (n=9)	NO (n=305)	
Gestión / Administración	46 ± 8	39 ± 11	0,069
	SÍ (n=11)	NO (n=303)	
Metodología Enfermera	45 ± 9	39 ± 11	0,087
	SÍ (n=21)	NO (n=293)	
Investigación	38 ± 10	39 ± 11	0,635
	SÍ (n=17)	NO (n=297)	
Nuevas Tecnologías	45 ± 8	39 ± 11	0,018
	SÍ (n=22)	NO (n=292)	
Educación para la Salud	43 ± 13	39 ± 10	0,156
	SÍ (n=20)	NO (n=294)	
Otros	42 ± 12	39 ± 10	0,301

Media ± de. *p*(t-Student para muestras independientes)

Según los datos obtenidos, la edad media es muy similar en las diferentes demandas de formación. Únicamente hemos observado diferencias significativas entre edad y demanda de formación en UCI y Nuevas Tecnologías.

El estudio post hoc de los datos (mediante el test de Bonferroni) revela que los enfermeros que reclaman formación en cuidados intensivos tienen una edad significativamente menor que los que solicitan gestión de calidad ($P = 0,049$), nuevas tecnologías ($P = 0,022$) y educación para la salud ($P = 0,003$) (figura 31).

Figura 31. Edad media de los enfermeros consultados en función de la formación que les gustaría recibir en primer lugar.



4.2.2.5 Relación entre la variable edad y las variables relacionadas con la percepción personal sobre su formación continuada.

Por último, cuando estudiamos la relación entre la edad y los resultados respecto a la percepción personal de formación continuada en el centro del trabajo, los datos indican en primer lugar que, aunque la edad de aquellos sujetos que no perciben que necesitan mayor

formación es mayor que el resto de enfermeros, estas diferencias no llegan a ser significativas.

Tabla 85. Edad media de la población estudiada en función de si ha percibido que necesita mayor formación.

	SÍ(n=280)	NO(n=34)	P (t-Student)
Edad	39 ± 10	42 ± 13	0,113

Media ± de. *p*(t-Student para muestras independientes)

Por el contrario, la asociación edad y realización de cursos en su centro de trabajo, sí presenta significación estadística.

Tabla 86. Edad media de la población estudiada en función de si se realizan cursos de formación en su centro de trabajo.

	SÍ(n=219)	NO(n=47)	P (t-Student)
Edad	39 ± 10	35 ± 12	0,023

Media ± de. *p*(t-Student para muestras independientes)

Respecto a la percepción sobre si la formación recibida en su centro se adecúa a las necesidades de su puesto de trabajo en función de la edad, los resultados indican que existen diferencias significativas.

Tabla 87. Edad media de la población estudiada en función de si la formación recibida en su centro se adecúa a las necesidades.

	SÍ(n=140)	NO(n=163)	P (t-Student)
Edad	40 ± 10	39 ± 11	0,129

Media ± de. *p*(t-Student para muestras independientes)

No observamos diferencias en la edad si atendemos a la percepción en relación al acceso a la formación, que de nuevo ronda los 40 años en los diferentes grupos.

Tabla 88. Edad media de la población estudiada en función de la percepción en relación al acceso a la formación.

	Edad
ACCESO FÁCIL	41 ± 10
ACCESO LIMITADO	39 ± 11
ACCESO REGULAR	39 ± 10

Media ± de. $p(\text{ANOVA de una vía}) = 0,365$ ($F = 1,010$)

Lo mismo ocurre respecto a los enfermeros que consideran importante la calidad asistencial, donde no se observaron diferencias significativas.

Tabla 89. Edad media de la población estudiada en función de la importancia de la calidad asistencial.

	Edad
MUCHO	39 ± 10
REGULAR	39 ± 10
POCO	46 ± 18

Media ± de. $p(\text{ANOVA de una vía}) = 0,519$ ($F = 0,657$)

Por el contrario, un dato sorprendente en cierta medida es el relacionado con la relación entre la adecuada formación académica y la calidad de los servicios, ya que en esta ocasión sí observamos diferencias significativas respecto a la edad. Aquellos que declaran que la formación académica adecuada al puesto de trabajo repercute poco en la calidad presentaron menor edad que los que opinan que la formación repercute sólo de manera regular. Debido a que sólo 2 sujetos informaron que la formación repercute poco en los cuidados prestados, los datos deben ser interpretados con cautela.

Tabla 90. Edad media de la población estudiada en función de si creen que una adecuación de la formación académica al puesto de trabajo repercute en la calidad de los cuidados.

	Edad
MUCHO	39 ± 10
REGULAR	45 ± 10
POCO	31 ± 10

Media ± de. p (ANOVA de una vía) $P= 0,036$ ($F = 3,369$)

Respecto a la relación entre la formación adecuada y la presencia de efectos adversos, como la gran mayoría de sujetos indican que incide mucho, tampoco observamos diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 91. Edad media de la población estudiada en función de si creen que Incide la adecuación de formación al puesto de trabajo en la seguridad y/o presencia de efectos adversos sobre el cliente/paciente.

	Edad
MUCHO	39 ± 10
REGULAR	40 ± 10
POCO	46 ± 14

Media ± de. p (ANOVA de una vía) = 0,213 ($F = 1,557$)

Por último, tampoco observamos diferencias de edad entre los sujetos que encuentran barreras para la formación y los que no tienen.

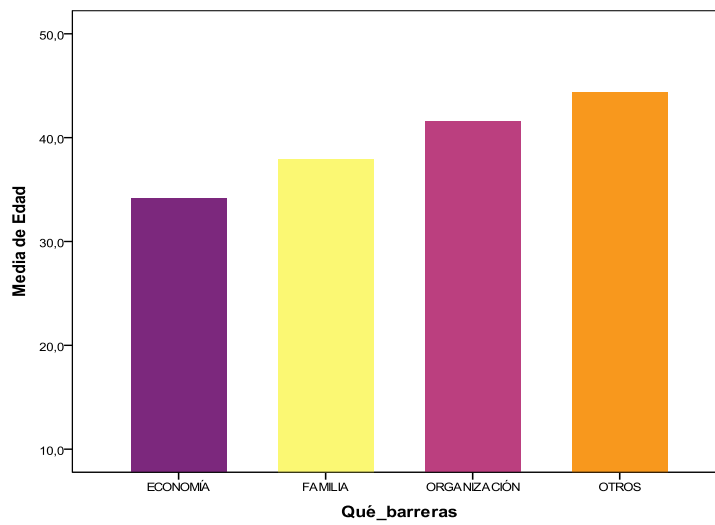
Tabla 92. Edad media de la población estudiada en función de si hay alguna barrera en su formación académica.

	SÍ(n=222)	NO(n=87)	P (t-Student)
Edad	39 ± 10	40 ± 11	0,551

Media ± de. p (t-Student para muestras independientes)

No obstante, se presenta asociación estadística entre la edad y las barreras de acceso a la formación. Los sujetos de mayor edad muestran como mayor barrera la organización, frente a los más jóvenes que reflejan la economía como factor limitante (figura 32).

Figura 32. Edad media de la población estudiada en función de qué barreras encuentra en su formación académica.



Media \pm de. p (ANOVA de una vía) $P= 0,001$ ($F = 9,634$)

RESUMEN DE LAS RELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LA EDAD Y LAS DEMÁS VARIABLES ANALIZADAS EN ESTE APARTADO.

1. El hombre tiene una edad media mayor que la mujer (42 ± 11 y 38 ± 10 respectivamente), $P=0,002$.
2. Los enfermeros del Área I (43 ± 10) tienen una edad mayor que los de las otras Áreas (37 ± 10), $P=0,001$.
3. Los enfermeros que ocupan un puesto hospitalario (41 ± 10) tienen una edad significativamente mayor que los que trabajan en un puesto extra-hospitalario (34 ± 10), $P=0,001$. Aún así, entre los componentes de la muestra con destinos de trabajo extrahospitalario, los enfermeros de mayor edad fueron los de los centros de Atención Primaria, y los de menor edad los de Enfermería del Trabajo.
4. Los encuestados con un contrato en propiedad tienen una edad mayor (46 ± 8) que los otros tipos de contrato, $P=0,001$.
5. Los que reciben cursos de formación (39 ± 10) tienen una edad menor que los que no realizan cursos (45 ± 12), $P=0,011$.
6. Aquellos que realizan actividades de formación (41 ± 10) tienen una edad mayor que los que no las realizan (37 ± 11), $P=0,002$.
7. Los puestos de gestión (46 ± 9) son ocupados por enfermeros con una edad mayor que aquellos que no desempeñan tales funciones (38 ± 10), $P=0,001$.
8. La edad de los sujetos que priorizan cuidados intensivos, como demanda de formación, es menor de la de los que no la seleccionaron ($P=0,001$), mientras que en sentido contrario, aquellos sujetos que demandan nuevas tecnologías en primer lugar, tienen una edad mayor, con relación a los que demandan otras formaciones ($P=0,018$).
9. Los enfermeros de mayor edad consideran que la formación académica adecuada al puesto de trabajo, repercute en la calidad de los cuidados, ($P=0,036$).
10. Se presenta asociación significativa entre edad y percepción de barreras de acceso a la formación, $P=0,001$.

4.2.3. Tipo de contrato.

4.2.3.1 Relación entre la variable tipo de contrato y las variables sociolaborales.

Con anterioridad hemos analizado la relación entre la variable sexo y tipo de contrato, y hemos podido poner de manifiesto una asociación significativa entre ambas variables, presentándose más contratos en propiedad en el hombre, mientras que la mujer muestra una mayor frecuencia de contrato temporal o en paro (X^2 de Pearson = 8,621, $p= 0,041$). Además, otro factor que parece estar influyendo en el tipo de contrato de los enfermeros consultados es la edad, ya que nuestros datos han mostrado que los que poseen un contrato en propiedad tienen una edad mayor que aquellos que poseen un contrato temporal o en paro (ANOVA-una vía, $p= 0,001$).

No obstante, el hecho de poseer un tipo de contrato u otro, también puede entenderse como una variable independiente que, a su vez, consigue influir sobre las demandas de formación y las demás variables estudiadas en el presente estudio.

Cuando analizamos la relación entre el tipo de contrato y el puesto de trabajo, los datos indican que existe una asociación evidente entre ambas variables, presentando que aquellos enfermeros que ocupan un puesto de trabajo hospitalario poseen, en su mayoría, un contrato en propiedad, a diferencia de los que ocupan puestos de trabajo en el ámbito extra-hospitalario (tabla 93).

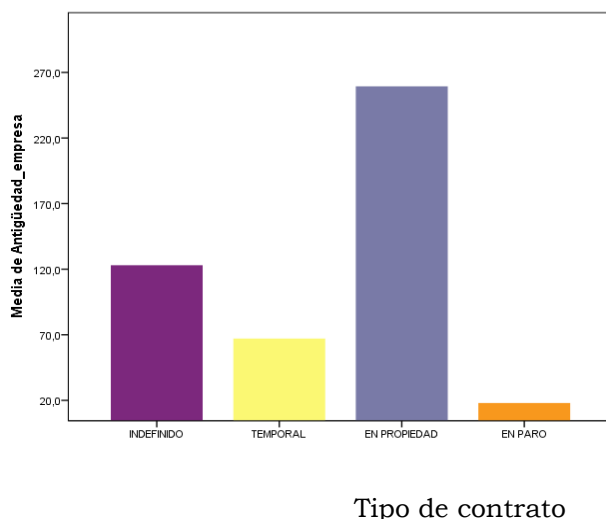
Tabla 93. Porcentajes observados sobre las distintos tipos de contrato (columnas) en función del puesto de trabajo (filas).

	Tipo de Contrato		Total
	OTRO TIPO DE CONTRATO	EN PROPIEDAD	
PUESTO HOSPITALARIO	44,7%	55,3%	100,0%
PUESTO EXTRA-HOSPITALARIO	77,9%	22,1%	100,0%
Total	51,9%	48,1%	100,0%

X^2 de Pearson = 23,559, $p < 0,001$; $\Phi = -0,274$, $p < 0,001$; Coeficiente de Contingencia = 0,264, **P = 0,001**

En cuanto a la asociación entre antigüedad en la empresa y tipo de contrato, encontramos una significación estadística, presentándose que, aquellos sujetos con un contrato en propiedad tienen una antigüedad en la empresa mayor que los que tienen otros tipos de contrato (figura 33).

Figura 33. Antigüedad media en la empresa (medido en meses) en función del tipo de contrato.

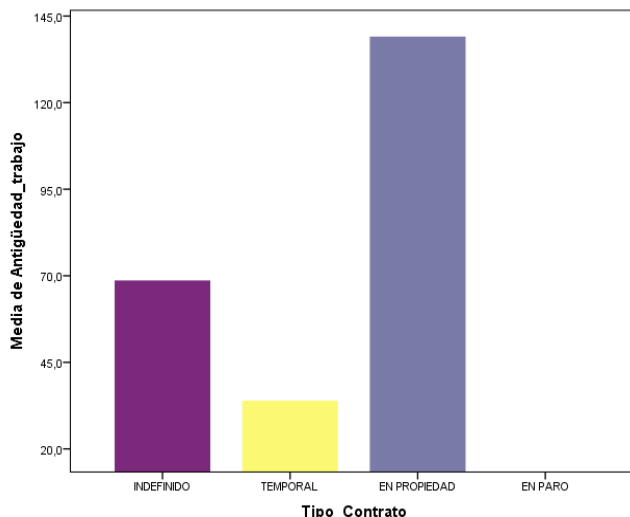


Media \pm de. ANOVA de una vía $p = 0,001$ ($F = 91,499$)

Del mismo modo, esta situación se repite en cuanto a la antigüedad en el puesto de trabajo, donde aquellos sujetos con un contrato en propiedad presentan una antigüedad mayor que los que

disfrutaban de otros tipos de contrato, en especial respecto a los que poseen un contrato temporal o están en paro.

Figura 34. Valor medio de los meses de antigüedad en el puesto de trabajo en función del tipo de contrato.



Media \pm de. ANOVA de una vía $p= 0,001$ ($F = 41,827$)

Cuando estudiamos la relación entre el tipo de contrato y el año de finalización de estudios, observamos una asociación significativa entre ambas variables.

Tabla 94. Año de finalización de los máximos estudios alcanzados en función del tipo de contrato.

	N	Media
INDEFINIDO	83	2001 \pm 9
TEMPORAL	54	2005 \pm 7
EN PROPIEDAD	151	1999 \pm 12
EN PARO	24	2009 \pm 3

Media \pm de. ANOVA de una vía $p= 0,001$ ($F = 26,521$)

4.2.3.2 Relación entre la variable tipo de contrato y las variables de formación académica.

También hemos analizado una posible relación entre el tipo de contrato y el máximo grado de estudios alcanzados, con el fin de evaluar si ambas variables están relacionadas o son independientes.

Para ellos, realizamos un análisis de tablas cruzadas como se muestra a continuación (tabla 95).

Tabla 95. Porcentajes observados de los máximos estudios alcanzados en función del tipo de contrato.

	OTRO TIPO DE CONTRATO	EN PROPIEDAD	Total
DUE	55,9%	44,1%	100,0%
GRADO ENFERMERÍA	90,0%	10,0%	100,0%
ESPECIALIDAD	24,2%	75,8%	100,0%
MÁSTER	54,2%	45,8%	100,0%
CURSOS DOCTORADO	16,7%	83,3%	100,0%
SUFICIENCIA	61,5%	38,5%	100,0%
INVESTIGADORA			
DOCTORADO	66,7%	33,3%	100,0%
Total	51,9%	48,1%	100,0%

X^2 de Pearson = 27,478, $p < 0,001$; $\Phi = 0,296$, $p < 0,001$; Coeficiente de Contingencia = 0,286, $P = 0,001$

Como vemos, ambas variables están efectivamente relacionadas. Este dato es especialmente evidente para aquellos enfermeros que han realizado la especialidad, ya que el 75.8% de los enfermeros que han alcanzado la especialidad posee un contrato en propiedad, frente a solamente un 10,0% de enfermeros que han alcanzado el Grado en Enfermería poseen otro tipo de contrato.

Los sujetos que han realizado el doctorado, la mayor parte de ellos aún no posee un contrato en propiedad. En cualquier caso hay que destacar que el número de enfermeros que ha alcanzado este grado es muy bajo.

Para interpretar mejor estos resultados, hemos repetido el análisis pero analizando si el Grado en enfermería está relacionado con el tipo de contrato alcanzado, pero no observamos ninguna relación entre ambas variables ($\chi^2 = 1,202$, $p = 0,273$). El mismo caso sucede con

el grado de doctor, donde no observamos relación entre alcanzar este tipo de estudios y el tipo de contrato ($\chi^2 = 0,264$, $p = 0,529$). Por lo tanto, es de esperar que la relación significativa observada inicialmente se deba a los diplomados en enfermería, y efectivamente, cuando analizamos la relación entre obtener la diplomatura y el tipo de contrato, vemos como existe una relación significativa entre ambas variables ($\chi^2 = 3,276$, $p = 0,045$).

4.2.3.3 Relación entre la variable tipo de contrato y las variables de formación continuada.

Respecto a la asociación entre el tipo de contrato y la formación continuada (variables bloque 3), en primer lugar, analizamos la asociación entre las variables tipo de contrato y recibir algún curso de formación, sin presentarse significación estadística alguna (tabla 96).

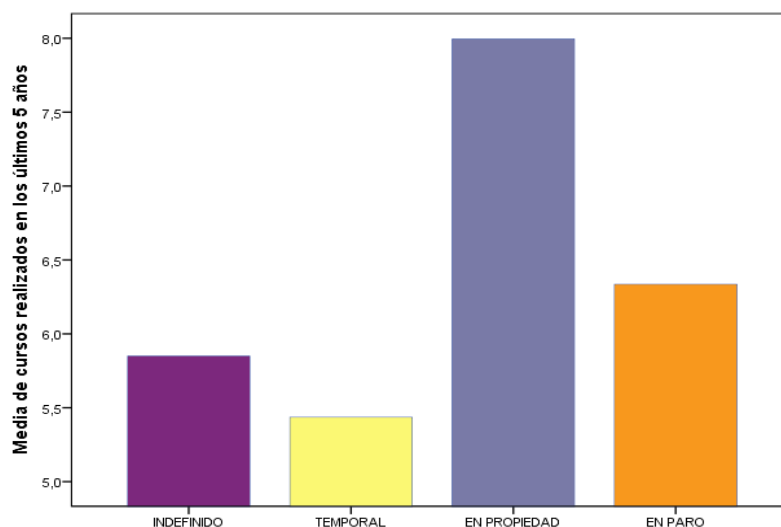
Tabla 96. Tipo de contrato y formación continuada recibida.

	SI	NO	Total
INDEFINIDO	94,0%	6,0%	100,0%
TEMPORAL	96,4%	3,6%	100,0%
EN PROPIEDAD	91,4%	8,6%	100,0%
EN PARO	87,5%	12,5%	100,0%
Total	92,7%	7,3%	100,0%

X^2 de Pearson = 2,649, $p = 0,449$; $\Phi = 0,092$, $p = 0,449$; Coeficiente de Contingencia = 0,091, $p = 0,449$

No obstante, el número de cursos realizado en los últimos 5 años y la variable tipo de contrato, si presentan asociación significativa. Se observa que los que presentan un contrato en propiedad han realizado en los últimos 5 años, un número de cursos mayor que los que tienen un contrato temporal (figura 35).

Figura 35. N° de cursos realizado en los últimos 5 años en función del tipo de contrato.



Media \pm de. ANOVA de una vía $p= 0,011$ ($F = 3,759$)

Respecto a haber asistido a congresos, jornadas, etc., es independiente del tipo de contrato, tal y como se observa en la siguiente tabla, ya que al igual que ocurría con realizar cursos de formación, en todos los tipos de contrato la mayoría de los enfermeros (80% aprox.) han realizado alguna de estas actividades.

Tabla 97. Asistencia a congresos, jornadas, etc., en los últimos 5 años en función del tipo de contrato.

	SI	NO	Total
INDEFINIDO	78,6%	21,4%	100,0%
TEMPORAL	74,5%	25,5%	100,0%
EN PROPIEDAD	82,8%	17,2%	100,0%
EN PARO	75,0%	25,0%	100,0%
Total	79,6%	20,4%	100,0%

X^2 de Pearson = 2,175, $p= 0,537$; $\Phi = 0,083$, $p= 0,537$; Coeficiente de Contingencia = 0,083, $p= 0,537$

En esta ocasión, el número de congresos, jornadas, etc.... a los que se ha asistido es similar en todos los tipos de contrato, ya que desde los que tienen un contrato indefinido, que son aquellos que asisten a un menor número (3 de media) hasta los que tienen un

contrato temporal que son los que asisten a un mayor número (4 de media), los datos son muy similares (ANOVA de una vía $p= 0,885$, $F = 0,217$).

Existe asociación significativa entre el tipo de contrato y el hecho de haber trabajado desarrollando o contribuyendo en alguna actividad de formación en los últimos 5 años, ya que los enfermeros que poseen un contrato en propiedad, han desarrollado este tipo de actividades.

Tabla 98. Porcentajes observados respecto a si ha trabajado desarrollando o contribuyendo en alguna actividad de formación en los últimos 5 años, en función del tipo de contrato.

	SI	NO	Total
OTRO TIPO DE CONTRATO	58,9%	41,1%	100,0%
EN PROPIEDAD	70,2%	29,8%	100,0%
Total	64,3%	35,7%	100,0%

X^2 de Pearson = 4,363, $p= 0,037$; $\Phi = -0,118$, $p= 0,037$; Coeficiente de Contingencia = 0,117, $p= 0,037$

Por el contrario, según los datos obtenidos no existe asociación entre el tipo de contrato y el hecho de haber trabajado desarrollando o contribuyendo en alguna actividad de investigación en los últimos 5 años, como se puede observar en la siguiente tabla.

Tabla 99. Porcentajes observados respecto a si ha trabajado desarrollando o contribuyendo en alguna actividad de formación en los últimos 5 años, en función del tipo de contrato.

	SI	NO	Total
OTRO TIPO DE CONTRATO	46,0%	54,0%	100,0%
EN PROPIEDAD	49,0%	51,0%	100,0%
Total	47,5%	52,5%	100,0%

X^2 de Pearson = 0,282, $p= 0,595$; $\Phi = -0,030$, $p= 0,595$; Coeficiente de Contingencia = 0,030, $p= 0,595$

Cuando analizamos la relación entre el tipo de contrato y si desempeña algún puesto de gestión/responsabilidad actualmente, observamos una asociación entre ambas variables, ya que aquellos con un contrato en propiedad ocupan puestos de gestión, en un porcentaje más elevado (22,5%) (tabla 100).

Tabla 100. Porcentajes observados respecto a si desarrolla algún puesto de gestión, en función del tipo de contrato.

	SI	NO	Total
OTRO TIPO DE CONTRATO	8,0%	92,0%	100,0%
EN PROPIEDAD	22,5%	77,5%	100,0%
Total	15,0%	85,0%	100,0%

X^2 de Pearson = 13,022, $p < 0,001$; $\Phi = -0,204$, $p < 0,001$; Coeficiente de Contingencia = 0,200, $p < 0,001$

No obstante, cuando quisimos analizar si existía relación entre el tipo de contrato con algún tipo de gestión específico, los datos no presentan asociación estadísticamente significativa.

4.2.3.4 Relación entre la variable tipo de contrato y las necesidades de formación continuada.

Una vez estudiada la asociación entre el tipo de contrato y la formación continuada, pasamos a analizar la asociación entre el tipo de contrato y la demanda de formación, presentando estos datos, siguiendo el esquema del cuestionario inicial (disponible en <http://enfermeriadocente.es>).

Tabla 101. Porcentajes de las diferentes demandas de formación, en función del tipo de contrato.

		Intensivo como 1ª opción		Total
		NO	SÍ	
Tipo de Contrato	OTRO TIPO DE CONTRATO	71,8%	28,2%	100,0%
	EN PROPIEDAD	83,4%	16,6%	100,0%
Total		77,4%	22,6%	100,0%

X^2 de Pearson = 6,095, $p= 0,014$; $\Phi = -0,139$, $p= 0,014$; Coeficiente de Contingencia = 0,138, $p= 0,014$

		Geriátrico como 1ª opción		Total
		NO	SÍ	
Tipo de Contrato	OTRO TIPO DE CONTRATO	93,9%	6,1%	100,0%
	EN PROPIEDAD	96,7%	3,3%	100,0%
Total		95,2%	4,8%	100,0%

X^2 de Pearson = 1,374, $p= 0,241$; $\Phi = -0,066$, $p= 0,241$; Coeficiente de Contingencia = 0,066, $p= 0,241$

		Salud Mental como 1ª opción		Total
		NO	SÍ	
Tipo de Contrato	OTRO TIPO DE CONTRATO	96,9%	3,1%	100,0%
	EN PROPIEDAD	96,0%	4,0%	100,0%
Total		95,2%	96,5%	100,0%

X^2 de Pearson = 0,190, $p= 0,663$; $\Phi = 0,025$, $p= 0,663$; Coeficiente de Contingencia = 0,025, $p= 0,663$

		Gestión de Calidad como 1ª opción		Total
		NO	SÍ	
Tipo de Contrato	OTRO TIPO DE CONTRATO	93,3%	6,7%	100,0%
	EN PROPIEDAD	90,7%	9,3%	100,0%
Total		92,0%	8,0%	100,0%

X^2 de Pearson = 0,681, $p= 0,409$; $\Phi = 0,047$, $p= 0,409$; Coeficiente de Contingencia = 0,047, $p= 0,409$

		Salud de la Mujer como 1ª opción		Total
		NO	SÍ	
Tipo de Contrato	OTRO TIPO DE CONTRATO	95,1%	4,9%	100,0%
	EN PROPIEDAD	94,0%	6,0%	100,0%
Total		94,6%	5,4%	100,0%

X^2 de Pearson = 0,169, $p= 0,681$; $\Phi = 0,023$, $p= 0,681$; Coeficiente de Contingencia = 0,023, $p= 0,681$

		Cuidados Pediátricos como 1ª opción		Total
		NO	SÍ	
Tipo de Contrato	OTRO TIPO DE CONTRATO	90,8%	9,2%	100,0%
	EN PROPIEDAD	90,1%	9,9%	100,0%
Total		90,4%	9,6%	100,0%

X^2 de Pearson = 0,049, $p= 0,826$; $\Phi = 0,012$, $p= 0,826$; Coeficiente de Contingencia = 0,012, $p= 0,826$

		Médico-quirúrgica como 1ª opción		Total
		NO	SÍ	
Tipo de Contrato	OTRO TIPO DE CONTRATO	84,7%	15,3%	100,0%
	EN PROPIEDAD	87,4%	12,6%	100,0%
Total		86,0%	14,0%	100,0%

X² de Pearson = 0,494, *p* = 0,482; Φ = - 0,040, *p* = 0,482; Coeficiente de Contingencia = 0,040, *p* = 0,482

		Gestión / Administración como 1ª opción		Total
		NO	SÍ	
Tipo de Contrato	OTRO TIPO DE CONTRATO	97,5%	2,5%	100,0%
	EN PROPIEDAD	96,7%	3,3%	100,0%
Total		97,1%	2,9%	100,0%

X² de Pearson = 0,207, *p* = 0,659; Φ = 0,026, *p* = 0,649; Coeficiente de Contingencia = 0,026, *p* = 0,649

		Metodología Enfermera como 1ª opción		Total
		NO	SÍ	
Tipo de Contrato	OTRO TIPO DE CONTRATO	97,5%	2,5%	100,0%
	EN PROPIEDAD	95,4%	4,6%	100,0%
Total		96,5%	3,5%	100,0%

X² de Pearson = 1,104, *p* = 0,293; Φ = 0,059, *p* = 0,293; Coeficiente de Contingencia = 0,059, *p* = 0,293

		Investigación como 1 ^a opción		Total
		NO	SÍ	
Tipo de Contrato	OTRO TIPO DE CONTRATO	93,3%	6,7%	100,0%
	EN PROPIEDAD	93,4%	6,6%	100,0%
Total		93,3%	6,7%	100,0%

X^2 de Pearson = 0,002, $p= 0,964$; $\Phi = - 0,003$, $p= 0,964$; Coeficiente de Contingencia = 0,003, $p= 0,964$.

		Nuevas Tecnologías como 1 ^a opción		Total
		NO	SÍ	
Tipo de Contrato	OTRO TIPO DE CONTRATO	97,5%	2,5%	100,0%
	EN PROPIEDAD	91,4%	8,6%	100,0%
Total		94,6%	5,4%	100,0%

X^2 de Pearson = 5,799, $p= 0,016$; $\Phi = 0,136$, $p= 0,016$; Coeficiente de Contingencia = 0,135, $p= 0,016$.

		Ed. para la Salud como 1 ^a opción		Total
		NO	SÍ	
Tipo de Contrato	OTRO TIPO DE CONTRATO	95,7%	4,3%	100,0%
	EN PROPIEDAD	90,1%	9,9%	100,0%
Total		93,0%	7,0%	100,0%

X^2 de Pearson = 3,826, $p= 0,050$; $\Phi = 0,110$, $p= 0,050$; Coeficiente de Contingencia = 0,110, $p= 0,050$.

Según nuestros datos, existe una asociación significativa entre el tipo de contrato y la formación demandada en cuidados intensivos, demandándose más entre los que no tienen un contrato en propiedad. Por el contrario, atendiendo a los resultados de nuevas tecnologías y educación para la salud, también observamos una asociación significativa, demandándose más entre los que tienen un contrato en propiedad.

Finalmente, no se presenta asociación significativa entre el tipo de contrato y necesitar otro tipo de formación no especificado anteriormente. Además, realizamos este mismo análisis con los diferentes tipos de formación propuestos por los propios encuestados (urgencias, terapias alternativas, etc....) pero también sin presentarse significación estadística entre las variables (χ^2 de Pearson = 6,907, $p=0,228$).

Tabla 102. Demanda de otra formación en función del tipo de contrato.

		Otra formación como 1ª opción		Total
		NO	SÍ	
Tipo de Contrato	OTRO TIPO DE CONTRATO	92,6%	7,4%	100,0%
	EN PROPIEDAD	94,7%	5,3%	100,0%
Total		93,6%	6,4%	100,0%

X^2 de Pearson = 0,560, $p=0,454$; $\Phi = -0,042$, $p=0,454$; Coeficiente de Contingencia = 0,042, $p=0,454$.

4.2.3.5 Relación entre la variable tipo de contrato y las variables relacionadas con la percepción personal sobre su formación continuada.

Al estudiar la asociación entre tipo de contrato y percepción personal de la formación continuada recibida en el centro de trabajo (correspondiente al bloque 5), en primer lugar analizamos la asociación entre el tipo de contrato y haber percibido la necesidad de mayor formación para el desempeño de la actividad profesional, no observamos ninguna asociación significativa entre ambas variables.

Tabla 103. Porcentajes observados sobre si el enfermero ha percibido la necesidad de mayor formación para desarrollar sus actividades, en función del tipo de contrato.

		Necesita formación		Total
		SI	NO	
Tipo Contrato	OTRO TIPO DE CONTRATO	91,4%	8,6%	100,0%
	EN PROPIEDAD	86,8%	13,2%	100,0%
Total		89,2%	10,8%	100,0%

χ^2 de Pearson = 1,760, $p= 0,185$; Φ de Cramer= 0,075, $p= 0,185$; Coeficiente de Contingencia = 0,075, $p= 0,185$.

Por el contrario, sí existe una asociación significativa entre el tipo de contrato y si se realizan cursos de formación en el centro de trabajo. En este sentido, aquellos enfermeros con un contrato en propiedad más cursos de formación en su centro, que los que poseen otro tipo de contrato (tabla 104).

Tabla 104. Porcentajes observados sobre si se realizan cursos de formación en el centro de trabajo, asociado al tipo de contrato.

		Cursos en centro trabajo		Total
		SI	NO	
Tipo	OTRO TIPO DE	77,2%	22,8%	100,0%
Contrato	CONTRATO			
	EN PROPIEDAD	88,4%	11,6%	100,0%
Total		82,3%	17,7%	100,0%

X² de Pearson = 5,676, $p= 0,017$; Φ de Cramer= -0,146, $p= 0,017$; Coeficiente de Contingencia = 0,145, $p= 0,017$.

Existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de contrato y la percepción sobre la adecuación de la formación recibida en el centro de trabajo, ya que los enfermeros que poseen un contrato en propiedad consideran en su mayoría que esta formación es adecuada, mientras que los que poseen otro tipo de contrato, opinan de forma contraria.

Tabla 105. Porcentajes observados sobre si los enfermeros consultados opinan que la formación en el centro de trabajo es adecuada, asociado al tipo de contrato.

		Formación centro adecuada		Total
		SI	NO	
Tipo	OTRO TIPO DE	39,4%	60,6%	100,0%
Contrato	CONTRATO			
	EN PROPIEDAD	53,4%	46,6%	100,0%
Total		46,2%	53,8%	100,0%

X² de Pearson = 5,990, $p= 0,014$; Φ de Cramer= -0,141, $p= 0,014$; Coeficiente de Contingencia = 0,139, $p= 0,041$.

Por el contrario, no parece haber una asociación entre el tipo de contrato y el acceso a la formación en el puesto de trabajo, ya que la mayoría de los enfermeros consultados (58,6%), independientemente del tipo de contrato, opinan que el acceso a la formación es limitado, como se muestra a continuación:

Tabla 106. Porcentaje observado sobre si los enfermeros consultados opinan que el acceso a la formación en el centro de trabajo es fácil, limitado o regular, asociado al tipo de contrato.

				Acceso a la formación			Total
				FÁCIL	LIMITADO	REGULAR	
Tipo	OTRO	TIPO	DE	16,6%	59,9%	23,6%	100,0%
Contrato	CONTRATO						
	EN PROPIEDAD			24,0%	57,3%	18,7%	100,0%
Total				20,2%	58,6%	21,2%	100,0%

X^2 de Pearson = 3,057, $p= 0,217$; Φ de Cramer= 0,100, $p= 0,217$; Coeficiente de Contingencia = 0,099, $p= 0,217$.

Del mismo modo, no observamos asociaciones significativas en cuanto a si los enfermeros consultados consideran importante la calidad asistencial, asociado al tipo de contrato.

Tabla 107. Importancia de la calidad asistencial, asociado a la variable tipo de contrato.

				Considera importante calidad asistencial			Total
				MUCHO	REGULAR	POCO	
Tipo	OTRO	TIPO	DE	93,6%	4,5%	1,9%	100,0%
Contrato	CONTRATO						
	EN PROPIEDAD			98,0%	1,3%	0,7%	100,0%
Total				95,7%	3,0%	1,3%	100,0%

X^2 de Pearson = 3,619, $p= 0,164$; Φ de Cramer= 0,109, $p= 0,164$; Coeficiente de Contingencia = 0,108, $p= 0,164$.

Independientemente del tipo de contrato, los encuestados opinan, que la formación adecuada al puesto de trabajo incide en la calidad asistencial prestada, así como en la presencia de efectos adversos (tablas 108 y 109).

Tabla 108. Porcentaje observado sobre la incidencia de la formación adecuada al puesto de trabajo, en la calidad asistencial, asociado al tipo de contrato.

		Cree formación adecuada repercute en la calidad			Total
		MUCHO	REGULAR	POCO	
Tipo	OTRO TIPO DE	95,5%	3,2%	1,3%	100,0%
Contrato	CONTRATO				
	EN PROPIEDAD	92,7%	7,3%	0,0%	100,0%
Total		94,2%	5,2%	0,6%	100,0%

X^2 de Pearson = 4,480, $p= 0,106$; Φ de Cramer= 0,121, $p= 0,106$; Coeficiente de Contingencia = 0,120, $p= 0,106$.

Tabla 109. Porcentaje observado sobre la incidencia de una formación adecuada en la presencia de efectos adversos, asociado al tipo de contrato.

		Formación evita errores			Total
		MUCHO	REGULAR	POCO	
Tipo	OTRO TIPO DE	93,6%	4,5%	1,9%	100,0%
Contrato	CONTRATO				
	EN PROPIEDAD	91,4%	6,0%	2,6%	100,0%
Total		92,5%	5,2%	2,3%	100,0%

X^2 de Pearson = 0,537, $p= 0,765$; Φ de Cramer= 0,042, $p= 0,765$; Coeficiente de Contingencia = 0,042, $p= 0,765$.

Finalmente, cuando analizamos la relación entre el tipo de contrato y la percepción acerca de si existen barreras que impiden la formación, lo datos no reflejan una asociación estadísticamente significativa, es decir, la presencia de barreras para la formación es independiente del tipo de contrato, ya que tanto aquellos que poseen un contrato en propiedad como aquellos que poseen otro tipo de contrato tienen una percepción similar en este sentido (tabla 110).

Tabla 110. Porcentaje observado sobre si los enfermeros consultados presentan o perciben alguna barrera para su formación, asociado al tipo de contrato.

		Barreras formación		Total
		SI	NO	
Tipo Contrato	OTRO TIPO DE CONTRATO	74,1%	25,9%	100,0%
	EN PROPIEDAD	69,5%	30,5%	100,0%
Total		71,8%	28,2%	100,0%

X^2 de Pearson = 0,778, $p= 0,378$; Φ de Cramer= 0,050, $p= 0,378$; Coeficiente de Contingencia = 0,050, $p= 0,378$.

Cuando analizamos las barreras identificadas por aquellos enfermeros que han contestado afirmativamente la respuesta anterior, los datos presentan una asociación significativa entre las variables tipo de contrato y tipo de barreras de acceso a la formación (tabla 111).

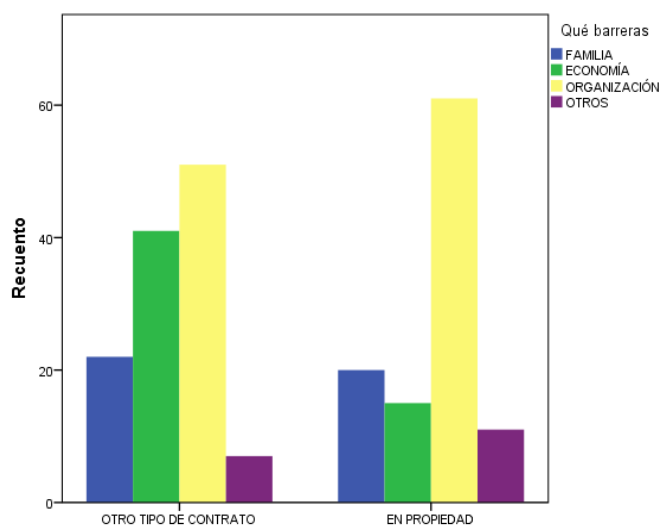
Tabla 111. Tabla de contingencia mostrando las frecuencias observadas (%) sobre las diferentes barreras para la formación en función del tipo de contrato.

	Qué barreras ha indicado				Total
	FAMILIA	ECONOMÍA	ORGANIZACIÓN	OTROS	
OTRO TIPO DE CONTRATO	18,2%	33,9%	42,1%	5,8%	100,0%
EN PROPIEDAD	18,7%	14,0%	57,0%	10,3%	100,0%
Total	18,4%	24,6%	49,1%	7,9%	100,0%

X^2 de Pearson = 13,138, $p= 0,004$; Φ de Cramer= 0,240 $p= 0,004$; Coeficiente de Contingencia = 0,233, $p= 0,004$.

En esta ocasión sí observamos una relación significativa, ya que para aquellos enfermeros que no poseen un contrato en propiedad (indefinido, temporal o en paro) la economía (33,9%) es una barrera mucho más importante que para aquellos que poseen un contrato en propiedad (figura 36).

Figura 36. Frecuencias observadas (recuento) sobre las diferentes barreras para la formación, asociado al tipo de contrato.



RESUMEN DE LAS ASOCIACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE EL TIPO DE CONTRATO Y OTRAS VARIABLES.

1. Existe una relación significativa entre el tipo de contrato y el puesto de trabajo. Aquellos enfermeros que ocupan un puesto de trabajo hospitalario poseen en su mayoría un contrato en propiedad ($P=0,001$).
2. Existe una asociación significativa entre la antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo del enfermero consultado y el tipo de contrato ($P=0,001$), siendo mayor en los que poseen un contrato en propiedad.
3. Existen asociaciones significativas entre la variable año de finalización de estudios y tipo de contrato. Los que poseen un contrato en propiedad terminaron hace muchos más años que los que tienen otro tipo de contrato ($P=0,001$).
4. Existe una asociación significativa entre el tipo de contrato y el máximo grado de estudios alcanzados ($P=0,001$). Este dato es especialmente evidente para aquellos enfermeros que han realizado la especialidad (16,6%), que poseen en su mayoría un contrato en propiedad.
5. Los enfermeros que presentan un contrato en propiedad han recibido un número de cursos mayor que los que tienen un contrato temporal ($P=0,011$).

RESUMEN DE LAS ASOCIACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE EL TIPO DE CONTRATO Y OTRAS VARIABLES.

6. Existe una asociación significativa entre el tipo de contrato y el hecho de haber trabajado desarrollando o contribuyendo en alguna actividad de formación en los últimos 5 años, ya que los enfermeros que poseen un contrato en propiedad han desarrollado este tipo de actividades ($P=0,037$).
7. Existe una clara y evidente asociación significativa entre el tipo de contrato y desempeñar algún puesto de gestión, ya que aquellos con un contrato en propiedad ocupan puestos de gestión ($P=0,001$).
8. Los enfermeros con un contrato en propiedad demandan en mayor medida formación en nuevas tecnologías y educación para la salud, mientras que los que poseen otro tipo de contrato demandan sobre todo formación en intensivos ($P=0,05$).
9. Aquellos con un contrato en propiedad realizan más cursos de formación en su centro, que los que poseen otro tipo de contrato ($P=0,017$).
10. Los enfermeros que poseen un contrato en propiedad consideran, en su mayoría, que la formación del centro es adecuada, mientras que los que poseen otro tipo de contrato opinan lo contrario ($P=0,017$).
11. Aquellos enfermeros que no poseen un contrato en propiedad (indefinido, temporal o en paro) la economía (33,9%) es una barrera mucho más importante que para aquellos que poseen un contrato en propiedad ($P=0,004$) que priorizan la organización, como primera barrera de acceso a la formación.

4.2.4.-Puesto de trabajo.

Antes de empezar con la descripción de los resultados obtenidos con la variable “puesto de trabajo”, recordemos recordar que los análisis estadísticos realizados respecto a esta variable. Presentaron una asociación significativa con las variables edad y tipo de contrato. Nos disponemos ahora a analizar qué asociación existe entre esta variable, puesto de trabajo, y resto de variables dependientes.

4.2.4.1 Relación entre la variable puesto de trabajo y las variables sociolaborales.

En primer lugar, cuando analizamos la antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo en función del tipo de contrato, encontramos una asociación significativa entre estas variables. Los datos indican que en ambos casos existen asociaciones significativas entre los diferentes puestos de trabajo. Los enfermeros de centros de atención primaria y de la unidad de gestión son los que tienen más antigüedad en la empresa, mientras que los de atención primaria y los de laboratorio, son los de mayor antigüedad en el puesto de trabajo (tablas 112 y 113).

Tabla 112. Antigüedad en la empresa (en meses), asociado al puesto de trabajo de la población estudiada.

	Media
HOSPITALIZACIÓN	168 ± 108
QUIRÓFANO	212 ± 150
UCI	151 ± 86
URGENCIAS	116 ± 68
LABORATORIO	198 ± 133
UNIDAD DE GESTIÓN	239± 179
CENTRO DE DÍA	204± 123
CENTRO DE AP	267± 128
CENTRO 061	150± 79
HEMODONACIÓN	168± 125
DOCENCIA	142± 139
ENFERMERIA DEL TRABAJO	119± 82
OTROS	172± 139

Media ± de. ANOVA de una vía $p= 0,001$ ($F = 3,267$)

Tabla 113. Antigüedad en el puesto de trabajo (en meses), asociado al puesto.

	Media
HOSPITALIZACIÓN	80 ± 73
QUIRÓFANO	121 ± 124
UCI	119 ± 90
URGENCIAS	81 ± 61
LABORATORIO	150 ± 122
UNIDAD DE GESTIÓN	93 ± 89
CENTRO DE DÍA	69 ± 50
CENTRO DE AP	147 ± 114
CENTRO 061	58 ± 59
HEMODONACIÓN	88 ± 46
DOCENCIA	50 ± 18
ENFERMERIA DEL TRABAJO	120 ± 80
OTROS	75 ± 74

Media ± de. ANOVA de una vía $p= 0,002$ ($F = 2,659$)

4.2.4.2 Relación entre la variable puesto de trabajo puesto de trabajo y las variables de formación académica.

En relación al puesto de trabajo y el máximo grado de estudios alcanzados, encontramos una asociación estadísticamente significativa, destacando con especialidades el personal de quirófano, sin contabilizar los puestos de trabajo de Enfermería de Empresa, ya que son en sí puestos de trabajo con una especialidad obligada. Así mismo las personas que ocupan puestos de trabajo con actividades docentes, sobresalen del resto en la realización de Máster, cursos de doctorado y defensa de Suficiencia Investigadora, y los de laboratorio y puestos de gestión son los que están en posesión del título de Doctor (tabla 114).

Tabla 114. Máximo grado de estudios alcanzado, asociado al puesto de trabajo.

	Estudios alcanzados						
	DUE	GRADO	ESPECIALIDAD	MÁSTER	CURSOS	SUFICIENCIA	DOC
HOSPITALIZACIÓN	83,9%	-	4,4%	8,8%	-	2,9%	-
QUIRÓFANO	- 59,1%	-	22,7%	9,1%	4,5%	4,5%	-
UCI	- 54,5%	4,5%	13,6%	13,6%	-	13,6%	-
URGENCIAS	- 57,1%	-	4,8%	38,1%	-	-	-
LABORATORIO	- 50,0%	-	-	25,0%	-	-	25,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	- 50,0%	-	12,5%	12,5%	12,5%	-	12,5%
CENTRO DE DÍA	- 70,0%	-	-	30,0%	-	-	-
CENTRO DE AP	70,0%	2,0%	14,0%	8,0%	6,0%	-	-
CENTRO 061	- 70,0%	-	10,0%	10,0%	-	10,0%	-
HEMODONACIÓN	- 71,4%	-	-	14,3%	-	14,3%	-
DOCENCIA	- -	-	-	60,0%	-	40,0%	-
ENFERMERIA DEL TRABAJO	- -	-	50,0%	50,0%	-	-	-
OTROS	55,6%	6,7%	15,6%	15,6%	2,2%	4,4%	
Total	8,4,7%	1,8%	10,9%	15,2%	2,2%	4,3%	0,7%

X^2 de Pearson=156,654, $P < 0,001$; Φ de Cramer= 0,753, $P < 0,001$; Coeficiente de Contingencia=0,602, $P = 0,001$.

A su vez, los resultados nos presentan una asociación significativa entre haber cursado los estudios de Diplomado y ocupar y el puesto de trabajo (tabla 115), del mismo modo que ocurre con el Grado de Enfermería (tabla 116).

Tabla 115. Asociación entre las variables tener solo los estudios de DUE y puesto de trabajo.

	Diplomado en Enfermería		
	NO	SÍ	Total
HOSPITALIZACIÓN	23,5%	76,5%	100,0%
QUIRÓFANO	40,9%	59,1%	100,0%
UCI	45,5%	54,5%	100,0%
URGENCIAS	42,9%	57,1%	100,0%
LABORATORIO	50,0%	50,0%	100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	50,0%	50,0%	100,0%
CENTRO DE DÍA	30,0%	70,0%	100,0%
CENTRO DE AP	32,0%	68,0%	100,0%
CENTRO 061	30,0%	70,0%	100,0%
HEMODONACIÓN	28,6%	71,4%	100,0%
DOCENCIA	100,0%	-	100,0%
ENFERMERIA DEL TRABAJO	100,0%	-	100,0%
OTROS	44,4%	55,6%	100,0%
Total	37,3%	62,7%	100,0%

X^2 de Pearson=156,654, $P<0,001$; Φ de Cramer= 0,753, $p< 0,001$; Coeficiente de Contingencia = 0,602, $p= 0,001$.

Tabla 116. Tabla de contingencia mostrando las frecuencias observadas (%) sobre ser graduado en enfermería en función del puesto de trabajo.

	Grado en Enfermería		Total
	NO	SÍ	
HOSPITALIZACIÓN	83,8%	16,2%	100,0%
QUIRÓFANO	59,1%	40,9%	100,0%
UCI	54,5%	45,5%	100,0%
URGENCIAS	57,1%	42,9%	100,0%
LABORATORIO	50,0%	50,0%	100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	50,0%	50,0%	100,0%
CENTRO DE DÍA	70,0%	30,0%	100,0%
CENTRO DE AP	70,0%	30,0%	100,0%
CENTRO 061	70,0%	30,0%	100,0%
HEMODONACIÓN	71,4%	28,6%	100,0%
DOCENCIA	-	100,0%	100,0%
ENFERMERIA DEL TRABAJO	-	100,0%	100,0%
OTROS	55,6%	44,4%	100,0%
Total	64,9%	35,1%	100,0%

X^2 de Pearson=33,052, $P=0,001$; Φ de Cramer=0,346, $P=0,001$; Coeficiente de Contingencia=0,327, $P=0,001$.

Estar en posesión del Título de Doctor, está asociado con el puesto de trabajo alcanzado, ya que estos profesionales ocupan puestos de gestión o puestos en unidades especializadas (laboratorio). En cualquier caso, consideramos oportuno recordar el análisis efectuado con la variable que contempla estar en posesión del título de doctor, asociada a otras variables, debe ser interpretada con cautela, debido al escaso número de enfermeros consultados en el presente trabajo que ha alcanzado el grado de Doctor ($n=2$) (tabla 117).

Tabla 117. Estar en posesión del título de doctor, asociado al puesto de trabajo.

Doctor Enfermería			
	NO	SÍ	Total
HOSPITALIZACIÓN	100,0%	-	100,0%
QUIRÓFANO	100,0%	-	100,0%
UCI	100,0%	-	100,0%
URGENCIAS	100,0%	-	100,0%
LABORATORIO	75,0%	25,0%	100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	87,5%	12,5%	100,0%
CENTRO DE DÍA	100,0%	-	100,0%
CENTRO DE AP	100,0%	-	100,0%
CENTRO 061	100,0%	-	100,0%
HEMODONACIÓN	100,0%	-	100,0%
DOCENCIA	100,0%	-	100,0%
ENFERMERIA TRABAJO	100,0%	-	100,0%
OTROS	100,0%	-	100,0%
Total	99,3%	0,7%	100,0%

X^2 de Pearson=50,113, $P<0,001$; Φ de Cramer=0,426, $P<0,001$; Coeficiente de Contingencia=0,392, $P=0,001$.

4.2.4.3 Relación entre la variable puesto de trabajo y las variables de formación continuada.

A continuación vamos a analizar la asociación entre el puesto de trabajo y las variables relacionadas con la formación continuada.

Los datos indican que no existe asociación entre el puesto de trabajo y haber realizado cursos de formación en los últimos 5 años, ni tampoco en el número total de cursos realizados, que en los diferentes puestos de trabajo oscila entre los 7-10 cursos en los últimos 5 años (ANOVA $p= 0,172$). Además, aproximadamente el 95% de los enfermeros

ha realizado al menos algún curso de formación en los últimos 5 años, independientemente del puesto de trabajo que ocupe.

Tabla 118. Ha realizado cursos de formación en los últimos 5 años, asociado al puesto de trabajo.

	Curso en 5 años		
	NO	SI	Total
OSPITALIZACIÓN	2,9%	97,1%	100,0%
QUIRÓFANO	4,5%	95,5%	100,0%
UCI	13,6%	86,4%	100,0%
URGENCIAS	4,8%	95,2%	100,0%
LABORATORIO	25,0%	75,0%	100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	12,5%	87,5%	100,0%
CENTRO DE DÍA		100,0%	100,0%
CENTRO DE AP	10,0%	90,0%	100,0%
CENTRO 061		100,0%	100,0%
HEMODONACIÓN		100,0%	100,0%
DOCENCIA		100,0%	100,0%
ENFERMERIA DEL TRABAJO		100,0%	100,0%
OTROS	6,7%	93,3%	100,0%
Total	6,2%	93,8%	100,0%

X^2 de Pearson=10,188, $P=0,599$; Φ de Cramer=0,192, $P=0,599$; Coeficiente de Contingencia=0,189, $P=0,599$.

Unos datos similares observamos cuando analizamos la participación de los enfermeros consultados, sobre su puesto de trabajo y su participación en congresos, jornadas, seminarios, etc. en los últimos años. Los datos indican que ambas variables son independientes (tabla 119).

Tabla 119. Ha asistido a congresos, jornadas, seminarios, etc. en los últimos 5 años, asociado al puesto de trabajo.

	Congresos5años		
	NO	SI	Total
HOSPITALIZACIÓN	20,6%	79,4%	100,0%
QUIRÓFANO	22,7%	77,3%	100,0%
UCI	31,8%	68,2%	100,0%
URGENCIAS	14,3%	85,7%	100,0%
LABORATORIO	25,0%	75,0%	100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	12,5%	87,5%	100,0%
CENTRO DE DÍA	10,0%	90,0%	100,0%
CENTRO DE AP	18,0%	82,0%	100,0%
CENTRO 061	30,0%	70,0%	100,0%
HEMODONACIÓN	42,9%	57,1%	100,0%
DOCENCIA	-	100,0%	100,0%
ENFERMERIA DEL TRABAJO	-	100,0%	100,0%
OTROS	13,3%	86,7%	100,0%
Total	19,2%	80,8%	100,0%

X^2 de Pearson=10,169, P=0,601; Φ de Cramer=0,192, P=0,601; Coeficiente de Contingencia=0,189, P=0,601.

Al analizar la asociación entre el puesto de trabajo y haber desarrollado o llevado a cabo alguna actividad de formación o de investigación en los últimos 5 años, los datos indican que no existe asociación entre estas variables (tablas 120 y 121).

Tabla 120. Ha llevado a cabo alguna actividad de formación en los últimos 5 años, asociado al puesto de trabajo.

Actividad de Formación en 5 años			
	NO	SI	Total
HOSPITALIZACIÓN	36,8%	63,2%	100,0%
QUIRÓFANO	31,8%	68,2%	100,0%
UCI	22,7%	77,3%	100,0%
URGENCIAS	47,6%	52,4%	100,0%
LABORATORIO	50,0%	50,0%	100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	25,0%	75,0%	100,0%
CENTRO DE DÍA	30,0%	70,0%	100,0%
CENTRO DE AP	30,0%	70,0%	100,0%
CENTRO 061	20,0%	80,0%	100,0%
HEMODONACIÓN	28,6%	71,4%	100,0%
DOCENCIA	-	100,0%	100,0%
ENFERMERIA DEL TRABAJO	25,0%	75,0%	100,0%
OTROS	48,9%	51,1%	100,0%
Total	34,8%	65,2%	100,0%

X^2 de Pearson=12,354, P=0,418; Φ de Cramer=0,212, P=0,601; Coeficiente de Contingencia=0,207, P=0,601.

Tabla 121. Ha llevado a cabo alguna actividad de investigación en los últimos 5 años, asociado al puesto de trabajo.

	Actividad Investigadora en 5 años		
	NO	SI	Total
HOSPITALIZACIÓN	52,9%	47,1%	100,0%
QUIRÓFANO	50,0%	50,0%	100,0%
UCI	54,5%	45,5%	100,0%
URGENCIAS	33,3%	66,7%	100,0%
LABORATORIO	50,0%	50,0%	100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	50,0%	50,0%	100,0%
CENTRO DE DÍA	70,0%	30,0%	100,0%
CENTRO DE AP	48,0%	52,0%	100,0%
CENTRO 061	70,0%	30,0%	100,0%
HEMODONACIÓN	42,9%	57,1%	100,0%
DOCENCIA	-	100,0%	100,0%
ENFERMERIA DEL TRABAJO	50,0%	50,0%	100,0%
OTROS	48,9%	51,1%	100,0%
Total	49,6%	50,4%	100,0%

X^2 de Pearson=11,182, $P=0,513$; Φ de Cramer=0,201, $P=0,513$; Coeficiente de Contingencia=0,197, $P=0,513$.

Por último, y dentro de este bloque, cuando analizamos la asociación entre el puesto de trabajo que ocupa, y si el enfermero desarrolla actividades de gestión/responsabilidad, los datos indican que en este caso sí existe significación estadística entre ambas variables. En concreto, los enfermeros de la unidad de gestión junto a los de docencia son los que más desempeñan actividades de gestión, destacando del resto, frente a otros puestos como laboratorio donde ninguno de los enfermeros consultados ha desempeñado estas actividades o funciones de responsabilidad.

Tabla 122. Desempeña actividades de gestión/responsabilidad, asociado al puesto de trabajo que ocupa.

	Puesto gestión/responsabilidad		
	NO	SI	Total
HOSPITALIZACIÓN	91,2%	8,8%	100,0%
QUIRÓFANO	86,4%	13,6%	100,0%
UCI	90,9%	9,1%	100,0%
URGENCIAS	95,2%	4,8%	100,0%
LABORATORIO	100,0%		100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	37,5%	62,5%	100,0%
CENTRO DE DÍA	90,0%	10,0%	100,0%
CENTRO DE AP	80,0%	20,0%	100,0%
CENTRO 061	70,0%	30,0%	100,0%
HEMODONACIÓN	100,0%		100,0%
DOCENCIA	40,0%	60,0%	100,0%
ENFERMERIA DEL TRABAJO	100,0%		100,0%
OTROS	86,7%	13,3%	100,0%
Total	85,5%	14,5%	100,0%

X^2 de Pearson=33,051, $P=0,001$; Φ de Cramer=0,346, $P=0,001$; Coeficiente de Contingencia=0,327, $P=0,001$.

Sin embargo, cuando estudiamos las diferentes actividades desempeñadas de gestión específicas o actividades de responsabilidad (equipo de dirección, supervisión, RRHH, u otros) y su relación con el puesto de trabajo que ocupan, los resultados no muestran en esta ocasión una relación significativa (X^2 de Pearson=36,704, $P=0,436$).

4.2.4.4 Relación entre la variable puesto de trabajo y la demanda de formación continuada.

Para analizar el puesto de trabajo y su asociación con la demanda de una u otra formación, hemos realizado un estudio de tablas de contingencia presentando cual es la 1ª opción de demanda de formación, asociado al puesto de trabajo que ocupan. En aquellas

variables que hemos observado relaciones significativas también mostramos el gráfico de frecuencias acumuladas.

En primer lugar, nuestros datos indican que existe una asociación significativa entre el puesto de trabajo que ocupan y demandar, como primera opción de formación, Cuidados Intensivos, Gestión de Calidad, Gestión Administración y Educación para la Salud (tablas 123-126). Esta asociación, por el contrario, no se presenta en las restantes demandas de formación (tablas 127-135).

Tabla 123. Demanda de formación en Cuidados Intensivos como primera opción, asociado al puesto de trabajo.

	Intensivo de 1ª opción		Total
	NO	SÍ	
HOSPITALIZACIÓN	76,5%	23,5%	100,0%
QUIRÓFANO	77,3%	22,7%	100,0%
UCI	45,5%	54,5%	100,0%
URGENCIAS	61,9%	38,1%	100,0%
LABORATORIO	100,0%	-	100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	87,5%	12,5%	100,0%
CENTRO DE DÍA	100,0%	-	100,0%
CENTRO DE AP	94,0%	6,0%	100,0%
CENTRO 061	70,0%	30,0%	100,0%
HEMODONACIÓN	100,0%	-	100,0%
DOCENCIA	80,0%	20,0%	100,0%
ENFERMERIA DEL TRABAJO	75,0%	25,0%	100,0%
OTROS	73,3%	26,7%	100,0%
Total	77,5%	22,5%	100,0%

X^2 de Pearson=31,127, $P=0,002$; Φ de Cramer=0,336, $P=0,002$; Coeficiente de Contingencia=0,318, $P=0,002$.

Tabla 124. Demanda de formación en Gestión de Calidad como primera opción, asociado al puesto de trabajo.

Gestión de Calidad 1ª opción			
	NO	SÍ	Total
HOSPITALIZACIÓN	92,6%	7,4%	100,0%
QUIRÓFANO	90,9%	9,1%	100,0%
UCI	95,5%	4,5%	100,0%
URGENCIAS	95,2%	4,8%	100,0%
LABORATORIO	75,0%	25,0%	100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	75,0%	25,0%	100,0%
CENTRO DE DÍA	70,0%	30,0%	100,0%
CENTRO DE AP	100,0%	-	100,0%
CENTRO 061	100,0%	-	100,0%
HEMODONACIÓN	71,4%	28,6%	100,0%
DOCENCIA	80,0%	20,0%	100,0%
ENFERMERIA DEL TRABAJO	100,0%	-	100,0%
OTROS	91,1%	8,9%	100,0%
Total	92,0%	8,0%	100,0%

X^2 de Pearson=22,710, $P=0,030$; Φ de Cramer=0,287, $P=0,030$; Coeficiente de Contingencia=0,276, $P=0,030$.

Tabla 125. Demanda de formación en Gestión Administración como primera opción, asociado al puesto de trabajo.

	Gestión y administración 1ª opción		
	NO	SÍ	Total
HOSPITALIZACIÓN	98,5%	1,5%	100,0%
QUIRÓFANO	100,0%	-	100,0%
UCI	100,0%	-	100,0%
URGENCIAS	100,0%	-	100,0%
LABORATORIO	100,0%	-	100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	100,0%	-	100,0%
CENTRO DE DÍA	90,0%	10,0%	100,0%
CENTRO DE AP	96,0%	4,0%	100,0%
CENTRO 061	80,0%	20,0%	100,0%
HEMODONACIÓN	100,0%	-	100,0%
DOCENCIA	80,0%	20,0%	100,0%
ENFERMERIA DEL TRABAJO	75,0%	25,0%	100,0%
OTROS	100,0%	-	100,0%
Total	97,1%	2,9%	100,0%

X² de Pearson=28,879, P=0,004; Φ de Cramer=0,323, P=0,004; Coeficiente de Contingencia=0,308, P=0,004.

Tabla 126. Demanda de formación en Educación para la Salud como primera opción, asociado al puesto de trabajo.

	Educación para la Salud 1ª opción		
	NO	SÍ	Total
HOSPITALIZACIÓN	97,1%	2,9%	100,0%
QUIRÓFANO	95,5%	4,5%	100,0%
UCI	100,0%	-	100,0%
URGENCIAS	95,2%	4,8%	100,0%
LABORATORIO	100,0%	-	100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	87,5%	12,5%	100,0%
CENTRO DE DÍA	100,0%	-	100,0%
CENTRO DE AP	78,0%	22,0%	100,0%
CENTRO 061	100,0%	-	100,0%
HEMODONACIÓN	100,0%	-	100,0%
DOCENCIA	100,0%	-	100,0%
ENFERMERIA DEL TRABAJO	100,0%	-	100,0%
OTROS	93,3%	6,7%	100,0%
Total	93,1%	6,9%	100,0%

X^2 de Pearson=24,788, $P=0,016$; Φ de Cramer=0,300, $P=0,016$; Coeficiente de Contingencia =0,287, $P=0,016$.

Tabla 127. Demanda de formación en cuidados geriátricos como primera opción, asociado al puesto de trabajo.

	Geriátrico 1ª opción		
	NO	SÍ	Total
HOSPITALIZACIÓN	97,1%	2,9%	100,0%
QUIRÓFANO	86,4%	13,6%	100,0%
UCI	95,5%	4,5%	100,0%
URGENCIAS	90,5%	9,5%	100,0%
LABORATORIO	75,0%	25,0%	100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	100,0%	-	100,0%
CENTRO DE DÍA	90,0%	10,0%	100,0%
CENTRO DE AP	94,0%	6,0%	100,0%
CENTRO 061	100,0%	-	100,0%
HEMODONACIÓN	100,0%	-	100,0%
DOCENCIA	100,0%	-	100,0%
ENFERMERIA DEL TRABAJO	100,0%	-	100,0%
OTROS	97,8%	2,2%	100,0%
Total	94,9%	5,1%	100,0%

X² de Pearson = 11,338, P=0,500; Φ de Cramer=0,203, P=0,500; Coeficiente de Contingencia=0,199, P=0,500.

Tabla 128. Demanda de formación en salud mental como primera opción, asociado al puesto de trabajo.

	SaludMental_1ª opción		
	NO	SÍ	Total
HOSPITALIZACIÓN	95,6%	4,4%	100,0%
QUIRÓFANO	95,5%	4,5%	100,0%
UCI	95,5%	4,5%	100,0%
URGENCIAS	100,0%		100,0%
LABORATORIO	100,0%		100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	100,0%		100,0%
CENTRO DE DÍA	80,0%	20,0%	100,0%
CENTRO DE AP	98,0%	2,0%	100,0%
CENTRO 061	100,0%		100,0%
HEMODONACIÓN	100,0%		100,0%
DOCENCIA	100,0%		100,0%
ENFERMERIA DEL TRABAJO	100,0%		100,0%
OTROS	95,6%	4,4%	100,0%
Total	96,4%	3,6%	100,0%

X^2 de Pearson = 10,591, $p= 0,564$; Φ de Cramer= 0,196, $p= 0,564$; Coeficiente de Contingencia = 0,192, $p= 0,564$.

Tabla 129. Demanda de formación en cuidados en la Salud/Mujer como primera opción, asociado al puesto de trabajo.

	Salud/Mujer 1ª opción		
	NO	SÍ	Total
HOSPITALIZACIÓN	92,6%	7,4%	100,0%
QUIRÓFANO	95,5%	4,5%	100,0%
UCI	100,0%	-	100,0%
URGENCIAS	95,2%	4,8%	100,0%
LABORATORIO	100,0%	-	100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	87,5%	12,5%	100,0%
CENTRO DE DÍA	100,0%	-	100,0%
CENTRO DE AP	96,0%	4,0%	100,0%
CENTRO 061	100,0%	-	100,0%
HEMODONACIÓN	85,7%	14,3%	100,0%
DOCENCIA	100,0%	-	100,0%
ENFERMERIA DEL TRABAJO	100,0%	-	100,0%
OTROS	91,1%	8,9%	100,0%
Total	94,6%	5,4%	100,0%

X² de Pearson=6,789, P=0,871; Φ de Cramer=0,157, P=0,871; Coeficiente de Contingencia=0,155, P=0,871.

Tabla 130. Demanda de formación en cuidados pediátricos como primera opción, asociado al puesto de trabajo.

	Pediátricos 1ª opción		
	NO	SÍ	Total
HOSPITALIZACIÓN	86,8%	13,2%	100,0%
QUIRÓFANO	100,0%		100,0%
UCI	77,3%	22,7%	100,0%
URGENCIAS	85,7%	14,3%	100,0%
LABORATORIO	100,0%		100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	100,0%		100,0%
CENTRO DE DÍA	90,0%	10,0%	100,0%
CENTRO DE AP	82,0%	18,0%	100,0%
CENTRO 061	100,0%		100,0%
HEMODONACIÓN	100,0%		100,0%
DOCENCIA	100,0%		100,0%
ENFERMERIA DEL TRABAJO	100,0%		100,0%
OTROS	97,8%	2,2%	100,0%
Total	89,9%	10,1%	100,0%

X^2 de Pearson=18,186, $P=0,110$; Φ de Cramer=0,257, $P=0,110$; Coeficiente de Contingencia=0,255, $P=0,110$.

Tabla 131. Demanda de formación en Médico Quirúrgica como primera opción, asociado al puesto de trabajo.

Médico-quirúrgica 1ª opción			
	NO	SÍ	Total
HOSPITALIZACIÓN	83,8%	16,2%	100,0%
QUIRÓFANO	68,2%	31,8%	100,0%
UCI	95,5%	4,5%	100,0%
URGENCIAS	90,5%	9,5%	100,0%
LABORATORIO	75,0%	25,0%	100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	87,5%	12,5%	100,0%
CENTRO DE DÍA	90,0%	10,0%	100,0%
CENTRO DE AP	90,0%	10,0%	100,0%
CENTRO 061	70,0%	30,0%	100,0%
HEMODONACIÓN	100,0%		100,0%
DOCENCIA	100,0%		100,0%
ENFERMERIA DEL TRABAJO	100,0%		100,0%
OTROS	86,7%	13,3%	100,0%
Total	86,2%	13,8%	100,0%

X² de Pearson=14,199, P=0,288; Φ de Cramer=0,227, P=0,288; Coeficiente de Contingencia=0,221, P=0,288.

Tabla 132. Demanda de formación en Metodología Enfermera como primera opción, asociado al puesto de trabajo.

	Metodología Enfermera 1ª opción		
	NO	SÍ	Total
HOSPITALIZACIÓN	95,6%	4,4%	100,0%
QUIRÓFANO	95,5%	4,5%	100,0%
UCI	100,0%	-	100,0%
URGENCIAS	100,0%	-	100,0%
LABORATORIO	100,0%	-	100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	87,5%	12,5%	100,0%
CENTRO DE DÍA	100,0%	-	100,0%
CENTRO DE AP	94,0%	6,0%	100,0%
CENTRO 061	100,0%	-	100,0%
HEMODONACIÓN	85,7%	14,3%	100,0%
DOCENCIA	100,0%	-	100,0%
ENFERMERIA DEL TRABAJO	75,0%	25,0%	100,0%
OTROS	100,0%	-	100,0%
Total	96,4%	3,6%	100,0%

X^2 de Pearson=14,701, $P=0,258$; Φ de Cramer=0,231, $P=0,258$; Coeficiente de Contingencia=0,225, $P=0,258$.

Tabla 133. Demanda de formación en Investigación como primera opción, asociado al puesto de trabajo.

	Investigación 1ª opción		
	NO	SÍ	Total
HOSPITALIZACIÓN	95,6%	4,4%	100,0%
QUIRÓFANO	95,5%	4,5%	100,0%
UCI	100,0%	-	100,0%
URGENCIAS	90,5%	9,5%	100,0%
LABORATORIO	75,0%	25,0%	100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	87,5%	12,5%	100,0%
CENTRO DE DÍA	100,0%	-	100,0%
CENTRO DE AP	92,0%	8,0%	100,0%
CENTRO 061	100,0%	-	100,0%
HEMODONACIÓN	71,4%	28,6%	100,0%
DOCENCIA	80,0%	20,0%	100,0%
ENFERMERIA DEL TRABAJO	100,0%	-	100,0%
OTROS	93,3%	6,7%	100,0%
Total	93,5%	6,5%	100,0%

X^2 de Pearson=14,120, P=0,293; Φ de Cramer=0,226, P=0,293; Coeficiente de Contingencia=0,221, P=0,293.

Tabla 134. Demanda de formación en Nuevas Tecnologías como primera opción, asociado al puesto de trabajo.

	Nuevas Tecnologías 1ª opción		
	NO	SÍ	Total
HOSPITALIZACIÓN	89,7%	10,3%	100,0%
QUIRÓFANO	100,0%	-	100,0%
UCI	95,5%	4,5%	100,0%
URGENCIAS	100,0%	-	100,0%
LABORATORIO	100,0%	-	100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	100,0%	-	100,0%
CENTRO DE DÍA	100,0%	-	100,0%
CENTRO DE AP	98,0%	2,0%	100,0%
CENTRO 061	100,0%	-	100,0%
HEMODONACIÓN	85,7%	14,3%	100,0%
DOCENCIA	80,0%	20,0%	100,0%
ENFERMERIA DEL TRABAJO	100,0%	-	100,0%
OTROS	88,9%	11,1%	100,0%
Total	94,2%	5,8%	100,0%

X^2 de Pearson=13,860, $P=0,310$; Φ de Cramer=0,224, $P=0,310$; Coeficiente de Contingencia=0,219, $P=0,310$.

Tabla 135. Demanda de “Otra Formación” como primera opción, asociado al puesto de trabajo.

	Otra formación 1ª opción		
	NO	SÍ	Total
HOSPITALIZACIÓN	98,5%	1,5%	100,0%
QUIRÓFANO	100,0%	-	100,0%
UCI	100,0%	-	100,0%
URGENCIAS	95,2%	4,8%	100,0%
LABORATORIO	100,0%	-	100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	100,0%	-	100,0%
CENTRO DE DÍA	90,0%	10,0%	100,0%
CENTRO DE AP	90,0%	10,0%	100,0%
CENTRO 061	80,0%	20,0%	100,0%
HEMODONACIÓN	100,0%	-	100,0%
DOCENCIA	100,0%	-	100,0%
ENFERMERIA DEL TRABAJO	75,0%	25,0%	100,0%
OTROS	91,1%	8,9%	100,0%
Total	94,6%	5,4%	100,0%

X^2 de Pearson=16,591, $P=0,166$; Φ de Cramer=0,245, $P=0,166$; Coeficiente de Contingencia=0,238, $P=0,166$.

4.2.3.5 Relación entre la variable puesto de trabajo y las variables relacionadas con la percepción personal sobre su formación continuada.

Una vez analizada la asociación entre las variables puesto de trabajo y las distintas demandas de formación, vamos a estudiar la relación entre el puesto de trabajo y la percepción personal de Formación Continuada en el Centro de Trabajo (variables bloque 5). Así, en primer lugar los datos muestran que no existe relación significativa entre el puesto de trabajo y la percepción de la necesidad de mayor formación para desempeñar la actividad profesional. Es una constante

en casi todos los puestos de trabajo (90%), la percepción de que necesitan más formación para el desempeño de sus funciones.

Tabla 136. Ha percibido la necesidad de mayor formación para desempeñar su actividad profesional, asociado al puesto de trabajo.

	Necesita formación		
	NO	SI	Total
HOSPITALIZACIÓN	13,2%	86,8%	100,0%
QUIRÓFANO	9,1%	90,9%	100,0%
UCI	4,5%	95,5%	100,0%
URGENCIAS	9,5%	90,5%	100,0%
LABORATORIO	-	100,0%	100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	12,5%	87,5%	100,0%
CENTRO DE DÍA	10,0%	90,0%	100,0%
CENTRO DE AP	14,0%	86,0%	100,0%
CENTRO 061	10,0%	90,0%	100,0%
HEMODONACIÓN	14,3%	85,7%	100,0%
DOCENCIA	20,0%	80,0%	100,0%
ENFERMERIA DEL TRABAJO	-	100,0%	100,0%
OTROS	8,9%	91,1%	100,0%
Total	10,9%	89,1%	100,0%

X^2 de Pearson=3,628, $P=0,989$; Φ de Cramer=0,115, $P=0,989$; Coeficiente de Contingencia=0,114, $P=0,989$.

Por el contrario, el puesto de trabajo se asocia significativamente con el hecho de que se realicen cursos de formación en el puesto de trabajo. Los enfermeros que trabajan en centros o unidades hospitalarias afirman en un alto porcentaje (85%-100%) que realizan cursos de formación en su puesto de trabajo, mientras que los que trabajan en atención primaria, centros del 061, enfermería del trabajo y otros declaran un menor porcentaje de realización de cursos en el centro de trabajo.

Tabla 137. Opina que se realizan cursos suficientes en su centro para desempeñar su actividad profesional, asociado al puesto de trabajo.

	Cursos en trabajo		
	NO	SI	Total
HOSPITALIZACIÓN	-	100,0%	100,0%
QUIRÓFANO	4,8%	95,2%	100,0%
UCI	10,0%	90,0%	100,0%
URGENCIAS	-	100,0%	100,0%
LABORATORIO	-	100,0%	100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	-	100,0%	100,0%
CENTRO DE DÍA	14,3%	85,7%	100,0%
CENTRO DE AP	25,0%	75,0%	100,0%
CENTRO 061	40,0%	60,0%	100,0%
HEMODONACIÓN	28,6%	71,4%	100,0%
DOCENCIA	-	100,0%	100,0%
ENFERMERIA DEL TRABAJO	50,0%	50,0%	100,0%
OTROS	31,6%	68,4%	100,0%
Total	13,7%	86,3%	100,0%

X^2 de Pearson=41,835, $P < 0,001$; Φ de Cramer=0,424, $P < 0,001$; Coeficiente de Contingencia=0,390, $p = 0,001$.

Respecto a la asociación entre variables ocupar un puesto hospitalario o extra-hospitalario, y opinión sobre si reciben formación suficiente para desempeño de sus funciones, los resultados reflejan una significación estadística. Los datos indican que los que ocupan un puesto de trabajo hospitalario, en su mayoría (86%), opinan que sí se realizan cursos, frente a un 70% que opina lo contrario, desde los puestos de trabajo extra-hospitalarios (tabla 138).

Tabla 138. Ha percibido la necesidad de mayor formación para desempeñar su actividad profesional, asociado a que el puesto de trabajo sea hospitalario o extrahospitalario.

	Cursos en trabajo		Total
	NO	SI	
PUESTO HOSPITALARIO	14,1%	85,9%	100,0%
PUESTO EXTRA-HOSPITALARIO	30,0%	70,0%	100,0%
Total	17,7%	82,3%	100,0%

X^2 de Pearson=41,835, $P=0,004$; Φ de Cramer= -0,174, $p=0,004$; Coeficiente de Contingencia=0,172, $P=0,004$.

Respecto a la percepción del profesional sobre si la formación en el centro es adecuada a sus funciones en el puesto de trabajo que ocupan, los datos de nuevo muestran una asociación significativa. Algunos puestos de trabajo como quirófano, o enfermería del trabajo, el 70% de los participantes, considera que la formación del centro de trabajo no es adecuada a sus necesidades en su puesto de trabajo. También los enfermeros de los centros de Atención Primaria o los centros de día, en un 55-60%, consideran que la formación no es adecuada. Por el contrario, en los puestos de trabajo relacionados con docencia y en los centros del 061, un 80% de los trabajadores considera que la formación sí es adecuada a sus necesidades profesionales (tabla 139).

Tabla 139. Opinión sobre si la formación que proporciona el centro de trabajo es adecuada a sus necesidades, asociado a su puesto de trabajo.

	Formación centro adecuada		
	NO	SI	Total
HOSPITALIZACIÓN	47,1%	52,9%	100,0%
QUIRÓFANO	71,4%	28,6%	100,0%
UCI	45,5%	54,5%	100,0%
URGENCIAS	42,9%	57,1%	100,0%
LABORATORIO	25,0%	75,0%	100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	37,5%	62,5%	100,0%
CENTRO DE DÍA	55,6%	44,4%	100,0%
CENTRO DE AP	59,2%	40,8%	100,0%
CENTRO 061	20,0%	80,0%	100,0%
HEMODONACIÓN	42,9%	57,1%	100,0%
DOCENCIA	20,0%	80,0%	100,0%
ENFERMERIA DEL TRABAJO	75,0%	25,0%	100,0%
OTROS	71,1%	28,9%	100,0%
Total	53,1%	46,9%	100,0%

X^2 de Pearson=21,557, $P=0,043$; Φ de Cramer=0,281, $P=0,043$; Coeficiente de Contingencia=0,271, $P=0,043$.

Respecto a si existe alguna barrera que impida el acceso a una formación continuada, no existe asociación con la variable “puesto de trabajo”, presentándose un elevado porcentaje que considera que si existen barreras para el acceso a su formación, llegando hasta el 100% en los puestos de hemodonación (tabla 140).

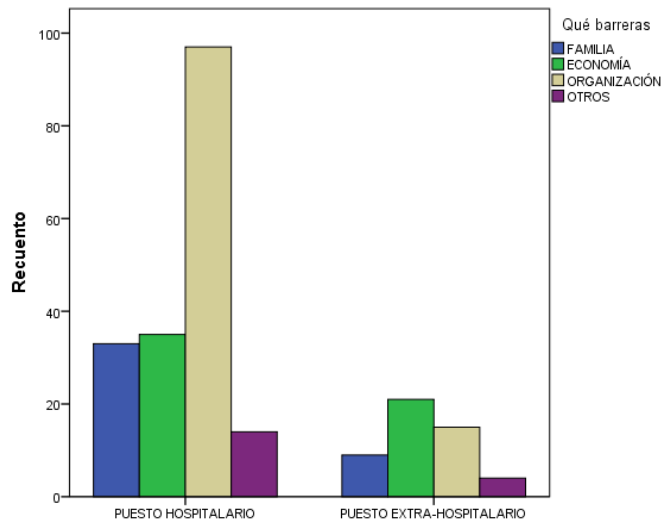
Tabla 140. Asociación entre puesto de trabajo y percepción de existencia de barreras de acceso a la formación.

	Barreras formación		Total
	NO	SI	
HOSPITALIZACIÓN	20,6%	79,4%	100,0%
QUIRÓFANO	36,4%	63,6%	100,0%
UCI	36,4%	63,6%	100,0%
URGENCIAS	23,8%	76,2%	100,0%
LABORATORIO	25,0%	75,0%	100,0%
UNIDAD DE GESTIÓN	37,5%	62,5%	100,0%
CENTRO DE DÍA	20,0%	80,0%	100,0%
CENTRO DE AP	28,0%	72,0%	100,0%
CENTRO 061	40,0%	60,0%	100,0%
HEMODONACIÓN	-	100,0%	100,0%
DOCENCIA	20,0%	80,0%	100,0%
ENFERMERIA DEL TRABAJO	25,0%	75,0%	100,0%
OTROS	36,4%	63,6%	100,0%
Total	28,0%	72,0%	100,0%

X^2 de Pearson=9,396, $P=0,669$; Φ de Cramer=0,185, $P=0,669$; Coeficiente de Contingencia=0,182, $P=0,669$.

Entre aquellos enfermeros consultados que han declarado que sí existe una barrera para su formación, existe una asociación significativa al cruzar esta variable con la variable “puesto de trabajo hospitalario o extrahospitalario”. Los enfermeros que ocupan un puesto hospitalario afirman encontrar como mayor barrera la organización en el puesto de trabajo, mientras que los que ocupan un puesto extrahospitalario consideran que es la economía la barrera principal para acceder a una formación (figura 37).

Figura 37. Tipo de barreras de acceso a la formación en su centro de trabajo, asociado al puesto de trabajo, ya sea hospitalario o extra-hospitalario.



X^2 de Pearson=12,865, $P=0,005$; Φ de Cramer=0,238, $P=0,005$; Coeficiente de Contingencia=0,231, $P=0,005$.

RESUMEN DE LAS ASOCIACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE EL PUESTO DE TRABAJO Y OTRAS VARIABLES DEL ESTUDIO.

1. Existen asociaciones significativas entre los diferentes puestos de trabajo respecto a la antigüedad en la empresa ($P=0,001$) y en el puesto de trabajo ($P=0,002$). Los enfermeros de centros de atención primaria son los de mayor antigüedad en ambos casos.
2. Existe una asociación significativa entre el puesto de trabajo y los máximos estudios alcanzados ($X^2 = 156,654$, $P=0,001$). Esta significación estadística se presenta en los estudios de DUE ($P=0,001$), *Graduados* ($P=0,001$) y *Doctores* ($P=0,001$) en determinados puestos de trabajo
3. La formación continuada es muy similar entre los diferentes puestos de trabajo. La asociación se presenta entre los diferentes puestos de trabajo y ocupar o no un puesto de gestión.
4. Respecto a la formación que demandan los enfermeros, observamos una asociación significativa entre formación en cuidados intensivos ($P=0,002$), Gestión de Calidad ($P=0,030$), Gestión y Administración ($P=0,004$) y Educación para la salud ($P=0,016$)
5. El puesto de trabajo se asocia significativamente con la variable “percepción de que se realizan cursos de formación en el centro” ($P=0,001$).
6. Existe una significación estadística entre el puesto de trabajo y considerar que la formación en el centro no es adecuada a su puesto ($P=0,043$).
7. Se presenta significación estadística entre el puesto de trabajo y las barreras encontradas para acceder a una formación continuada ($P=0,005$). Los enfermeros que ocupan un puesto hospitalario comunican como mayor barrera la organización en el puesto de trabajo, mientras que los que ocupan un puesto extra-hospitalario informan de la economía como el principal problema de cara a su formación.

4.2.5.-Correlación de variables cuantitativas sociolaborales de antigüedad en el puesto, antigüedad en la empresa con el acceso a la formación continuada.

En este apartado vamos a poner de manifiesto la relación entre la antigüedad en el puesto de trabajo y en la empresa y el acceso a la formación continuada.

Respecto a si el encuestado ha percibido alguna vez que necesita mayor formación para desarrollar su actividad, los datos muestran que no existe significación estadística asociado a la variable antigüedad en la empresa. Por el contrario, sí se presenta una asociación significativa cuando relacionamos la antigüedad en el puesto de trabajo y la percepción de necesidad de más formación dando en los resultados que, a más antigüedad en el puesto, hay una percepción de menos necesidad de formación.

Tabla 141. Antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo, asociado a la percepción de necesidad de mayor formación.

	Sí necesita Formación	No necesita formación	P (t-Student)
Años en la empresa	14 ± 11	16.3 ± 13	0,332
Años en el puesto de trabajo	7 ± 7	11.3 ± 11	0,039

Media ± de. *p*(t-Student para muestras independientes)

Respecto a la percepción de si se realizan los cursos necesarios de formación en el centro de trabajo, asociado a las variables antigüedad en la empresa y antigüedad en el puesto de trabajo, existe una asociación significativa. Encontramos que, a más antigüedad en el puesto de trabajo y en la empresa, los componentes de la muestra opinan que sí se imparten los cursos necesarios en el centro de trabajo.

Tabla 142. Tiempo de antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo, asociado a la opinión de si reciben los cursos de formación necesarios en el centro de trabajo.

	Sí se realizan cursos	No se realizan cursos	P (t-Student)
Años en la empresa	14 ± 10	9.3 ± 11	0,004
Años en el puesto de trabajo	7.5 ± 7	5 ± 6.7	0,021

Media ± de. *p*(t-Student para muestras independientes)

Respecto a la percepción del profesional sobre la adecuación de la formación recibida en el centro de trabajo, asociado a la antigüedad en el puesto de trabajo y antigüedad en la empresa, también observamos una asociación significativa con la variable año de antigüedad en la empresa, dando como resultado que son los componentes de la muestra de más antigüedad en la empresa, los que consideran adecuada a sus funciones la formación recibida en el centro de trabajo, no así los que tienen menos antigüedad en la empresa (tabla 143).

Tabla 143. Tiempo de antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo, asociado a la percepción de recibir una formación adecuada a sus funciones.

	Sí es adecuada	No es adecuada	P (t-Student)
Años en la empresa	16 ± 10	13 ± 11	0,042
Años en el puesto de trabajo	8.3 ± 7	7 ± 7.7	0,136

Media ± de. *p*(t-Student para muestras independientes)

No se presentan asociaciones significativas entre las variables antigüedad en el puesto de trabajo y en la empresa, relacionado con las variables acceso a la formación en el centro de trabajo, importancia que dan a la calidad asistencial, repercusión de la adecuación de la formación al puesto de trabajo en la calidad asistencial prestada y en la presencia de efectos adversos para el paciente (tablas 144-147).

Tabla 144. Tiempo de antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo la variable percepción respecto al acceso a la formación en el centro de trabajo.

	FÁCIL	LIMITADO	REGULAR	P (ANOVA)
Años en la empresa	16 ± 11	14.3 ± 11	13 ± 10	0,175
Años en el puesto de trabajo	8 ± 7.7	7.5 ± 7.5	8 ± 7.5	0,846

Media ± de. p (ANOVA de una vía)

Tabla 145. Tiempo de antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo, asociado a la importancia que le atribuyen a la calidad asistencial.

	MUCHO	REGULAR	POCO	P(ANOVA)
Años en la empresa	14.5 ± 11	11 ± 10	15.5 ± 18	0,643
Años en el puesto de trabajo	8 ± 8	4.7 ± 4.3	7.3 ± 12	0,513

Media ± de. p (ANOVA de una vía)

Tabla 146. Tiempo de antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo asociado a adecuación de formación académica al puesto de trabajo y repercusión en la calidad asistencial.

	MUCHO	REGULAR	POCO	P(ANOVA)
Años en la empresa	14.3 ± 11	18 ± 12.5	0.5 ± 0.75	0,077
Años en el puesto de trabajo	7.7 ± 7.5	10 ± 8	0.5 ± 0.75	0,226

Media ± de. p (ANOVA de una vía)

Tabla 147. Tiempo de antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo asociado a adecuación de formación académica al puesto de trabajo y repercusión en la seguridad y/o presencia de efectos adversos sobre el cliente/paciente.

	MUCHO	REGULAR	POCO	P(ANOVA)
Años en la empresa	14 ± 11	14 ± 10.7	15.5 ± 13.5	0,962
Años en el puesto de trabajo	7.7 ± 7.5	8 ± 7	10 ± 11.5	0,657

Media ± de. *p*(ANOVA de una vía)

Finalmente, cuando analizamos las posibles asociaciones entre las variables antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo y percepción de barreras de acceso a la formación, no se encuentra asociación significativa.

Tabla 148. Tiempo de antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo, asociado a percepción de barreras de acceso a la formación.

	Sí hay barreras	No hay barreras	P(t-student)
Años en la empresa	14 ± 10.5	15.5 ± 12	0,257
Años en el puesto de trabajo	7.5 ± 7.5	8 ± 8	0,457

Media ± de. *p*(t-Student para muestras independientes)

No obstante, siguiendo el mismo procedimiento que con las variables anteriores, si sólo analizamos aquellos sujetos que sí han observado barreras para la formación continuada, los datos sí indican que existen diferencias estadísticamente significativas. Los enfermeros que consideran que la economía es su principal barrera para la formación son los que tienen menos antigüedad tanto en la empresa como en el puesto de trabajo.

Tabla 149. Tiempo de antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo, asociado al tipo de barrera de acceso a la formación, que ellos perciben.

	FAMILIA	ECONOMÍA	ORGANIZACIÓN	OTROS	P
Años en la empresa	12.7 ± 8	9 ± 9	16 ± 10.5	17.7 ± 13	<0,001
Años en el puesto de trabajo	7 ± 7	4.5 ± 5	9 ± 7.5	10 ± 12	0,001

Media ± de. *p*(ANOVA de una vía)

RESUMEN DE LAS RELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LA ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA.

RESUMEN DE LAS RELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LA ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA Y EN EL PUESTO DE TRABAJO Y EL ACCESO A LA FORMACIÓN CONTINUADA.

1. Los enfermeros que indican que no necesitan formación presentan más antigüedad en el puesto de trabajo ($P=0,039$).
2. Los componentes de la muestra que tienen más antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo, son los que opinan que sí se está impartiendo formación en el centro. ($P=0,004$ y $P=0,021$, respectivamente).
3. Los enfermeros que opinan que la formación en su centro es adecuada, solo que presentan más antigüedad en la empresa, frente a los que opinan que no lo es ($P=0,042$), sin embargo no existen diferencias respecto a la antigüedad en el puesto de trabajo.
4. La significación estadística está presente entre las variables antigüedad en el puesto de trabajo y e la empresa, asociado a los tipos de barreras de acceso a la formación continuada. Aquellos componentes de la muestra que sí encuentran como barreras de acceso a la formación continuada la organización laboral, son los que han presentado mayor antigüedad en la empresa ($P=0.001$) y en el puesto de trabajo ($P=0,001$). Los que han priorizado como principal barrera de acceso a la formación, la familia y la economía, son los que presentan menos antigüedad en el puesto de trabajo y en la empresa.

4.2.6 Análisis multivariable.

El último apartado del análisis de resultados de la presente tesis doctoral se centra en el estudio multivariable de los factores predictores de los tres objetivos principales del presente estudio, como son, los factores que predicen si la formación que recibe el enfermero es adecuada, factores que predicen la presencia de barreras de formación y por último factores que predicen las demandas de formación (variables dependientes). Para llevar a cabo este procedimiento, y al tratarse de variables categóricas de tipo nominal dicotómica en su mayoría, la estrategia estadística que hemos utilizado ha sido el análisis de regresión logística multivariable.

La regresión logística es probablemente el tipo de análisis multivariante más utilizado en las Ciencias de la Vida, y ha sido elegido en el presente estudio por diversos motivos que lo hacen idóneo para resolver los objetivos planteados, como son:

- Permite introducir como variables predictoras (independientes) de la respuesta (efecto o variable dependiente) tanto categórica como cuantitativa.
- A partir de los coeficientes de regresión (B ó β) de las variables independientes introducidas en el modelo se puede obtener directamente la Odds Ratio ($\text{Exp}(B)$) de cada una de ellas, que corresponde al riesgo de tener el resultado o efecto evaluado para un determinado valor (x) respecto al valor disminuido en una unidad ($x-1$).
- Por tanto podemos expresar la probabilidad de que ocurra el evento en cuestión como función de ciertas variables con capacidad de predicción (si/no, presente/ausente, etc.)

Para evitar posible confusión e interacción debido a la colinealidad e interacción entre variables, las diferentes variables independientes se han introducido en los diferentes modelos atendiendo a las diferentes dimensiones de la herramienta de recogida de datos. Es

decir, en un primer paso se ha evaluado la influencia de las variables sociodemográficas y sociolaborales (bloque 1), posteriormente se han introducido sólo las variables del bloque 2 y 3 relacionadas con la formación académica y la formación continuada, y por último se han introducido las variables del bloque 5 sobre la percepción personal de la formación.

Aquellas variables que evidencian una influencia estadísticamente significativa en cada uno de los diferentes pasos se reintrodujo en un análisis final para determinar el papel exacto que ejerce dicha influencia sobre la variable dependiente de interés.

4.2.6.1 Factores implicados en la adecuación de la formación.

En este primer análisis hemos incluido todas las variables que componen cada uno de los diferentes ítems del bloque 1 de la herramienta de toma de datos sobre las características sociodemográficas y sociolaborales como variables independientes, tomando como variable dependiente la pregunta 21 del bloque 5 “¿la formación recibida en su centro se adecúa a las necesidades de su puesto de trabajo?”

En primer lugar, cuando analizamos las variables sociolaborales, los datos que obtuvimos fueron los siguientes:

Tabla 150. Análisis de regresión logística multivariable por pasos atrás para estudiar la influencia de los factores sociolaborales en la adecuación de la formación de los enfermeros.

	B	E.T.	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
					Inferior	Superior
Puesto de trabajo	0,726	0,318	0,022	2,067	1,109	3,853
Antigüedad en la Empresa	0,455	0,240	0,058	1,576	0,984	2,524
Constante	-0,976	0,292	0,001	0,377		

Prueba Omnibus del modelo: χ^2 : 11,732, $p=0,003$. Variabilidad (R^2 Nagelkerke)=5,1%. Especificidad 62,6%, Sensibilidad 55,0%. B: Coeficiente de Regresión. E.T. error típico del coeficiente. Sig. Nivel de Significación. Exp(B): Odds Ratio. I.C: Intervalo de Confianza.

Según nuestros datos, aquellos enfermeros que ocupan un puesto hospitalario y los que tienen más de 11 años de antigüedad, tienen más probabilidad de considerar que su formación es adecuada.

Respecto a las variables relacionadas con la formación previa de los enfermeros consultados en el presente proyecto (bloques 2 y 3), los resultados que obtuvimos fueron los siguientes:

Tabla 151. Análisis de regresión logística multivariable por pasos atrás para estudiar la influencia de la formación previa del enfermero en la adecuación de la formación.

	B	E.T.	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
					Inferior	Superior
Año finalización de estudios (2002)	0,469	0,235	0,046	1,598	1,008	2,534
Actividades de formación en los últimos 5 años	0,588	0,247	0,017	1,801	1,109	2,924
Constante	-0,780	0,234	0,001	0,458		

Prueba Omnibus del modelo: χ^2 : 9,813, $p=0,007$. Variabilidad (R² Nagelkerke) =4,3%. Especificidad 74,8%, Sensibilidad 39,9%. B: Coeficiente de Regresión. E.T. error típico del coeficiente. Sig. Nivel de Significación. Exp(B): Odds Ratio. I.C: Intervalo de Confianza.

Atendiendo a los datos, aquellos enfermeros que sí realizan actividades de formación, y su año de finalización de estudios fue previo al 2002, tienen más probabilidades de considerar adecuada su formación.

Cuando analizamos la influencia de ocupar un puesto de gestión, los datos indican que, efectivamente, aquellos enfermeros con este tipo de puesto de trabajo tienen 2,4 veces más probabilidad de considerar su formación adecuada.

Tabla 152. Análisis de regresión logística multivariable por pasos atrás para estudiar la influencia ocupar un puesto de gestión en la adecuación de la formación del enfermero.

	B	E.T.	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
					Inferior	Superior
Puesto gestión	0,876	0,336	0,009	2,400	1,243	4,636
Constante	-0,281	0,126	0,025	0,755		

Prueba Omnibus del modelo: χ^2 : 7,102, $p=0,008$. Variabilidad (R^2 Nagelkerke) =3,4%. Especificidad 90,2%, Sensibilidad 20,7%. B: Coeficiente de Regresión. E.T. error típico del coeficiente. Sig. Nivel de Significación. Exp(B): Odds Ratio. I.C: Intervalo de Confianza.

Por último, respecto a las variables del bloque 5 sobre la percepción de la formación continuada recibida en el centro de trabajo, y su influencia sobre la opinión de adecuación de la formación al puesto de trabajo, los datos del análisis de regresión son los siguientes:

Tabla 153. Análisis de regresión logística multivariable por pasos atrás para estudiar la influencia de las variables del bloque 5 en la adecuación de la formación del enfermero.

	B	E.T.	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
					Inferior	Superior
Barreras para la formación	1,099	0,359	0,002	3,000	1,484	6,066
Importancia de la calidad asistencial	1,521	0,715	0,033	4,576	1,128	18,566
Acceso a la formación	1,987	0,458	0,000	7,293	2,971	17,902
Cursos en centro de trabajo	2,047	0,484	0,000	7,741	2,998	19,987
Constante	-3,856	0,880	0,000	0,021		

Prueba Omnibus del modelo: χ^2 : 73,957, $p=0,001$. Variabilidad (R^2 Nagelkerke) =33,5%. Especificidad 87,8%, Sensibilidad 51,2%. B: Coeficiente de Regresión. E.T. error típico del coeficiente. Sig. Nivel de Significación. Exp(B): Odds Ratio. I.C: Intervalo de Confianza.

Los sujetos que consideran adecuada su formación al puesto de trabajo, son aquellos que no observan barreras de acceso a la formación continuada, a la vez que ven fácil el acceso a esa formación, consideran importante la calidad asistencial, y opinan que la formación impartida en el centro es suficiente para el desempeño de sus actividades en el puesto de trabajo que ocupan.

Finalmente, realizamos este mismo análisis pero incluyendo en el análisis multivariable todas las variables que habían mostrado una relación estadísticamente significativa, para poder evitar confusión y poder depurar mejor el modelo, para predecir qué factores determinan que un enfermero considere su formación adecuada o no. En este sentido, los datos que obtuvimos fueron los siguientes:

Tabla 154. Análisis de regresión logística multivariable por pasos atrás para estudiar la influencia de las variables que mostraron una influencia significativa en la adecuación de la formación del enfermero.

	B	E.T.	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
					Inferior	Superior
Puesto de trabajo	0,665	0,374	0,075	1,944	0,935	4,044
Barreras para la formación	1,080	0,362	0,003	2,946	1,449	5,986
Importancia a la calidad asistencial	1,511	0,730	0,038	4,533	1,084	18,951
Acceso a la formación	1,970	0,462	0,000	7,169	2,897	17,737
Cursos en trabajo	1,932	0,485	0,000	6,902	2,666	17,868
Constante	-4,269	0,931	0,000	0,014		

Prueba Omnibus del modelo: χ^2 : 77,221, $p=0,001$. Variabilidad (R² Nagelkerke) =34,7%. Especificidad 87,8%, Sensibilidad 51,2%. B: Coeficiente de Regresión. E.T. error típico del coeficiente. Sig. Nivel de Significación. Exp(B): Odds Ratio. I.C: Intervalo de Confianza.

En definitiva, tras el análisis pormenorizado de todas las variables que influyen sobre el hecho de que el enfermero considere que su formación es adecuada a su puesto de trabajo, los resultados nos indican que ocupar un puesto hospitalario, afirmar que no existen barreras de acceso a su formación continuada, considerar la calidad asistencial como muy importante, entender que la formación continuada es de fácil acceso para ellos, opinar que son suficientes los cursos recibidos en el puesto de trabajo y presentar una determinada antigüedad en el puesto de trabajo y en la empresa, , constituyen factores determinantes para opinar que su formación se adecúa al puesto de trabajo.

4.2.6.2 Factores que determinan la presencia de barreras de formación.

En este apartado hemos realizado un análisis estadístico similar al apartado anterior, pero usando como variable dependiente la presencia de barreras de formación, en concreto la pregunta 26 del cuestionario inicial “¿hay alguna barrera que impida la continuidad en su formación académica?” con el objetivo de determinar justamente aquellos factores que pueden estar influyendo sobre la presencia o no de barreras que impidan la formación.

Empezamos evaluando la influencia de los factores sociolaborales, tal y como se muestra a continuación:

Tabla 155. Análisis de regresión logística multivariable por pasos atrás para estudiar la influencia de las variables sociolaborales en la presencia de barreras para la formación.

	B	E.T.	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
					Inferior	Superior
Área del SMS	0,558	0,256	0,029	1,747	1,059	2,883
Constante	0,623	0,187	0,001	1,864		

Prueba Omnibus del modelo: χ^2 : 4,767, $p=0,029$. Variabilidad (R^2 Nagelkerke) =2,2%. Especificidad: 0%, Sensibilidad: 100%. B: Coeficiente de Regresión. E.T. error típico del coeficiente. Sig. Nivel de Significación. Exp(B): Odds Ratio. I.C: Intervalo de Confianza.

Según los datos de la tabla anterior, los sujetos que pertenecen a un Área del Servicio Murciano de Salud diferente al área I tienen 1,75 veces más riesgo de presentar barreras para la formación frente a los enfermeros de dicha Área I, o lo que es lo mismo, tienen un 75% más de probabilidades de presentar barreras para la formación.

Por otro lado, realizamos este mismo análisis usando como variables independientes las variables relacionadas con la formación previa del enfermero (bloque 2). Así, obtuvimos los siguientes datos:

Tabla 156. Análisis de regresión logística multivariable por pasos atrás para estudiar la influencia de la formación previa del enfermero en la presencia de barreras para la formación.

	B	E.T.	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
					Inferior	Superior
Puesto de gestión	0,875	0,326	0,007	2,399	1,266	4,545
Constante	0,214	0,293	0,467	1,238		

Prueba Omnibus del modelo: χ^2 : 6,968, $p=0,008$. Variabilidad (R^2 Nagelkerke) =3,2%. Especificidad: 0%, Sensibilidad: 100%. B: Coeficiente de Regresión. E.T. error típico del coeficiente. Sig. Nivel de Significación. Exp(B): Odds Ratio. I.C: Intervalo de Confianza.

Atendiendo a nuestros datos, no existen variables relacionadas con la formación previa del enfermero respecto a presentar barreras para la formación, no obstante, aquellos sujetos que no ocupan un puesto de gestión tienen 2,4 veces más riesgo de presentar barreras para la formación.

Las últimas variables incluidas en el análisis de regresión logística son aquellas relacionadas con las necesidades de formación continuada del enfermero, o lo que es lo mismo, las variables incluidas en el bloque 5. En este sentido, los datos obtenidos se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 157. Análisis de regresión logística multivariable por pasos atrás para estudiar la influencia de las variables del bloque 5 en la presencia de barreras para la formación.

	B	E.T.	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
					Inferior	Superior
Formación en centro adecuada	1,515	0,414	0,000	4,551	2,024	10,237
Importancia de la calidad asistencial	1,608	0,741	0,030	4,995	1,168	21,356
Formación evita errores	1,567	0,559	0,005	4,792	1,601	14,343
Constante	-1,869	0,759	0,014	0,154		

Prueba Omnibus del modelo: χ^2 : 29,754, $P=0,001$. Variabilidad (R^2 Nagelkerke) =18,8%. Especificidad: 26,8%, Sensibilidad: 98,1%. B: Coeficiente de Regresión. E.T. error típico del coeficiente. Sig. Nivel de Significación. Exp(B): Odds Ratio. I.C: Intervalo de Confianza.

Las variables relacionadas con las demandas de formación, que determinan la presencia de barreras para su acceso son: responder que la formación es muy importante para evitar errores, dar mucha importancia a la calidad asistencial o que la formación en el centro no sea adecuada.

De nuevo, para intentar mejorar el modelo de predicción y evitar posibles confusiones debido a interrelaciones entre variables predictivas, realizamos un nuevo análisis por pasos hacia atrás con las 5 variables que mostraron una influencia significativa sobre el riesgo de presentar barreras para la formación continuada (Tabla 158).

Tabla 158. Análisis de regresión logística multivariable por pasos atrás para estudiar la influencia de las variables que mostraron una influencia significativa en la presencia de barreras para la formación.

	B	E.T.	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
					Inferior	Superior
Formación en centro adecuada	1,348	0,428	0,002	3,850	1,664	8,910
Importancia de la calidad asistencial	1,869	0,766	0,015	6,483	1,444	29,098
Formación evita errores	1,586	0,593	0,007	4,884	1,529	15,607
Puesto de gestión	1,742	0,422	0,000	5,711	2,499	13,047
Constante	-3,364	0,877	0,000	0,035		

Prueba Omnibus del modelo: χ^2 : 46,419, $P=0,001$. Variabilidad (R^2 Nagelkerke) =28,5%. Especificidad: 17,1%, Sensibilidad: 97,7%. B: Coeficiente de Regresión. E.T. error típico del coeficiente. Sig. Nivel de Significación. Exp(B): Odds Ratio. I.C: Intervalo de Confianza.

Nuestros datos indican que NO ocupar un puesto de gestión, dar mucha importancia a la calidad asistencial, creer mucho que la formación evita errores y considerar que la formación en el puesto de trabajo NO es adecuada son los factores que mejor predicen la presencia de barreras para continuar con la formación. Aún así, para ser estrictamente rigurosos, estos datos deben ser tomados con cautela, ya que el intervalo de confianza para el Odds Ratio de algunas de estas variables es bastante amplio, por lo que estos datos deben ser interpretados con cierta cautela.

4.2.6.3 Factores que determinan la necesidad de mayor formación.

El último paso de este estudio de regresión logística multivariable ha consistido en intentar detectar los factores que pueden estar determinando la necesidad de mayor formación por parte del personal de enfermería, usando como variable dependiente la pregunta 21 de la herramienta de recogida de datos que hace referencia a “¿Ha percibido alguna vez que necesita mayor formación para el desempeño de su actividad profesional?”.

Al igual que en los casos anteriores, en primer lugar hemos evaluado la influencia de los factores sociolaborales, pero en esta ocasión ninguna variable de esta dimensión parece estar asociada con la necesidad de formación.

En el siguiente paso evaluamos la relación con las características de formación previa del personal de enfermería. Los resultados obtenidos se muestran a continuación:

Tabla 159. Análisis de regresión logística multivariable por pasos atrás para estudiar la influencia de la formación previa del enfermero respecto a la necesidad de mayor formación.

	B	E.T.	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
					Inferior	Superior
Diplomado en Enfermería	1,018	0,406	0,012	2,768	1,248	6,136
Ha realizado 5 cursos en los últimos 5 años	0,988	0,456	0,030	2,686	1,099	6,564
Constante	1,307	,273	0,000	3,694		

Prueba Omnibus del modelo: χ^2 : 13,897, $p=0,001$. Variabilidad (R^2 Nagelkerke) =9,6%. Especificidad: 0%, Sensibilidad: 100%. B: Coeficiente de Regresión. E.T. error típico del coeficiente. Sig. Nivel de Significación. Exp(B): Odds Ratio. I.C: Intervalo de Confianza.

Ser diplomado universitario en Enfermería (Odds Ratio 2,7) y realizar menos de 5 cursos de formación en los últimos 5 años (Odds Ratio 2,8) fueron las variables relacionadas con la formación previa que influyen significativamente sobre el riesgo para presentar una mayor demanda de formación.

En último lugar, para analizar los factores que influyen en el riesgo de una mayor necesidad de formación, estudiamos la influencia de las variables del bloque 5 o dimensión 5 del instrumento de recogida de datos.

Tabla 160. Análisis de regresión logística multivariable por pasos atrás para estudiar la influencia de las variables del bloque 5 respecto a la necesidad de mayor formación.

	B	E.T.	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
					Inferior	Superior
Cree formación afecta a calidad	1,281	0,563	0,023	3,599	1,195	10,839
Constante	0,956	0,526	0,069	2,600		

Prueba Omnibus del modelo: χ^2 : 4,363, $p=0,037$. Variabilidad (R^2 Nagelkerke) =2,8%. Especificidad: 0%, Sensibilidad: 100%. B: Coeficiente de Regresión. E.T. error típico del coeficiente. Sig. Nivel de Significación. Exp(B): Odds Ratio. I.C: Intervalo de Confianza.

Dentro de estas variables, sólo los enfermeros que creen que la formación afecta poco o regular a la calidad de los servicios prestados son los que están en riesgo de necesitar mayor formación.

Por último, re-analizamos la influencia de estas 3 variables que han mostrado una asociación estadísticamente significativa sobre la necesidad de formación para intentar mejorar el modelo predictivo, y los datos que se obtuvieron a este respecto fue que esta última variable desaparece del modelo definitivo, por lo que sólo las variables relacionadas con la formación previa del enfermero parecen determinar el riesgo de una mayor necesidad de formación continuada.

Es decir, respecto al hecho de que un enfermero indique que necesita formación, los factores asociados son los relacionados con la formación previa del enfermero. Tal y como habíamos comentado con anterioridad, los enfermeros con el título de DUE y los que realizan pocos cursos de formación son los que presentan mayor necesidad formación.

DISCUSIÓN

*“El aumento del conocimiento depende
por completo de la existencia del desacuerdo.”*

Karl Popper

5.- DISCUSIÓN

5.1 Limitaciones del presente estudio.

Como cualquier trabajo de investigación, el presente estudio no está exento de limitaciones. Probablemente existan numerosas limitaciones que escapan de nuestra comprensión, pero cabe destacar dos que, o bien por motivos de diseño de estudio u otras consideraciones, merecen ser mencionadas en este apartado.

1.- Una limitación de la investigación puede estar en el sesgo de selección de la muestra, ya que los cuestionarios fueron realizados de forma voluntaria por los profesionales y no a través de un muestreo probabilístico. Éste tipo de muestreo hace que el grado de interés o motivación que pueda tener el individuo que participa voluntariamente en una investigación puede diferir sensiblemente en relación con otros sujetos.

2.- También es importante destacar la posibilidad de que se haya producido un sesgo de medición por falta de sensibilidad de instrumento de medida. Aunque el cuestionario elaborado para la investigación fue sometido a validez de contenido puede presentar poca sensibilidad para detectar la presencia de la variable de estudio.

La recogida de información se basa en la declaración de datos que los profesionales “dicen que hacen” “dicen que reciben” y su opinión sobre la adecuación de la formación recibida en relación al desempeño en el puesto de trabajo. Sería necesario corroborar esta información con datos reales obtenidos de los cursos de formación continuada realizados, ofertados y la medición de las competencias en el puesto de trabajo.

3.- Existe un número reducido de enfermeras consultadas en algunas categorías como los profesionales en paro, los que han alcanzado el doctorado, enfermeras de laboratorio, o de Empresa. No

cabe duda, que, poder aumentar el tamaño de la población en estos grupos aumentaría la fiabilidad de alguno de los datos obtenidos. En cualquier caso, el presente trabajo se basa en los enfermeros colegiados de la Región de Murcia, considerando el universo muestral a todos aquellos que finalizaron sus estudios como DUE o Grado.

5.2 Identificar la formación académica postgrado de los profesionales de enfermería y su adecuación al puesto de trabajo.

El primer objetivo del presente trabajo ha sido evaluar la formación académica postgrado del profesional de Enfermería de la Región de Murcia y estudiar si dicha formación se adecúa a las necesidades de su puesto de trabajo. En este sentido, cuando analizamos el máximo grado académico alcanzado, según los datos obtenidos en el presente estudio, el colectivo de enfermería estudiado de la región de Murcia está compuesto principalmente por Diplomados universitarios de Enfermería (62%). Curiosamente, la formación académica más frecuente después de la diplomatura es el Máster (15%), lo cual refleja el interés que muestran en seguir formándose y crecer académicamente.

El hecho de que la mayor parte de los enfermeros que participan en el presente estudio sea diplomada no es de extrañar, ya que en la Región de Murcia, el Grado en Enfermería se instauró en primer lugar en la Universidad Católica de Murcia en el año 2008-09, y un año más tarde en la Universidad de Murcia. Por tanto, de acuerdo al nuevo marco del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES, 2008), es de esperar que esta diferencia entre diplomados y graduados se vaya equilibrando y en un corto periodo de tiempo, el número de graduados sea mayor que el de DUE.

La educación en Enfermería ha sufrido una serie de cambios que ha hecho evolucionar la formación de estos profesionales. Uno de los cambios más importantes se produjo en 1953, cuando tras la adhesión de España a la Organización Mundial de la Salud (OMS), se asumieron las directrices en materia sanitaria marcadas por este organismo, y se unificaron las tres titulaciones existentes, Practicante, Matrona y Enfermera en una sola, Ayudante Técnico Sanitario (ATS) (Maciá, 2010). El siguiente cambio educativo se produjo en 1977, cuando se integran los estudios de enfermería dentro de la estructura universitaria, bajo la titulación de Diplomado Universitario en Enfermería (DUE). A partir de este momento, se establecen las bases de la profesión de enfermería como título superior, independizada de otras Ciencias de la Salud, para centrarse en una Ciencia de los Cuidados, con un cambio de la visión hacia paciente, pasando de una visión bio-médica a una atención más holística.

Con la instauración de la Diplomatura en Enfermería, aparece una nueva función de la enfermera inédita hasta la fecha, como es la función docente. A partir de 1977, se distinguen dos campos de actuación docente para el profesional de enfermería, la formación del personal enfermero y la información y educación sanitaria a los individuos y la comunidad.

El título de Doctor desde la disciplina Enfermera ha sido una opción disponible sólo recientemente. Nuestros datos indican que el 1% de los enfermeros encuestados ya han alcanzado el grado de doctor. Hasta la fecha, los Diplomados en Enfermería accedían al título de doctor a partir de otras titulaciones universitarias superiores. En su mayor parte, tal y como comenta Cano-Caballero, para facilitar el acceso real a los puestos de verdadero poder, ya que la categoría profesional marca hasta dónde se puede acceder en la organización (Cano Caballero, 2004).

Es de suponer que este número de doctores vaya creciendo paralelamente a la consolidación del Grado en Enfermería. El desarrollo

de una tesis doctoral siempre ha sido una tarea desligada del personal de Enfermería, ya que históricamente se ha entendido como una carrera fundamentalmente asistencial, sin prestar importancia a la labor científica o de generación de conocimientos. Este es un aspecto clave a la hora de desarrollar una tesis doctoral. Se plantea su utilidad, y más en el entorno de Enfermería. Esta cuestión ha sido previamente estudiada por Lundgren & Robertsson (2012), al afirmar que la mayoría de los enfermeros que han realizado una tesis doctoral opina que los resultados obtenidos en las respectivas tesis produjeron aplicaciones prácticas y mejoras en las habilidades y en el conocimiento enfermero. Sólo un 10% de los enfermeros consultados opinaron que su tesis no había sido de gran utilidad. Por tanto, estos autores recomiendan el desarrollo de más tesis doctorales para incrementar el conocimiento y las habilidades propias de Enfermería.

En nuestro entorno, teniendo en cuenta las normas de acreditación de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), es de esperar que el número de doctores dedicados al ámbito docente se incremente de forma lineal en los próximos años. Otra cuestión que podrá ser analizada en futuros estudios es, si los recién graduados que se dediquen a trabajo asistencial en exclusividad, serán capaces de desarrollar una tesis doctoral, de forma paralela a su trabajo asistencial, con el sistema organizativo laboral que impera. Situación esta que se presenta de forma más habitual en otras ciencias de la salud, como Medicina, Biología, Bioquímica, Psicología, etc....

Un dato de interés que surge del presente trabajo es que los estudios alcanzados no están relacionados con el sexo del enfermero consultado. Los datos de nuestro estudio reflejan una frecuencia muy similar, en cuanto a la variable sexo, en cualquiera de los máximos estudios alcanzados, contradiciendo el resultado de otros estudios al afirmar que, desde un punto de vista cultural o antropológico, la Enfermería, la ciencia de los cuidados, se ha entendido siempre como

una labor eminentemente femenina, ya que para el desarrollo de esta actividad es necesario ciertas cualidades como la paciencia, falta de agresividad o de competencia hacia el compañero, discreción, ternura, receptividad, etc., que son características alejadas del modelo masculino que proyecta la sociedad actual (Camps, 1990). Sin embargo, el hecho de que muchos hombres se dediquen a la enfermería demuestra que el cuidar a otros semejantes no es una característica solo de naturaleza femenina, sino que se aprende culturalmente. (Roca, 1999).

Esto se debe a que los estereotipos sociales influyen en la creación de qué trabajos son socialmente apropiados para un género y cuáles son apropiados para otro, cuando nos referimos a “género” como diferencia cultural entre hombre y mujer, y no como cuando nos referimos a la variable “sexo”, aludiendo a aquellos aspectos biológicos que diferencian al hombre de la mujer. Con esos estereotipos, el modelo social mejor aceptado de la mujer es el de aquella que se dedica al cuidado y la atención de los demás, y que tiene como características ser paciente, detallista y emocional. Por tanto, el desempeño de funciones y actividades de la enfermería asistencial, sería más apropiado para mujeres (Lillo Crespo, 2002).

De hecho, en el entorno hospitalario todavía existe una tendencia en nuestra sociedad a la discriminación laboral en función del sexo, en el sentido de que, hasta hace pocas décadas, se identificaba más al hombre en el campo de la medicina, mientras que a la enfermería se la asociaba más a la mujer. La enfermería a su vez, también se refleja en la sociedad como una opción casi vocacional, relacionada con el concepto femenino de mujer, donde se le da más importancia a la intuición, a la imitación como fuente de aprendizaje, frente a la capacitación teórica o prácticas de las enfermeras. (Alberdi , 1999).

Dentro de las definiciones encontradas en la bibliografía sobre la actividad profesional de la enfermera, encontramos un punto de vista bimodal, con definiciones claramente positivas de la titulación, como

“cuidado formal, ciencia, arte, cuidado integral para mantener y restablecer la salud, el intercambio y conocimiento con la persona necesitada, etc.”, frente a otros puntos de vista más negativos, como “a medio camino entre la chacha, la azafata y la de señorita para todo, cazadora de médicos, objeto sexual para corruptos, sádicos, etc.” y, curiosamente, la definición más prevalente es la de gente sumisa, a la que se grita (Montes, 2002).

Afortunadamente, según los datos del presente estudio, y en referencia a la formación, tanto el hombre como la mujer tienen una formación muy semejante, por lo que este bimodismo en cuanto al género no parece tan evidente.

En relación a la variable edad, sí que parece ser un factor determinante a la hora de predecir el máximo grado de formación académica alcanzado. Los enfermeros cuya máxima formación ha sido la Especialidad, mostraron una edad significativamente mayor que los enfermeros que han alcanzado el grado, el máster o el doctorado.

Al igual que en el presente estudio, según otros autores la edad no parece ser un factor determinante a la hora de alcanzar una mayor o menor formación, al menos, en lo que al entorno universitario se refiere. Así, en un estudio realizado por Kowitlawakul y col. (2013), donde se evaluaron los factores que pueden predecir el éxito (medido a través de las calificaciones) durante la carrera universitaria, la edad no parece influir en este aspecto, y recibe más importancia otros aspectos como el nivel educativo previo y las calificaciones previas que tengan los estudiantes de enfermería (Kowitlawakul, 2013).

También hemos podido poner de manifiesto en los resultados del presente trabajo, una relación significativa entre el tipo de contrato y la formación académica. Esta situación es especialmente evidente para los enfermeros titulados como Diplomados, donde el 100% tiene un contrato en propiedad. Por el contrario, comprobamos que sólo el 10%

de los enfermeros que han alcanzado el Grado tienen este tipo de contrato.

Uno de los objetivos principales de la investigación fue estudiar si la formación académica postgrado del personal de enfermería es adecuada al puesto de trabajo.

En cuanto a la demanda de formación continuada de los profesionales de enfermería, el 90% de los enfermeros consultados indica que necesita mayor formación para el desempeño de su actividad profesional. De hecho, existen numerosos estudios que indican que una mayor formación mejora la calidad asistencial al paciente y reduce la presencia de efectos adversos (Bowie, 2013; Poh, 2013).

Cuando hablamos de formación continuada, es conveniente considerar la relación entre el tiempo que se va a invertir en dicha formación y el beneficio que va a obtener el enfermero. En el estudio realizado por McLaachlan y colaboradores que presenta un nuevo programa educativo para la formación específica de las matronas. Este nuevo programa, denominado “follow-through experiences”, permite a las enfermeras realizar un plan de cuidado integral que abarca desde la asistencia al parto, las labores propias del momento del nacimiento y el periodo postnatal. Según los enfermeros consultados, aunque este programa de aprendizaje resulta interesante y de gran utilidad, presenta como barrera y limitación, la obligada necesidad del elevado tiempo invertido para su desarrollo, en relación a los resultados obtenidos tras su aprendizaje. Según los autores, este tipo de formación sería adecuado sólo para estudiantes o recién graduados, pero no para enfermeros que ya ejerzan su profesión y quieran especializarse en esta área (McLachlan 2013).

Hemos evaluado la percepción de la formación continuada respecto al acontecimiento de efectos adversos. La mayoría de los enfermeros consideran muy importante la formación adecuada al puesto de trabajo, respecto a la seguridad del paciente y presencia de

efectos adversos. La formación previa que posea el enfermero a este respecto es clave, y por supuesto el lugar de trabajo, tal y como ha puesto de manifiesto Abdelsatir (2013). El autor, al consultar sobre si la formación previene errores cometidos por enfermería en una unidad de hemodiálisis, observó que al igual que nuestros datos, la mayoría de los enfermeros (98%) consideran fundamental la formación para evitar efectos adversos en el paciente, no obstante, sólo el 70% de los profesionales que afirman recibir formación adecuada al puesto de trabajo, se adhería a las normas de manipulación e higiene de estos pacientes (Abdelsatir, 2013). Otro dato de interés, hace referencia a la comparación entre diplomados y graduados. Según estos datos, los enfermeros con el título de Grado en Enfermería tienden a ser más adherentes a las normas de higiene y el uso de guantes que los Diplomados. Datos que coinciden con el trabajo de Gloundemans y col. (2013), donde se comparan los procedimientos realizados por diplomados o por graduados en enfermería en una unidad de salud mental, obteniendo prácticamente los mismos resultados, pero diferenciando que, los Graduados presentaron mayores habilidades de pensamiento crítico y mayor creencia de auto-suficiencia o auto-eficacia que los Diplomados.

Desafortunadamente, en ninguno de estos estudios se evaluó la incidencia de efectos adversos, por lo que no podemos constatar realmente si la práctica enfermera de los Diplomados resultó más adecuada que la de los Graduados, o viceversa. En cualquier caso, lo que claramente se pone de manifiesto en este estudio es que la adherencia a las recomendaciones están por debajo de lo considerado óptimo, por tanto, y en especial en referencia a las unidades más especializadas, se pone en evidencia la necesidad de formación continuada para el personal enfermero de estas unidades.

Según los datos de nuestro estudio, un 46% de los enfermeros consideran que la formación continuada recibida en sus centros de trabajo no es adecuada. Dato que evidencia la necesidad de modificar

los planes de formación dirigidos a los profesionales de enfermería que se realizan en la actualidad en los diversos centros sanitarios, orientada hacia una formación más especializada, o para ser más exactos, más adecuada a las necesidades de cada puesto de trabajo. Atendiendo a la bibliografía revisada, esto es más cierto cuanto más especializada debe ser la atención al paciente, como ocurre en oncología pediátrica. Así, en un estudio previo de Enskark (2012), cuando a un profesional de enfermería se le da la posibilidad de una formación continuada según las necesidades del puesto de trabajo, se produce un sentimiento de satisfacción capaz de producir un aumento de la calidad percibida por el paciente/cliente, lo cual aumenta la competencia y satisfacción del propio profesional.

De nuevo, cuando planteamos qué factores influyen en estas observaciones, nuestros datos indican que las variables sexo y edad son factores determinantes, ya que tanto los enfermeros como las enfermeras consideran que necesitan mayor formación, y del mismo modo, consideran que la formación es adecuada. Por otro lado, uno de los factores sociolaborales que sí parecen influir respecto a la percepción de la adecuación de la formación, es el tipo de contrato. Concretamente, aquellos enfermeros con un contrato en propiedad, en su mayoría reflejan una formación adecuada, (53%), mientras que los enfermeros que poseen otro tipo de contrato opinan lo contrario (61%).

Del mismo modo, el puesto de trabajo también es un factor determinante a la hora de la percepción sobre la formación. Existen diversos puestos de trabajo que, en su mayoría, consideran que la formación no es adecuada, y como dato especialmente relevante, se presenta esta percepción en el profesional de quirófano, ya que un 71% de las enfermeras opinan que su formación continuada no es adecuada para el puesto. Esta situación no es exclusiva de nuestro entorno, ya que como Helewa y cols. (2012) han descrito, en quirófano se producen una mayor necesidad de formación que en otros servicios, lo cual puede producir incluso cierta insatisfacción laboral (Helewa, 2012).

Otro factor que afecta de forma significativa a la adecuación de la formación continuada, es la antigüedad en la empresa al consideran que su formación es adecuada, por tener una antigüedad significativamente mayor. Por el contrario, eran los enfermeros de mayor edad los que consideraban que no necesitaban mayor formación para su puesto de trabajo. En nuestra opinión, esto puede deberse por un lado a las habilidades científico-técnicas adquiridas durante el ejercicio profesional, y por otro lado, a la asiduidad de las distintas actividades a realizar dentro del mismo servicio. No obstante, es importante destacar que en la bibliografía revisada la tendencia es opuesta a nuestros datos, es decir, en general, los enfermeros demandan cada vez mayor formación y mayor especialización para poder incrementar la calidad de los servicios prestados, ya que en general, en cada servicio existe un alto número de procedimientos y cuidados específicos que requieren evidentemente una formación también específica (Roldán Valcárcel, 2008).

Para intentar predecir cuándo una enfermera va a considerar su formación adecuada a su puesto de trabajo o no, realizamos un análisis de regresión logística por pasos sucesivos (*stepwise*), según el cual, aquellos enfermeros que ocupan un puesto hospitalario, no presentan barreras para su formación continuada, consideran la calidad asistencial como muy importante, tienen un acceso fácil a la formación continuada y los que realizan cursos en el puesto de trabajo son los que tienen mayor probabilidad (o mayor riesgo para ser más precisos) de considerar su formación adecuada. Estos aspectos, aunque son importantes para conocer las opiniones sobre la formación del propio enfermero, en ningún caso pueden determinar si la formación es realmente adecuada o no. Esto sólo puede evaluarse mediante pruebas específicas o análisis de rendimiento o estudios de efectos adversos como consecuencia de una mala práctica enfermera, en cualquier caso, este no era uno de los objetivos del proyecto, por lo tanto estos aspectos, aunque importantes, no fueron evaluados.

Nuestro análisis logístico también revela que, aquellos enfermeros que ocupan un puesto hospitalario y que tienen más de 11 años de antigüedad en el puesto de trabajo, tienen más probabilidad de considerar que su formación es adecuada. Teniendo en cuenta nuestros datos y los de los autores previamente comentados, la antigüedad en el puesto de trabajo produce una inercia o costumbre que favorece la percepción de no necesitar más formación sobre el desempeño en el puesto de trabajo y las actividades a desarrollar en el mismo.

Los profesionales de enfermería que realizan actividades de formación tienen más probabilidades de considerar adecuada su formación. Al igual que en el anterior resultado, se puede interpretar como inercia y autoseguridad y confianza en los conocimientos adquiridos, fundamentándose en la antigüedad que tienen en su puesto de trabajo.

Otro factor asociado con la adecuación de la formación continuada, fue ocupar un puesto de gestión. Aquellos enfermeros con este tipo de puesto de trabajo tienen 2,4 veces más probabilidad de considerar su formación adecuada a su puesto de trabajo. Podemos pensar que los conocimientos de gestión, afianzan la seguridad en el profesional al afirmar que existe una adecuación de formación al puesto de trabajo que ocupan. Además, fuera del ámbito de la salud, se ha descrito en la bibliografía consultada la necesidad de una elevada formación para progresar, por ejemplo, de puestos técnicos a puestos de gestión (Fernández Losa 2002), por lo que no es ilógico pensar que en Enfermería podría estar acaeciendo la misma circunstancia.

Los sujetos que consideran adecuada su formación al puesto de trabajo, son aquellos que no observan barreras de acceso a la formación continuada. Una vez más se desprende de estos resultados un conformismo e inercia por parte de un grupo de los componentes de la muestra, que no se plantean barreras y ven suficiente la formación recibida, pese a afirmar la importancia de una calidad asistencial en el desempeño de sus funciones. Todo ello asociado a la permanente

opinión de que la formación continuada recibida es adecuada a las necesidades profesionales

Es una evidencia que la autosuficiencia y seguridad en las competencias profesionales que puede dar la antigüedad en un puesto de trabajo, no deja lugar a la obligada formación continuada que necesita el profesional de enfermería para un correcto desempeño de funciones profesionales. Así mismo, no es de extrañar que, no se detecte la falta de adecuación de una formación continuada al puesto de trabajo ocupado, por la inercia o desinterés de actualización de conocimientos, mediante una permanente formación, siempre coherente con las necesidades profesionales de un puesto de trabajo.

5.3 Conocer el acceso y las barreras para una formación continuada.

Una vez que hemos puesto de manifiesto que la mayor parte del personal de enfermería considera que necesita una mayor formación continuada para desarrollar su actividad profesional, nos planteamos analizar cómo es el acceso, y sobre todo si existen barreras que puedan estar afectando o limitando el acceso a dicha formación continuada.

Nuestros datos siguen siendo bastante preocupantes a este respecto, ya que sólo el 20% de los enfermeros encuestados de nuestra Región opina que tienen un acceso fácil a la formación continuada. Este dato es de gran interés, ya que si bien, la actividad de enfermería ha sido clásicamente considerada como una labor fundamentalmente técnica y que requería poca preparación académica, en las dos últimas décadas especialmente ha sufrido un cambio radical que ha reestructurado su trabajo, tal y como se ha puesto de manifiesto en la bibliografía consultada (Windsor, 2012). En especial, estos cambios hacen referencia a las competencias basadas en la formación y el análisis, llegando a crearse un propio lenguaje enfermero (Tilley, 2008).

De hecho, cuando se evalúan las competencias que son llevadas a cabo por el personal enfermero en un hospital, los datos de este estudio previo de Windsor y col. (Windsor, 2012) pone de manifiesto tres dimensiones que están limitando el trabajo profesional del enfermero, como son la jerarquía de las competencias, que prioriza trabajos sencillos y que requieren escasa formación frente a tareas más técnicas o que requieran mayor trabajo intelectual. En segundo lugar estaría la necesidad de realizar tareas relacionadas con las cualidades personales o los atributos individuales. Este aspecto se traduciría en trabajar sobre cualidades abstractas de la persona o paciente/cliente (como la personalidad, el carácter) en ciertas ocasiones, y dificulta la labor enfermera, ya que debe ejercer tareas propias de otra profesión (por ejemplo, psicología), y por último, la ausencia de contexto en la evaluación, es decir, aunque la enfermera puede (y debe) realizar diagnósticos, en la mayor parte de los casos éstos no se realizan, por lo que la atención que se presta al paciente es inferior a la debida (Windsor, 2012). Una posible solución a esta aparente paradoja podría ser la propuesta por Tilley y cols. (2007), donde se propone un aprendizaje estructurado en función de las competencias clínicas demandadas por el profesional de enfermería (lo que ellos denominan *scaffolded instruction*) (Tilley, 2007).

Al igual que en el caso anterior, realizamos un análisis para estudiar los posibles factores que pudieran estar influyendo en la aparición de barreras que limiten la formación de los enfermeros. El sexo no parece ser un factor determinante. De hecho, el acceso a la formación es prácticamente similar en ambos sexos. Tampoco la edad ni el tipo de contrato parece influir respecto al acceso a la formación, ya que tampoco en estos casos observamos una relación significativa con el acceso a la formación continuada.

También es bastante relevante el número de enfermeros que encuentran o poseen barreras para su formación académica postgrado, ya que hasta un 72% de los sujetos consultados consideraba que existía

algún elemento que impedía su formación. Claro que tan importante es saber si presentan alguna barrera de formación como saber cuáles son esas barreras. En este sentido, planteamos una pregunta con cuatro opciones, la familia, los factores económicos, la organización laboral y otros factores. Pues bien, atendiendo a nuestros datos, el factor más importante que limita la formación continuada de los enfermeros es la organización laboral.

Desafortunadamente, existen pocos datos en la bibliografía revisada que estudie las limitaciones de formación del enfermero ya titulado, sin embargo existe más información respecto a los estudiantes de la disciplina enfermera y las razones de su fracaso o abandono. Así, podemos observar como las principales razones de abandono o fracaso en los estudiantes de enfermería, lo motiva un amplio abanico de factores que se podría denominar como “Apoyo”, haciendo referencia a la familia, amigos y compañeros, y también jugaría un papel clave el propio profesorado universitario. En segundo lugar, el factor más importante serían los costes económicos derivados de los estudios (Knight, 2012). En el presente trabajo, la edad no resultó ser un factor clave a la hora de encontrar barreras para la formación continuada, pero sí lo es para el “tipo de barrera”. De hecho, atendiendo a nuestros datos, los enfermeros de menor edad son los que encuentran el factor económico como la principal barrera para su formación, datos similares a los observados en los estudiantes, tal y como acabamos de comentar. Desafortunadamente, no hemos encontrado suficientes datos bibliográficos que corroboren nuestras observaciones, por lo que se debe interpretar con cierta cautela este hecho.

Uno de los pocos estudios realizados en enfermeros ya diplomados, es el realizado por Michael Nash, de la Universidad North London (2002). Este estudio realizado en Marzo del 2001 en 90 enfermeros de centros de Atención Primaria de Londres, centrado en las necesidades de formación respecto a pacientes con alteraciones de la salud mental, también pudo poner de manifiesto que las principales

limitaciones para continuar con la formación descritas por los enfermeros fueron “disponer de suficiente tiempo libre” (65%), “carga de trabajo” (62%), que sería equivalente a la organización, y la “localización” (46%), o más concretamente, tener que desplazarse para poder realizar o asistir a cursos también fue descrito como una barrera frecuente.

En la línea de este trabajo previo, Farrell (1998) realizó unas observaciones muy similares. Según este autor, las principales barreras de formación que presentaron los enfermeros consultados fueron, tener que viajar y desplazarse largas distancias para la formación, y los factores económicos, probablemente derivados de lo anterior.

Por otro lado John Shepherd (1995) también profundizó en este tema, a través de un artículo donde se habla por primera vez de intentar conectar los intereses de los enfermeros y de los directores o “managers”, o en definitiva, los responsables de los servicios prestados (Shepherd, 1995). Así, según Shepherd, un motivo por el cual los enfermeros no siguen con la formación post-universitaria es debido a la falta de revisiones por parte de los responsables. En este estudio, sólo el 17% de los enfermeros consultados fueron sometidos a una evaluación de su competencia, por lo que según los datos obtenidos en dicho estudio, la percepción de los enfermeros consultados es que no importaba si se realizaban cursos o no, ya que el rendimiento laboral que se obtenía era nulo. Por otra parte, la falta de tiempo para realizar cursos de formación o falta de conocimientos previos del tema, así como los factores económicos también surge como limitaciones para la formación continuada. En definitiva, según este autor, la falta de apoyo por parte de los gestores, la falta de desarrollo profesional y la falta de recursos económicos producen un fallo en el desarrollo profesional que puede llegar a ser muy relevante (Shepherd, 1995). De hecho, el tiempo ha sido descrito también por Tizón Bouza y Marcos Espino como la principal barrera percibida para la formación continuada (Tizón, 2013).

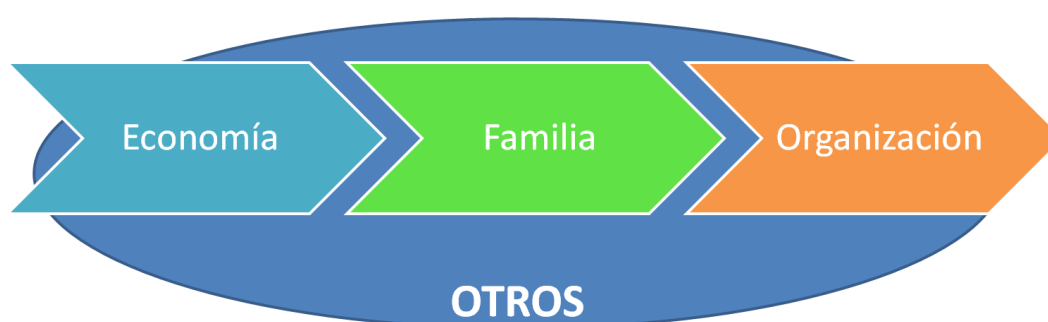
Otro aspecto fundamental que surge a raíz del estudio de Shepherd, es una serie de sugerencias para mejorar el desarrollo de la formación enfermera, que, como vemos, todavía son aplicables hoy en día:

Tabla 161. Características importantes en los que la educación post-registro debe centrar su atención en el futuro.

Involucrar a los enfermeros registrados en la identificación de sus propias necesidades de formación
Proporcionar más tiempo para atender a las ofertas educativas
Desarrollar un programa de ofertas educativas que permita flexibilidad para poder atender, ajustando la oferta a los compromisos y circunstancias del profesional
Guía estructurada y clara de las diferentes necesidades de formación en función del grado o del puesto de trabajo del enfermero
Una revisión de la formación que se ajuste a un esquema individualizado
Unidades de Aprendizaje específicas para las diferentes áreas de formación
Énfasis en el aprendizaje basado en roles para los profesionales en su propio ámbito de la enfermería clínica
Educación de necesidades prácticas, y refleje la evidencia científica actual
Apoyo de los gestores y apoyo a las diferentes unidades y servicios
Un “menú” de estrategias de aprendizaje que permita elegir el tipo de formación a los diferentes profesionales
Igualdad de oportunidades para todos los profesionales
Mayor coordinación y comunicación entre los proveedores de la educación y los enfermeros de la práctica clínica
Involucrar a los enfermeros “registrados” en el diseño y planificación de la provisión de los programas de educación
Revisión de los recursos educativos con el entorno clínico
Mayor información o notificación de los programas de educación post-registro disponible para los profesionales.

En definitiva, cuando estudiamos las barreras para la formación que presentan las enfermeras consultadas de la Región de Murcia, no podemos analizar a los sujetos de forma grupal, y debemos hacer un análisis pormenorizado de las características personales de cada enfermero, para poder predecir la aparición de factores que limiten la formación y, por tanto, la capacidad o habilidad en la realización de las tareas de Enfermería por parte del individuo, aunque en principio, los datos sugieren como un cambio o una transición de barreras a lo largo de la actividad del enfermero. Esta situación se intenta plasmar en la figura 38.

Figura 38. Evolución de la aparición de barreras para la formación a lo largo del desarrollo de la actividad enfermera



Todos sabemos las características organizacionales del trabajo en el desarrollo de actividades de enfermería en alguna de sus funciones (El horario laboral, trabajo a turnos, turnos rodados, etc.).

Cuando estudiamos la relación existente entre la variable sexo y la presencia de barreras para su formación, nuestros datos indican una mayor presencia de estas barreras en la mujer (75%) que en el hombre (66%), sin embargo no observamos una relación significativa entre esta variable y la presencia de barreras para la formación.

Tampoco hemos observado en el presente trabajo una relación entre el sexo y el tipo de barrera que limita la formación continuada. A

priori, era de esperar que la mujer indicara la familia como el principal factor, pero no es así, y tanto el hombre como la mujer encuentran la organización laboral como la principal barrera para continuar con su formación. De hecho, el análisis estadístico revela que no había relación entre el sexo y el tipo de barrera.

Una situación muy parecida ocurre con el tipo de contrato, que no está relacionado con la presencia o no de barreras para la formación, pero sí hay una clara relación en aquellos sujetos que sí las presentan, ya que para los enfermeros que no poseen un contrato en propiedad, los factores económicos son mucho más importante que para los enfermeros que sí lo poseen.

De nuevo estos datos se relacionan con el puesto de trabajo, es decir, no existe relación entre los diferentes puestos de trabajo y encontrar barreras para la formación continuada, aunque algunos como los centros de hemodonación, docencia, hospitalización o los centros de día presentan una presencia de barreras del 80%-100%. Cuando sí existe una relación evidente, es en aquellos enfermeros que presentan barreras, ya que para los enfermeros con un puesto hospitalario, la principal barrera de formación es la organización, mientras que para los que ocupan un puesto extra-hospitalarios la principal barrera son los factores económicos.

Por último, esta misma situación se repite con la antigüedad en el puesto de trabajo y en la empresa y la presencia de barreras. Aunque los enfermeros que no tienen barreras para la formación son de mayor edad, no existen diferencias con los que sí tienen barreras. No obstante, cuando estudiamos cada una de estas barreras separadamente, los datos nos indican que los enfermeros de mayor edad son los que indican como principal barrera de formación la organización y otras limitaciones, mientras que los enfermeros más jóvenes consideran la economía y la familia las principales barreras. Del mismo modo, previamente se ha descrito que los profesionales con mayor tiempo de antigüedad en la empresa disponen de un mayor acceso a la formación,

frente a los profesionales de menor edad o experiencia, probablemente debido a que las empresas destinan la inversión formativa a aquellos trabajadores con más antigüedad para asegurarse que la inversión efectuada no se pierda por el abandono del profesional en la empresa. (García Espejo, 2013). A la inversa, también se ha observado en nuestro país que la probabilidad de invertir en formación no financiada por la empresa es mayor entre los trabajadores temporales y con menor antigüedad (Caparrós Ruiz 2004).

Por tanto, el hecho de presentar barreras o no para la formación continuada, no parece estar relacionado con los factores sociolaborales analizados, sino más bien con las circunstancias de cada sujeto. Ahora bien, una vez que esas barreras existen, entonces sí que existen factores sociolaborales que determinan la presencia de una u otra barrera para la formación.

Para confirmar esta teoría, en el presente trabajo estudiamos los factores que pueden estar determinando la presencia o no de barreras para la formación continuada, con el fin de poder actuar de forma más eficaz sobre dichos factores, y tratar de evitar precisamente la aparición de impedimentos hacia una formación continuada.

Para ello, al igual que en el apartado anterior, realizamos un análisis de regresión logística multivariante, de cuyos datos, podemos concluir que NO ocupar un puesto de gestión, dar mucha importancia a la calidad asistencial, creer mucho que la formación evita errores y considerar que la formación en el puesto de trabajo NO es adecuada, son los factores que mejor predicen la presencia de barreras para continuar con la formación.

Es evidente que las condiciones laborales y características de la muestra de las diferentes áreas de salud, inciden en la existencia de barreras de acceso a la formación que pueden tener los profesionales de enfermería (según nuestros datos, los enfermeros del Área I tienen un 75% más de probabilidades de presentar barreras para la formación).

Otro campo futuro de estudio, sería analizar en el área de salud que menos barreras presenta, las características de los profesionales y condiciones laborales que puedan influir en esas barreras.

Al igual que con la adecuación de la formación, una vez más, el tener conocimientos de gestión, y ocupar un puesto de trabajo en el que se desarrollan estas actividades, favorece la caída de barreras de acceso a la formación. Podemos interpretarlo de dos formas: Tener recursos y saber utilizar estrategias de gestión, incide en posibilitar el acceso a la formación continuada, según las barreras que cada profesional encuentre para ello y, otra interpretación sería que el ocupar un puesto de gestión favorece, por las características organizativas y laborales de estos puestos (horarios, turnos, etc.) el acceso a la formación, evitando barreras.

En resumen, aquellos que observan barreras de acceso a la formación continuada son los que presentan interés en formarse, tienen dificultades organizacionales en sus puestos de trabajo (horarios, turnos...), consideran la calidad asistencial una prioridad, no asumen actividades de responsabilidad, y perciben la formación como obligada para evitar errores en el desempeño de sus funciones. En definitiva, son los factores relacionados con la percepción personal de la formación continuada en el centro de trabajo los que más influyen en la presencia o ausencia de barreras para la formación.

Este hecho se pone de manifiesto en aquellos servicios con mayor complejidad en el desempeño de sus competencias, como por ejemplo ocurre en los servicios de urgencia. Así, los profesionales de estos servicios describen un acceso limitado a la formación, mientras que curiosamente destacan al mismo el hecho de recibir un gran número de actividades formativas respecto a las intervenciones a realizar (Aäri, 2008).

5.4 Conocer la demanda formativa de los enfermeros.

En el último de los objetivos principales del presente trabajo, nos planteamos identificar cuáles son las necesidades de formación que reclaman los enfermeros de la Región de Murcia, ya que nos puede permitir desarrollar mejores estrategias y programas mejor orientados para incrementar la calidad de la formación y, sobre todo, que se adecúe más a las necesidades de los trabajadores.

Conocer la demanda formativa de los enfermeros, o dicho de un modo más formal, el análisis de las necesidades de formación se puede considerar como el paso inicial de un proceso cíclico que contribuye a la formación global y las estrategias de educación del personal de una organización o de un grupo de profesionales. El ciclo comienza con una consulta sistemática para identificar las necesidades de formación de la población sometida a estudio (en este caso los enfermeros), seguido de una planificación de cursos de formación, procedimiento o desarrollo de dichos cursos y evaluación de la adecuación de la formación (Gould, 2004).

El análisis de las necesidades de formación puede ser un campo relativamente reciente en cuanto a Enfermería, pero ha sido usado durante muchos años en otros ámbitos laborales como recursos humanos, empresa, industria, y en educación general (Boydell, 1976).

Debido a la presencia de ambos conceptos en la bibliografía consultada, antes de comentar cuáles son las necesidades y demandas de los enfermeros consultados en el presente estudio, nos gustaría hacer una pequeña consideración para explicar la diferencia entre investigar las necesidades de formación y auditar las necesidades de formación. Investigar busca establecer y extender el conocimiento acerca de la práctica efectiva (“the right things to do”), mientras que auditar busca asegurar que la formación es adecuada (“the right thing are done”) (Furze, 1999).

Otro aspecto importante para evaluar de forma correcta las necesidades de formación del personal es ¿quién está interesado en la formación de los enfermeros? En principio podría ser que solamente los enfermeros, pero en realidad existen otros interesados. Por supuesto, en primer lugar deberíamos colocar los empleados o los enfermeros, pero en segundo lugar estarían los usuarios o clientes/pacientes, es decir, los que en último lugar se van a beneficiar de la formación. Además hay que tener en cuenta a los proveedores de la formación (pública, privada, etc.) y por último a los gestores o responsables de asegurar unos servicios de calidad (Gould, 2004).

En cualquier caso, la forma de demostrar el impacto de la formación continuada en la práctica clínica, y por tanto en los servicios prestados (por ej., para disminuir la aparición de efectos adversos) es muy difícil y continúa sin ser evaluada en la bibliografía revisada. Por tanto, en el presente estudio, dentro de este ciclo de análisis de las necesidades de formación, nos hemos quedado en el primer paso, es decir, en el estudio de la demanda formativa de los enfermeros. A raíz de los datos obtenidos, como veremos a continuación, se podrán plantear diseñar estrategias de educación, que deberán ser implantadas y evaluada su efectividad.

Los estudios donde se analizan las necesidades de formación del personal de enfermería se pueden hacer a dos niveles. Por un lado, están los estudios realizados a micro-niveles, que hacen referencia a estudios realizados en una unidad concreta o clínica/hospital. Frente a estos y semejante al presente estudio, se encuentran los estudios realizados a macro-niveles, cuando no hace referencia a una unidad u hospital concretamente sino más bien a todo un servicio o Región. Precisamente este tipo de estudios es el que más se encuentra en la bibliografía revisada. No obstante, la mayoría de estos estudios se centra en cuestiones clínicas específicas, como por ejemplo, todos los enfermeros de salud mental de Londres, o de Atención Primaria, o de Cuidados Paliativos, etc. Precisamente un punto clave de este estudio

es que, según nuestro conocimiento, se evalúa de forma global las necesidades de formación de todos los servicios y puestos de trabajo dentro de nuestra Región, lo cual nos permite una comparación entre unidades no descrita en profundidad hasta la fecha.

A la hora de evaluar las necesidades de formación de enfermería hemos de hacer referencia ineludiblemente al trabajo de Hicks y Hennessy, que fueron los primeros autores que utilizaron la metodología científica para el desarrollo de un cuestionario, para evaluar las necesidades de formación enfermera (Hicks, 1996) y en el cual nos hemos basado para diseñar la dimensión 4 del presente estudio, “Formación enfermera que les gustaría recibir”.

Centrándonos en nuestro estudio, hemos incluido doce bloques temáticos sobre contenidos formativos y, sobre los que les consultamos sus preferencias, a la hora de seleccionarlos como contenidos formativos demandados, basándonos como acabamos de comentar, en el estudio de Hicks y Hennessy y en los foros de debate establecidos al efecto. También incluimos una pregunta de respuesta abierta para que los enfermeros consultados expresaran con mayor capacidad las posibles formaciones no consideradas. En este sentido, de todas las necesidades de formación planteadas, la más demandada en primer lugar fue la de cuidados intensivos (22,3%), seguida de la formación médico-quirúrgica.

Por otro lado, además de saber cuál es la formación continuada más demandada, también estudiamos a cuántos enfermeros les gustaría recibir cada tipo de formación, ya sea como primera opción o como última, ya que este dato también puede servir de indicador de la demanda de formación del personal de Enfermería. Según esto, la formación más demandada fue médico-quirúrgica (52,7%), nuevas tecnologías (43,9%), cuidados intensivos (43,6%), investigación (43,3%), metodología enfermera (39,8%), pediátricos (39,5%), salud/mujer (36,7%), gestión de calidad (33,2%), gestión/administración (32,0%), geriátricos (26,6%), salud mental (24,5%) y finalmente otros tipos de

formación (12,5%). Hay que recordar que, un enfermero podía solicitar varios tipos de formación simultáneamente en el cuestionario.

De estos datos se pueden obtener unas primeras conclusiones. Obviamente, la necesidad de formación más demandada vuelve a ser la formación médico-quirúrgica. Por otro lado, las necesidades de formación más demandadas están incluidas en las opciones disponibles en el instrumento de recogida de datos, y sólo un 12,5% de los sujetos les gustaría otro tipo de formación no incluido en el cuestionario.

Dentro de las propuestas de formación no contempladas, las más demandadas por los sujetos estudiados fueron Urgencias/UCI (que podría incluirse en cuidados intensivos), Terapias Alternativas, cuidados especiales (que podría incluirse en médico-quirúrgica), enfermería escolar/familiar, dietética y nutrición y legislación y trabajo (que podría incluirse en Gestión/administración).

Ante esta demanda formativa, de nuevo debemos plantearnos cuál es el entorno donde debe desenvolverse en la actualidad el profesional de enfermería. Las nuevas competencias de los profesionales de enfermería, así como el desarrollo médico y científico de las técnicas a desarrollar, la libre circulación de los profesionales de enfermería, y la diversidad cultural y social de nuestros días puede estar determinando las necesidades y demandas de una más concreta y, a la vez, más extensa formación. Al revisar la bibliografía a este respecto, emergen varias formaciones que no se han planteado en el presente estudio y que curiosamente no han sido solicitadas por ningún enfermero consultado, como son los estudios de un segundo idioma, en concreto inglés (Camacho-Bejarano, 2013), estadística, (Hagen, 2012), y también formación en aspectos éticos de la labor enfermera (Kalaitzidis, 2012).

Efectivamente la realidad enfermera ha cambiado radicalmente en las últimas décadas, en el sentido de que para mantener el ritmo de la práctica clínica actual frente a la tradicional, los “nuevos” enfermeros deben tener más conocimientos sobre determinados campos de trabajo.

En el estudio previo de Hicks y Hennessy (1996), centrado en analizar las necesidades de formación sobre todo en investigación, adquirió datos similares a los nuestros, en el sentido en que la primera necesidad de formación hacía referencia a habilidades técnicas enfermeras, en segundo lugar el cuidado del paciente crónico, y en tercer lugar la metodología enfermera y de investigación (Hicks, 1996).

Esta situación probablemente esté relacionada con la formación previa del enfermero, ya que en principio, los nuevos Graduados en Enfermería dominan una serie de competencias básicas para poder enfrentarse de forma efectiva a las necesidades metodológicas, y de investigación, lo cual da como resultado en el entorno de trabajo, a grupos de enfermeros que se diferencian entre sí, presentándose enfermeros más experimentados con mayor formación en aspectos clínicos/cuidados del paciente, y los nuevos enfermeros recién egresados con mayor formación en aspectos metodológicos,/teóricos.

En nuestro estudio, la quinta necesidad de formación más demandada ha sido la metodología enfermera. De hecho, este es uno de los aspectos más llamativos para los recién Diplomados. Tal y como comentan García et al. (2001), los estudiantes al finalizar su formación e incorporarse al mundo laboral, les resulta difícil poner en práctica los modelos de enfermería y la metodología de trabajo aprendida, adaptándose a un sistema de funcionamiento meramente asistencial (García & Buendía, 2001). Una posible solución a este conflicto podría ser la formación continuada, ya que autores como Buitrago et al (1995), la consideran como la vía más adecuada para mantener la competencia profesional y garantizar su adaptación con los nuevos avances científico-técnicos, permitiendo corregir insuficiencias formativas y favorecer la correcta utilización de los servicios sanitarios además, de ser una herramienta fundamental para garantizar la calidad de los servicios sanitarios e integrar los modelos metodológicos enfermeros. (Garrido Elustondo, 2002)

Al revisar la bibliografía respecto a las necesidades de formación enfermera, existen estudios sobre las necesidades de formación realizados en unidades hospitalarias o clínicas concretas (que se denominan estudios de formación a micro-nivel) (Thompson, 1987) (Smith, 2001), o estudios como el presente donde se analizan las necesidades de un diverso número de centros, puestos de trabajo, especialidades, etcétera (estudios a macro-nivel). Tanto entre los primeros como entre los segundos existe en la bibliografía revisada diversos estudios realizado durante varias décadas, lo que nos puede permitir hacernos una idea de cómo han variado estas necesidades de formación a lo largo del tiempo.

Dentro de los primeros, el primer estudio data de 1986 y fue realizado por Thompson y col. en un hospital “Wesley” (Brisbane, Australia). Según estos autores, las prioridades de formación se agrupaban principalmente en 3 tipos de formación, desarrollo de la carrera enfermera, auto desarrollo y ambiente hospitalario (Thompson, 1987). En otro estudio de Smith and Topping realizado en enfermeras de centros de neurología pediátrica, pusieron de manifiesto que la principal necesidad de formación estaba relacionada con mayor conocimiento de técnicas de neurología pediátrica (Smith, 2001), presentando las limitaciones de estos estudios realizados en pequeños centros o unidades, donde la mayoría de los enfermeros informan sobre la necesidad y demanda de mayor formación en sus unidades. Tal es el caso del estudio de Nash, realizado en enfermeros de centros de salud mental, donde la prioridad de formación es técnicas de salud mental (Nash, 2002).

Por otro lado, cuando revisamos en la bibliografía los estudios similares al nuestro, o estudios a macro-nivel, encontramos resultados muy diversos. Por ejemplo, en un estudio previo de Thomson y Kohli, la principal necesidad/demanda de formación estaba relacionada con la promoción de la salud, similar a nuestra variable “Educación para la salud” (Thomson, 1997). En el estudio comentado anteriormente de

Farrell, también emergen numerosas necesidades/demandas de formación como, sobre manejo del dolor, ayuda a la pérdida y terapia de ayuda a la drogadicción (Farrell, 1998). Oberski y col. también comunican tres tipos de formación, a raíz de los resultados que obtuvieron, sobre cuidados del anciano, atención social frente a atención clínica, y mayor integración de resultados de investigación (Oberski, 1999).

Más recientemente, en un estudio llevado a cabo en la Isla de Creta por el equipo de Markaki y colaboradores, arroja unos resultados similares al estudio de Hicks y Hennessy, donde ambos trabajos previos, las necesidades de formación más demandadas están relacionadas con las habilidades clínicas y con la metodología de la investigación (Markaki, 2009).

En otro estudio realizado en 2009 por Lubart y col., investigando a enfermeros de los centros geriátricos de Israel, usando una metodología similar a la nuestra, esto es, mediante un cuestionario disponible a través de la web, informa de que las principales necesidades de formación están relacionadas con el uso de medicación, control de enfermedades infecciosas, tratamiento de alteraciones psicológicas y cardíacas como los objetivos de formación más relevantes. Como vemos, al estar el estudio ceñido a enfermeros de geriatría las necesidades/demandas de formación son bastante diferentes a las de los enfermeros en general (Lubart, 2009).

El artículo más reciente que hemos encontrado en la bibliografía revisada data de Marzo de este año, procedente de la Universidad de Oxford (Moore, 2013). Según este estudio, realizado dentro del ámbito de los enfermeros de los centros de Salud Mental de toda Inglaterra, la formación más reclamada por estos enfermeros está relacionada con habilidades para el manejo de pacientes consumidores de sustancias tóxicas y, curiosamente, con habilidades para el manejo de los familiares de pacientes con alteraciones mentales.

En definitiva, con esta revisión podemos observar como la percepción de la labor enfermera ha ido evolucionando en las últimas décadas, desde indicar una necesidad de formación dirigida a aumentar sus habilidades técnicas y/o clínicas, a pasar a una orientación más científica/investigación y por último a un aumento de las habilidades psicosociales, todo ello enfocado a poder atender de forma integral u holística al paciente.

Existen numerosas circunstancias que van a hacer que un profesional demande una u otra formación. Un factor relacionado con las necesidades de formación es la variable sexo. Nuestros datos evidencian una relación significativa entre sexo y solicitar formación en gestión de calidad. Vemos que el hombre solicita en mayor medida que la mujer esta formación, lo cual queda asociado a que el hombre ocupe más puestos de gestión que la mujer, sobre todo relacionado con puestos de dirección.

En este punto creemos oportuno comentar la teoría feminista denominada “techo de cristal”, según la cual, existe una superficie invisible construida mediante elementos que no están escritos ni sujetos a normas o leyes objetivas, sino a un conjunto de expectativas, actitudes o valoraciones latentes que dificultan la promoción de las mujeres a posiciones de poder, sobre todo de gestión, de sus tiempos y ocupaciones (Durán, 2001). Esta diferenciación en función del sexo dentro de las estructuras organizativas sanitarias, hace necesario, tal y como comentan diversos autores, que se tenga que poner más énfasis en la formación de las enfermeras en estrategias que valoren la igualdad y creen estructuras organizativas más igualitarias (Pacquiao, 2003; Cano-Caballero, 2004).

Es evidente que la labor de Enfermería abarca numerosísimas tareas y ocupaciones, y evidentemente un enfermero de quirófano no puede tener las mismas necesidades de formación que un enfermero de atención primaria. Por tanto, no es de extrañar que ciertos tipos de formación, como por ejemplo la investigación, sea más o menos

demandada, según la procedencia laboral del profesional. Cabe destacar que la labor de investigación del personal de Enfermería ha sido desarrollada en su mayor parte dentro del ámbito docente, y es el que ha producido una mayor literatura científica enfermera. Así, en un estudio de Martínez Cadaya y Fernández Fernández se ha puesto de manifiesto que la producción científica en enfermería procede en un 60% de las universidades, seguida de los hospitales, con un 10% (Martínez Cadaya, 2012).

Cuando estudiamos cuáles son los factores que determinan la necesidad de mayor formación continuada mediante el análisis de regresión logística, los componentes más importantes son los relacionados con la formación previa del enfermero. Tal y como se ha descrito con anterioridad en el apartado de resultados, los enfermeros con el título de DUE y los que realizan pocos cursos de formación, son los que tienen mayor probabilidad de necesitar formación.

CONCLUSIONES

*“No todo lo que cuenta puede ser contado,
y no todo lo que puede ser contado, cuenta.”*

Albert Einstein

6. CONCLUSIONES

1. La mayor parte de los enfermeros consultados (53,4%) considera que su formación académica de postgrado no es adecuada a su puesto de trabajo. Esta situación se produce a pesar de que la mayoría de ellos afirma haber realizado cursos de formación continuada o haber asistido a congresos, jornadas o seminarios de formación, lo que demuestra que la formación continuada que reciben los enfermeros consultados de la Región de Murcia, no es adecuada a sus necesidades laborales ni a su formación académica recibida, siendo así percibido por los profesionales.

2. Casi dos terceras partes (72,3%) de los enfermeros consultados, encuentran barreras que limitan su formación continuada, en especial relacionadas con factores organizativos, como el trabajo a turnos y la falta de tiempo consecuentemente. Los factores económicos son especialmente importantes para los enfermeros que llevan menos tiempo en su puesto de trabajo, mientras que la familia parece ser un factor más limitante para la mujer.

3. La formación previa del enfermero, va a repercutir significativamente en la percepción que el propio enfermero tiene sobre sus necesidades de formación. En concreto, los diplomados universitarios en enfermería (DUE) tienen mayor riesgo de demandar información que los procedentes de grado y/o especialidad, por lo que se debería prestar especial atención a este colectivo en cuanto a su formación continuada.

4. Dentro de las diferentes necesidades de formación postgrado propuestas, la formación en cuidados intensivos y médico/quirúrgica fueron las más demandadas. Estos datos deben ser tenidos en cuenta como paso inicial de un proceso cíclico que contribuya a la formación global y que incluya la planificación de cursos de formación, desarrollo

de dichos cursos y evaluación de la adecuación de la formación, ante la continua necesidad de actualización en estos campos.

5. Los profesionales de enfermería consideran necesario adecuar la formación continuada al puesto de trabajo y a su trayectoria profesional.

6. Tras la implantación del Grado, Postgrado y Doctorado para Enfermería, se rompe el anterior techo académico, por lo que debe contemplarse en la formación continuada, las necesidades del profesional de enfermería respecto a la formación que ha seguido o elegido para su trayectoria académica postgrado, que se supone se debería contemplar a la hora de ocupar un puesto de trabajo.

CONCLUSIÓN FINAL:

Teniendo en cuenta lo anteriormente comentado, consideramos importante desarrollar nuevas estrategias de formación más adecuadas a las necesidades de los profesionales de enfermería, y que tengan en cuenta las limitaciones o barreras a las cuáles se enfrentan, para poder conseguir una atención más adecuada y especializada, en definitiva, una mayor calidad asistencial, que sirva para satisfacer las necesidades tanto de los clientes/pacientes que reciben los servicios como la de los enfermeros que lo proveen, lo cual repercutiría de forma directa en la sociedad que nos rodea.

En nuestra opinión, la formación de los profesionales se debería contemplar como un continuo que se iniciaría con la formación básica y que seguiría constante a lo largo de la vida profesional mediante la formación continuada adecuada al puesto de trabajo.

RECOMENDACIONES.

Este estudio sobre las necesidades/demandas de formación se ha centrado en el profesional de enfermería, pero evidentemente, al tratarse de fomentar una formación adecuada, con el fin último de prestar una atención sanitaria de calidad, debería extenderse a otros profesionales implicados en la prestación de la asistencia sanitaria de los clientes/pacientes, como los médicos, auxiliares de enfermería, técnicos de laboratorio, nutricionistas, psicólogos, etc. Ya que consideramos que sería de gran utilidad conocer las necesidades/demandas de formación de cada uno de estos profesionales, y adaptar así a esas necesidades los servicios de formación continuada que se prestan actualmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

*“No es sabio el que sabe dónde está el tesoro,
sino el que trabaja y lo saca.”*

Francisco de Quevedo y Villegas.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AACN - American Association of Colleges of Nursing. (2007). White Paper on the Education and Role of the Clinical Nurse Leader. Washington, DC: AACN Publications.

Aäri, R.L., Tarja, S. & Helena, L.K. (2008.) Competence in intensive and critical care nursing: a literature review. *Intensive Crit Care Nurs*, 24(2), 78-89.

Abdelsatir, R. (2013). Evaluation of nurses awareness and practice of hemodialysis access care in Karthoum State, Sudan. *Arab J Nephrol Transplant*, 6(2), 119-121.

Aimar, A., Videla, N. & Torre M. (2006). Tendencias y Perspectivas de la Ciencia Enfermera. *Enfermería Global*, 5(2), 1-9.

Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M.E. & Domínguez V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería. *Rev. Esp. Salud Pública*, 78 (4), 505-516.

Alberdi, R. (1998-1999). La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España. *Metas de Enfermería*, 11, 20-26.

Alonso Cuesta, P., Martínez de Pancorbo González, C. & Moral Iglesias, L. (1998). Guía para la gestión de la lista de espera quirúrgica. Madrid. Instituto Nacional De La Salud.

Amelsvoort Van, L.G., Jansen, N.W., Swaen, G.M., Van den Brant, P.A. & Kant I. (2004). Direction of shift rotation among three-shift workers in relation to psychosocial health and work-family conflict. *Scand J Work Environ Health*, 30, 149-156.

Amezcuá, M. (2003). La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enfermería clínica*; 13(2),112-17.

Amorim, F.F., Santana, A.R., Biondi, R.S., Amorim, A.P., Moura E.B., Quadros, K.J., Oliveira, H.S. & Ribeiro R.A. (2012). Difference in patient outcomes coming from public and private hospitals in an intensive care unit in Brazil. *J Clin Med Res*, 4(6), 410-414.

ANECA Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación-. (2004). Libro Blanco del Título de Enfermería. Madrid.

ANECA - Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. (2009). Los procesos de inserción laboral de los titulados universitarios en España. Factores de facilitación y de obstaculización. Madrid: Icono, ANECA.

Aniorte Hernández, N. (2010). La Enfermería en España. [documento web] http://www.aniorte-nic.net/apunt_histor_enfermer9.htm (consultado: 2013 de Abril de 08).

Aranaz, J. & Mira, J. (1988). Cuestionario Font-Roja. Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. *Todo Hospital*, 62, 63-66.

Aranaz, J. M. (2004). Por el Grupo de Estudio del Proyecto IDEA. Proyecto IDEA: Identificación de efectos adversos. *Rev Calidad Asistencial*, 19, 14-18.

Aranaz, J.M., Aibar, C., Galan, A., Limón, R., Requena, J., Álvarez, E.E. & Gea M.T. (2006). La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. *Gaceta Sanitaria*, 20(Suppl 1), 41-47.

European Higher Education - AREA. (1999.) Joint declaration of the European Ministers of Education. Bologna: European Higher Education.

Baena, M.I., Faus, M.J., Martín, R., Zarzuelo, A., Jiménez, J. & Martínez, J. (2005). Problemas de salud relacionados con los

medicamentos en un servicio de urgencias hospitalarias. *Medicina Clinica (Barc.)*, 124, 250-255.

Bartram, T., Joiner, T.A. & Stanton, P. (2004). Factors affecting the job stress and job satisfaction of Australian nurses: Implications for recruitment and retention. *Contemporary Nurse*, 17(3), 293-304.

Basu, S., Andrews, J., Kishore, S., Panjabi, R. & Stuckler, D. (2012). Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: a systematic review. *PLoS Med*, 9(6), e1001244.

Bauer, J. The tragic fate of Ignaz Phillip Semmelweis. (1962). *Calif Med*, 48, 264-266.

Begat, I. Ellefsen B. & Severinsson E. (2005). Nurse's satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being - a Norwegian study. *J Nurs Manag*, 13(3), 221-230.

Benjamin, D.M. (2003). Reducing medication errors and increasing patient safety: case studies in clinical pharmacology. *J Clin Pharmacol*, 43(7), 768-83.

Bernabeu Mestre, J. & Gascón Pérez, M.E. (1999). Historia de la enfermería de salud pública en España (1860-1977). Alicante, España: Universidad de Alicante.

Bernard Cohen, I. (1984). Florence Nightingale. *Scientific American*, 250(3), 128-137.

Best, M. & Neuhauser, D. (2004). Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. *Qual Saf Health Care*, 13, 233-234.

Burgos Rodríguez, R. (1998). Metodología de la investigación y escritura científica en clínica. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Llanes Betancourt. (2008). La educación de post grado en enfermería. Scielo (Cuba). [Documento web] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192008000100001&lng=es&nrm=iso (consultado: 08 de Abril de 2013).

Bohigas, L. (2001). Conferencia Inaugural del XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial: La política de Calidad en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Calidad Asistencial*, 16, 476-478.

Bowie, P., Skinner, J. & de Wet, C. (2013). Training health care professionals in root cause analysis: a cross-sectional study of post-training experiences, benefits and attitudes. *BMC Health Serv Res*, 7(13), 50.

Boydell, T.H. (1976). The identification of Training Needs. British Association for Commercial and Industrial Education. Portsmouth: Grosvenor Press.

Caballero Rodríguez, K. (2002). El concepto de “satisfacción en el trabajo” y su proyección en la enseñanza. *Profesorado, revista de currículum y formación del profesorado*, 6 (1-2). [documento web] [<http://hdl.handle.net/10481/14984>].

Calero Martín de Villores, P. (2004). La Enfermería y la Humanización. *Index Enfermería*, 13(46), 69-70.

Camacho-Bejarano, R., Barquero-González, A., Mariscal-Crespo, M.I. & Merino-Navarro, D. (2013). English in the nursing degree: a pending subject. *Rev Lat Am Enfermagem*, 21(2), 641-648.

Camerino, D., Sandri, M., Sartori, S., Conway, P.M., Campanini, P. & Costa, G. (2010). Shiftwork, work-family conflict among Italian nurses, and prevention efficacy. *Chronobiology International*, 27(5), 1105-1123.

Cammà, C., Petta, S., Cabibbo, G., Ruggeri, M., Enea, M., Bruno, R., Capursi, V., Gasbarrini, A., Alberti, A., Craxì, A. & WEF Study Group. (2013). Cost-effectiveness of boceprevir or telaprevir for previously treated patients with genotype 1 chronic hepatitis C. *J Hepatol*: [pendiente de publicar].

Campino, A., Santiesteban, E., García, M., Rueda, M. & Valls-i-Soler, A. (2013). Errores en la preparación de fármacos intravenosos en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Una potencial fuente de eventos adversos. *Anales de Pediatría*, 79 (1), 21-25.

Camps, V. (1990). *Virtudes Públicas*. Madrid: Espasa Calpe.

Cano-Caballero Gálvez, M.D. (2004). Enfermería y género. Tiempo de reflexión. *Index de Enfermería*, 13(46),1-16.

Caparrós Ruiz, A., Navarro Gómez, M.L. & Rueda Narváez, M.F. Efectos de la temporalidad sobre la formación recibida durante el empleo. *Cuadernos de Economía*, 27, 51-74.

Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J.R. & Pereira Candel, J. (2011). Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Medicina Clínica (Barc)*, 116, 789-796.

Castrillón Agudelo, M.C. (2008). Pensando en la formación de futuros profesionales de enfermería en América Latina. *Investigación y Educación en Enfermería*, 26 (2 Supl), 114-121.

Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España - CGE. (2013). Qué es el CGE. Página Oficial del Consejo General de Enfermería. [documento web] <http://www.cge.enfermundi.com> (consultado: 27 de Noviembre de 2013).

Chiavenato, I. (1998). *Administración de Recursos Humanos*. México DC: McGraw-Hill.

Christensen, M. & Lundh, A. (2013). Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD008986.

Consejo Internacional de Enfermeras - CIE. (2012). Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermera. Ginebra (Suiza): ICN – Consejo internacional de enfermeras.

Consejo Internacional de Enfermeras - CIE (2007). Describir la profesión de enfermería: Un lenguaje dinámico para la defensa. Ginebra, Suiza: Imprimerie Fornara.

Clíments Gonzalo, D., & Aguirre-Jaime, A. Enfermera amable, paciente satisfecho. (2003). Validación de una nueva escala de la satisfacción de los usuarios. *Enfermería Clínica*, 13(1), 7-15.

COEMUR - Colegio Oficial de Enfermería de Murcia. Breve Historia Colegial. [Documento web] www.enfermeriademurcia.org/index.asp?BREVE%20HISTORIA%20COLEGIAL (consultado: 5 de Abril de 2013).

COEMUR - Colegio Oficial de Enfermería de Murcia. (2013). El Colegio, Naturaleza y fines. <http://www.enfermeriademurcia.org/index.asp?NATURALEZA%20Y%20FINES> (consultado: 23 de Marzo de 2013).

Collazo Herrera, M., Cárdenas Rodríguez, J., González López, R., Miyar Abreu, R., Gálvez González, A.M. & Cosme Casulo, J. (2002). La economía de la salud: ¿debe ser de interés para el campo sanitario?. *Rev Panam Salud Publica*, 12(5), 359-365.

Conry, M.C., Humphries, N., Morgan, K., McGowan, Y., Montgomery, A., Vedhara, K., Panagopoulou, E. & Mc Gee, H. (2012). A 10 year (2000-2010) systematic review of interventions to improve quality of care in hospitals. *BMC Health Serv Res*, 24, 12:275.

Consejo Superior de Cámaras De Comercio, Industria Y Navegación. (2000). Manual de Formación en Centros de Trabajo (3ª ed.). Madrid.

Declaración conjunta de los Ministros Europeos de Educación. Declaración de Bolonia. 1999. [documento web] http://www.educacion.gob.es/boloniaensecundaria/img/Declaracion_Bolonia.pdf (*consultado*: 30 de Septiembre de 2013).

Díaz de Rada, V. (2012). Ventajas e inconvenientes de la Encuesta. *Papers*, 97(1), 193-223.

Djukic, M., Kovner, C., Budin, W.C. & Norman, R. (2010). Physical work environment: testing an expanded model of job satisfaction in a sample of registered nurses. *Nurs Res*, 59(6), 441-451.

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quartely*, 44, 166-203.

Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MC: Regents of the University of Michigan,

Donabedian, A. (1989). La calidad de la asistencia. *JANO*, 36, 103-110.

Durán, M.A., González, M.J., Serra Yoldi, I. & Torada, R. (2001). *Mujer y trabajo*. Valencia: Germania.

EEES - Espacio Europeo de Educación Superior. (2008). Bolonia hacia la convergencia. 2008. [documento web] [http://www.eees.es/es/eees-bolonia-hacia-la-convergencia-\(consultado: 09 de Septiembre de 2013\)](http://www.eees.es/es/eees-bolonia-hacia-la-convergencia-(consultado:09%20de%20Septiembre%20de%202013)).

Educación, D. C. (1999). *Declaración de Bolonia*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2013, de http://www.educacion.gob.es/boloniaensecundaria/img/Declaracion_Bolonia.pdf

Enskär, K. (2012). Being an expert nurse in pediatric oncology care: nurses' descriptions in narratives. *J Pediatr Oncol Nurs*, 29(3), 151-160.

European University Association. (2003). Progress Towards the European Higher Education AREA.; 8-9.

Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia. (2013). Memoria verificada del Grado en Enfermería. Universidad de Murcia. Murcia.

Farrell, M. (1998). National palliative care education and training need analysis. *Contemporary Nurse*, 7(2), 60-67.

Fernández Collado, E. (2003). La evaluación por competencias en enfermería en el proceso de forma integral (II). Enfermería21.com. [documento web]
<http://enfermeria21.com/educare/educare04/ensenando/ensenando2.htm>.

Fernández Fernández, P. (1994). Código Deontológico de Enfermería. *Cuadernos de Bioética*, 4, 341-345.

Fernández Losa, N. (2002). El desarrollo profesional de los trabajadores como ventaja competitiva de las empresas. *Cuadernos de Gestión*, 2(1), 65-90.

Fernández Martín, J. (2009). Manual de Calidad Asistencial. SESCAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Fernández San Martín, M.I., Villagrasa Ferrer, J.R., Gamo, M.F., Vazquez Gallego, J., Cruz Cañas, E., Aguirre Trigo, M.V. & Andradas Aragonés, V. (1995). Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*, 69, 487-497.

Ford, J., Cummins, E., Sharma, P., Elders, A., Stewart, F., Johnston, R., Royle, P., Jones, R., Mulatero, C., Todd, R. & Mowatt, G.

(2013). Systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness, and economic evaluation, of denosumab for the treatment of bone metastases from solid tumours. *Health Technol Assess: 17(29)*, 1-386.

Fowler, M.D. (2008). Modelos tradicionales y nuevos modelos para una enseñanza universitaria enmarcada en el Espacio Europeo de educación Superior. *Multiárea: Revista de didáctica*, 3; 27-38

Fullbrook, S. Professional Regulation in nursing. (2008a). Part 1: an introduction. *British Journal of Nursing*, 17(11), 712-713.

Fullbrook, S. Professional regulation. (2008b). Part 8: Government and NMC proposals. *British Journal of Nursing*, 17(19), 1238-1239.

Fundación Mujeres. (2010). Conciliación de la Vida laboral, familiar y personal. Madrid: Ministerio de Igualdad.

Furze, G. & Percy, P. (1999). Continuing education in nursing: a review of literature. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 355-363.

Gabe, M.E., Davies, G.A., Murphy, F., Davies, M., Johnstone, L. & Jordan, S. (2011). Adverse drug reactions: treatment burdens and nurse-led medication monitoring. *J Nurs Manag*, 19(3), 377-392.

García Espejo, I. & Ibáñez Pascual, M. (2013). La educación no formal. Desigualdades en el acceso a la formación de los trabajadores en España. *Revista Internacional de Sociología*. [documento web] <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/518/540> (consultado: 12 de Noviembre de 2013).

García, I. & Buendía, A. (2001). Identidad e Identificación de la enfermería. *Revista Rol de Enfermería*, 24(7-8), 530-545.

García Mejía, B. (2006). Gerencia de procesos para la organización y el control interno de empresas de salud. Madrid: ECOE Ediciones.

García Salinero, J. (2005). El estudio de las variables. NURE Investigación. [Documento web] [Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/img/contenido/formacformaciónologica/nure%2016.pdf>], (Consultado: 7 Enero 2014)

Garrido Elustondo, S., García Vallejo, R. & Nogales Aguado, P. (2002). Formación continuada en atención primaria: necesidades formativas de sus profesionales. *Atención Primaria*, 30 (6), 368-373

Gloudemans, H.A., Schalk, R.M. & Reynaert, W. (2013). The relationship between critical thinking skills and self-efficacy beliefs in mental health nurses. *Nurse Educ Today*, 33(3), 275-280.

Gómez Campos, V.M. (1983). Educación Superior, mercado del trabajo y práctica profesional. *Revista de la Educación Superior*, 12, 101-124.

Gómez Castro, M.J., Bernal Blasco, I., Guerra Cabrera, F., Mirabal Sánchez, V. & Lorenzo Riera, A. (1997). Satisfacción de los usuarios de una zona de salud, diferencias según modelo. *Rev Atención Primaria*, 20(2), 90-93.

González Jurado, M.A. (1988). Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería de España. [Documento web] [Disponible en: <http://www.enfermeriademurcia.org>], (Consultado: 10 Diciembre 2013)

González López-Valcárcel, B. (2000). Formación y empleo de profesionales sanitarios en España. Un análisis de desequilibrios. *Gaceta. Sanitaria*, 14(3), 237-246.

González López-Valcárcel, B. (2012). Planificación y Formación de profesionales sanitarios, con foco en la Atención Primaria. Informe SEPAS 2012. *Gaceta. Sanitaria*, 26(5), 46-51.

González, T., Martínez, L. & Luengo, R. (2006). Antropología de los cuidados en el ámbito académico de la enfermería en España. *Texto & Contexto de Enfermería*, 15(1), 155-161.

González Veiga, M.C., Cueto Iglesias, B. & Mato Díaz, J. (2010). ¿Qué beneficios tiene para la empresa su colaboración con el sector educativo? Un análisis de la formación de centros de trabajo desde la perspectiva empresarial. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 76, 39-58.

Gould, D., Kelly, D., White, I. & Chidgey J. (2004). Training need analysis. A literature review and reappraisal. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 471-486.

Gray-Toft, P. & Anderson, J.G. (1981). The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. *Journal of Behavioral Assessment*, 3(1), 11-23.

Hagen, B., Awosoga, O., Kellett, P. & Dei, S.O. (2013). Evaluation of undergraduate nursing student's attitudes towards statistic courses, before and after a course in applied statistics. *Nurse Educ Today*, 33, 949-55.

Hayes, B., Bonner, A. & Pryor, J. (2012). Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. *J Nurs Manag*, 18(7), 804-14.

Helewa, R.M., Kholdebarin, R. & Hochman, D.J. (2012). Attending surgeon burnout and satisfaction with the establishment of a regional acute care surgical service. *Can J Surg*, 55(5), 312-6.

Hernández Conesa, J. (1995). Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.

Hicks, C. & Hennessy, D. (1996). Applying psychometric principles to the development of a training needs analysis questionnaire

for use with health visitors, district and practice nurses. *Nursing Times Research*, 1, 442-454.

Horowitz, C., Schuman, A., Branch, W. & Frankel, R. (2003). What do doctors find meaningful about their work?. *Ann Intern Med*: 138, 772-775.

Humet, C. (1999). La responsabilidad del gestor en el impulso y seguimiento de los programas de calidad. *Revista de Calidad Asistencial*, 14, 773-780.

Instituto Nacional de Estadística - INE. (2013). Clasificación Nacional de Actividades Económicas. [documento web]. www.ine.es/inebmenu/mnu_clasifica.htm (consultado: 26 de Noviembre de 2013).

ISO-Organización Internacional de Normalización. ISO 9004:2009. Managing for the sustained success of an organization -- A quality management approach. [documento web] <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9004:ed-3:v1:es> (consultado: 09 de Septiembre de 2013).

Jadelhack, R. (2012). Health promotion in nursing and cost-effectiveness. *J Cult Divers*, 19(2), 65-8.

Jenkinson, C., Coulter, A. & Bruster, S. (2002). The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *Nt J Qual Health Care*, 14(5), 353-358.

Kalaitzidis, E. & Schmitz, K. (2012). A study of an ethics education topic for undergraduate nursing students. *Nurse Educ Today*, 32(1), 111-115.

Knight, J., Corbett, A., Smith, C., Watkins, B., Hardy, R. & Jones, G. (2012). "What made me stay?" A review of the reasons student nurses enrolled in a Bachelor of Nursing programme completed their

studies: a descriptive phenomenological study. *Nurse Educ Today*, 32(8), e62-65.

Kowitlawakul, Y., Brenkus, R. & Dugan, N. (2013). Predictors for success for first semester, second-degree Bachelor of science in Nursing students. *Int J Nurs Pract*, 19 (Suppl 1), 38-43.

Krogstad, U., Hofoss, D., Veenstra, M. & Hjortdahl, P. (2006). Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals: relevance for micro unit culture. *Human Resources for Health*, 4, 3.

Lázaro, P. (1990). Análisis de la equidad. Evaluación de Servicios Sanitarios. La alta tecnología médica en España. Madrid. Fondo de Investigaciones Sanitarias.

Lillo Crespo, M.L. (2002). Antropología, género y enfermería contemporánea. *ROL Enfermería*, 25(12), 56-62.

Lin, R.T., Chen, Y.M., Chien, L.C. & Chan, C.C. (2012). Political and social determinants of life expectancy in less developed countries: a longitudinal study. *BMC Public Health*, 27, 12:85.

Lloret, S., González-Romá, V., Luna, R. & Peiró, J.M. El cuestionario CSLPS-EAP/33. Un estudio acerca de su validez. *Psicológica*, 14, 21-31.

Locke, E.A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. Handbook of industrial and organizational psychology. Chicago: (Rand McNally): MD Dunette.

Loitegui Aldaz, J.R. (1990). Determinantes de la satisfacción laboral en empleados de la administración foral de Navarra. Madrid: Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

López Montesinos, M.J. (1998). Administrar en Enfermería, hoy. Murcia: Edita, Servicio de Publicaciones, Editum, Universidad de Murcia.

López Montesinos, M.J. (2009). Consecuencias Psicosociales del trabajo en personal de Enfermería como indicadores subjetivos de rendimiento desde el enfoque de la gestión de los Recursos Humanos. Murcia: Universidad de Murcia.

Lorber, M. & Skela Savič, B. (2012). Job satisfaction of nurses and identifying factors of job satisfaction in Slovenian Hospitals. *Croat Med J*, 53(3), 263-270.

Lu, H., Barriball, K.L., Zhang, X. & While, A.E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. *Int J Nurs Stud*, 49(8), 1017-1038.

Lu, H., While, A.E. & Barriball, K.L. (2007). Job satisfaction and its related factors: A questionnaire survey of hospital nurses in Mainland China. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 574-588.

Lubart, E., Segal, R., Rosenfeld, V., Madjar, J., Kakuriev, M. & Leibovitz, A. (2009). Geriatric training needs of nursing-home physicians. *Educational Gerontology*, 35, 416-423.

Lucas García, C., Gómez García, C.I. & Antón Hurtado, F. (2011). La comunicación interprofesional desde la cultura organizacional de la enfermería asistencial. Cultura de los cuidados: *Revista de enfermería y humanidades*, 31, 85-92.

Lundgren, S.M. & Robertsson, B. (2012). Writing a Bachelor thesis generates transferable knowledge and skills useable in nursing practice. *Nurse Educ Today*: Epub Ahead of print.

Maciá Soler, L., Orts Cortés, M.I., Galiana Sánchez, M.E. & Ors Montenegro, A. (2013). Implantación simultánea de los niveles Grado, Máster y Doctorado en Enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31(2). [documento web] <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewArticle/14121> (consultado: 30 de Septiembre de 2013).

Maciá Soler, L. & Zabalegui Yárnoz, A. (2010). Desarrollo del máster y doctorado oficial de enfermería en España. Castellón: Universidad Jaume I. Servicio de Comunicación y Publicaciones.

Manzo Rodríguez, L., Rivera Michelena, N. & Rodríguez Orozco, A.R. (2006). La educación de posgrado y su repercusión en la formación del profesional iberoamericano. *Educación Médica Superior*, 20(3). [documento web]
http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol20_03_06/ems09306.htm

Marcelo Miranda, C. & Luz Navarrete, T. (2008). Semmelweis y su aporte científico a la medicina: un lavado de manos salva vidas. *Rec Chil Infect*, 25(1), 54-57.

Markaki, A., Alegakis, A., Antonakis, N., Kalokerinou-Anagnostopolou, A. & Lionis, C. (2009). Exploring training needs of nursing staff in rural Cretan primary care settings. *Applied Nursing Research*, 22, 138-143.

Marsden, G., Wonderling, D. (2013). Cost-effectiveness analysis: role and implications. *Phlebology*, 28 (Suppl 1), 135-140.

Martín, J., Cortés, J., Morente, M., Caboblanco, M., Garijo, J. & Rodríguez, A. (2004). Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gac. Sanitaria*, 18, 129-136.

Martínez Cadaya, N. & Fernández Fernández, M.L. (2012). El rol enfermero. Cambios más significativos entre ayudante técnico sanitario y diplomado universitario en España. *Cultura de los Cuidados* (Documento web): 16 (33).
http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat5/pdf/cultura_cuidados_33.pdf

Maslow, A.H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.

McLachlan, H.L., Newton, M., Nightingale, H., Morrow, J. & Kruger, G. (2013). Exploring the "follow-through experience": A statewide survey of midwifery students and academics conducted in Victoria, Australia. *Midwifery*: [Pendiente de publicar].

McManus, I.C., Iqbal, S., Chandrarajan, A., Ferguson, E. & Leaviss, J. (2005). Unhappiness and dissatisfaction in doctors cannot be predicted by selectors from medical school application forms: a prospective, longitudinal study. *BMC Med Educ*, 13, 5:38.

Mechanic, D. (2003). Physician discontent: challenges and opportunities. *JAMA*, 290, 941-946.

Medina, F.J., Gallardo, R. & Gómez, J. (2009). La vía Máster oficial para Enfermería de Urgencias, Emergencias y cuidados críticos. *Emergencias*, 21, 283-286.

Medina Tornero, M.E. (2000). Evaluación de la calidad asistencial en Servicios Sociales. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Murcia. [documento web]
<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1996/vol2/arti2.htm> (consultado: 30 de Septiembre de 2013).

Ministerio de Sanidad y Política Social. Sistema de Información de Atención Primaria (2009) – SIAP [página web]
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/actDesarrollada.htm> (consultado: 26 de Abril de 2013).

Ministerio Educación y Ciencia. (2005). *Real Decreto 450 / 2005 sobre especialidades de Enfermería*. Madrid, España: Boletín Oficial del Estado.

Mira, J.J. & Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la Atención Sanitaria. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 114 (3), 26-33.

Mira, J.J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marí, J.N. & Buil, J.A. (1999). Concepto y Modelos de Calidad. Hacia una definición de calidad asistencial. [documento web]. <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=807> (consultado: 09 de Abril de 2013).

Mira Solves, J.J., Buil Aina, J.A., Rodríguez-Marín, J. & Aranaz Andrés, J. (1997). Calidad percibida del cuidado hospitalario: Adaptación del SERVQUAL al Hospital público. *Gac. Sanitaria*, 11(4) 176-189.

Molero Mesa, J. & Jiménez Lucena, I. (2000). Salud y Burocracia en España. Los cuerpos de Sanidad Nacional (1855-1951). *Rev. Esp. Salud Publica*, 74(mon) [documento web] http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272000000600005&lng=en&tlng=es

Montes Jiménez, J.F. (2002). La enfermera, una breve aproximación sociológica: desde dónde y hacia dónde. *Cultura de los Cuidados*, 11, 30-39.

Moore, J. (2013). Dual diagnosis: training needs and attitudes of nursing staff. *Mental Health Practice*, 16(6), 27-31.

Moracho, O., Colina, A., Amondarain, A.M., Eguirre, L., Ruiz-Álvarez, E. & Salgado, M.V. (2001). Experiencia práctica del proceso de evaluación externa con el modelo de excelencia de la EFQM en el Hospital de Zumárraga. *Rev. Calidad Asistencial*, 16, 322-329.

Moreno Millán, E. (2008). ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud?. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 20 (4), 276-284.

Murray, R. (2010). Maryland's approach in enhancing effectiveness and efficiency in healthcare delivery: comment on "Achieving cost control, care coordination, and quality improvement

through incremental payment system reform". *J Ambul Care Manage*, 33(1), 61-8; discussion 69-70.

Nash, M. (2002). The training needs of primary care nurses in relation to mental health. *Nursing Times*, 98(16), 42-44.

Ning, S., Zhong, H., Libo, W. & Qiujie, L. (2009). The impact of nurse empowerment on job satisfaction. *J Adv Nurs*, 65(12), 2642-8.

Nursing and Midwifery Council - NMC. (2008). The Code: Standards of Conduct, Performance and Ethics for Nurses and Midwives. London: NMC.

Noval, R. (2002). Aspectos médicos éticos y legales. [documento web <http://www.amaportal.com/hemeroteca/articulos/articulo1.html> (consultado: 25 de Mayo de 2011)].

Oberjé, E., de Bruin, M., Evers, S., Viechtbauer, W., Nobel, H.E., Schaalma, H., McCambridge, J., Gras, L., Tousset, E. & Prins, J. (2013). Cost-effectiveness of a nurse-based intervention (AIMS) to improve adherence among HIV-infected patients: design of a multi-centre randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res*, 13, 274.

Oberski, I., Carter, D.E., Gray, M. & Ross, J. (1999). The community gerontological nurse: themes from a needs analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 454-462.

O'Donnell, P., Farrar, A., BrintzenhofeSzoc, K., Conrad, A.P., Danis, M., Grady, C., Taylor, C. & Ulrich, C.M. (2008). Predictors of ethical stress, moral action and job satisfaction in health care social workers. *Soc Work Health Care*. 46(3), 29-51.

Oliva, C. & Hidalgo, C.G. (2004). Satisfacción Usuaría: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria. *Psykhé*, 13 (2), 173 - 186.

Organización Mundial de la Salud - OMS. (2013). Seguridad del paciente. [Página web]. <http://www.who.int/patientsafety/es/> (consultado: 10 de Septiembre de 2013).

Orbea, T. (2001). XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial: Aportación de las ISO 9000 a los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial*, 16, 484-485.

Orts, I. & Piera, A. (1998). Análisis de la formación de las enfermeras III. De los modelos de profesión y formación a contraste. *Cultura de los Cuidados*, Año II, n. (4) (2. semestre), 45-50.

Pacquiao, D.F. (2003). Cultura de los Cuidados y género y posterior debate. *Cultura de los Cuidados*, 13, 9-11.

Pagès Costas, T. (2011). Evaluación por competencias en la universidad: las competencias transversales. Barcelona: ICE y Ediciones OCTAEDRO, S.L.

Palmer, R. H., Thomas, Louis, A., Lee-Nah Hsu, Harriet F. Peterson, Janet K. Rothrock, Rose Strain, Mark S. Thompson and Elizabeth A. Wright. (1985). A Randomized Controlled Trial of Quality Assurance in Sixteen Ambulatory Care Practices. *Medical Care*, 23(6), 751-770.

Palmer, R. H. (1989). [Guaranteeing the quality of primary health care]. *Atención Primaria*, 6(4), 209-212.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of Service Quality. *J Retailing*, 64,12-40.

Peiró, J., Silla, I., Sanz, T., Rodríguez, J. &, García, J. (2004). Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria. *Psiquis*, 25, 129-140.

Peiró, J.M. & Munduate, L. (1994). Work and Organizational Psychology in Spain. *Applied Psychology. An International Review*, 43, 231-274.

Peiró, J.M. (1993). *Desencadenantes del Estrés laboral*. Salamanca: Endema.

Pérez-Ciordia, I., Guillén-Grima, F., Brugos Larumbe, A., Aguinaga Ontoso, I. & Fernández-Martínez, C. (2012). Validación de un cuestionario de mejora de la satisfacción laboral (CMSL) en profesionales de atención primaria. *An Sist Sanit Navar*, 35 (3), 413-423.

Peya Gascons, M. (2004). Un repaso a la evolución de los estudios de calidad de los cuidados enfermería. *Nursing*, 22 (9), 56-65.

Picker Institute Europe. [página web] <http://www.pickereurope.org/picker-institute-europe.html> (consultado: 26 de noviembre de 2012).

Pines, A. & Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hosp Community Psychiatry*, 29(4), 233-237.

Pérez-Ciordia, F. G. (2012). Validación de un cuestionario de mejora de la satisfacción laboral (CMSL) en profesionales de atención primaria. *An Sist Sanit Navar* , vol 35 (3): 413-423.

Poh, C.L., Parasuram, R. & Kannusamy, P. (2013). Nursing inter-shift handover process in mental health settings: a best practice implementation project. *Int J Evid Based Healthc*, 11(1), 26-32.

Real Academia de Lengua Española - RAE. (2011). *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Madrid, España.

Ranjbar Ezzatabadi, M., Bahrami, M.A., Hadizadeh, F., Arab, M., Nasiri, S., Amiresmaili, M. & Ahmadi Tehrani, G. (2012). Nurse's emotional intelligence impact on the quality of hospital services. *Iran Red Crescent Med J*, 14(12), 758-63.

Raventos, J. (2004). ¿Es hoy determinante invertir en el desarrollo de las organizaciones?. *Capital Humano*, 181, 16.

Raymond, A.N &, Hollenbeck, J.R., Gerhart, B. & Wright, P.M. (1994). *Human Resource Management: Gaining a Competitive Advantage*. Homewood: McGraw-Hill/Irwin.

Reason, J. (1997). *Managing the risk of organization accidents*. Aldershot: Ashgate,.

Rivera Román, J.F. (2002). *La formación inicial del docente en el trabajo como eje transversal*. Tesis Doctoral. Barcelona.

Riveira Vicente, R. (2005). En: IX Congreso de Ingeniería de Organización Gijón. Como mejorar la empleabilidad de los recién egresados en ingeniería industrial, en el Marco de Proceso de Bolonia. Gijón.

Robles-García, M., Dierssen-Soto, Martínez-Ochoa, E., Herrera-Carral, P., Díaz-Mendi, A.R., Llorca-Díaz, J. (2005). Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gaceta. Sanitaria*, 19 (2), 127-134.

Roca, I., Carpará, N. (1999). Las relaciones de género en el cuidado de enfermería. *Enfermería Clínica*, 9(4), 174-181.

Rodríguez, M.M., García Calvente, E. & Mateo, I. (2000). El grupo focal como técnica de investigación. *Atención Primaria*, 25(3), 181-186.

Roldán Valcárcel, M.D., Ruiz Manresa, C.D. & Serrano Bueno, B.M. (2008). Futuro de la enfermería urológica en el desarrollo de las especialidades. *Enfuro*, 106, 17-21.

Rubin, H.R., Ware Jr., J.E., Nelson, E.C. & Meterko, M. (1990). The Patient Judgments of Hospital Quality (PJHQ) Questionnaire. *Medical Care*, 28(9), S17-S18.

Ruzafa Martínez, M., Madrigal Torres, M., Velandrino Nicolás, A. & López Iborra, L. (2008). Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 434-442.

Salamano, M., Palchik, V., Botta, C., Colautti, M., Bianchi, M. & Traverso, M.L. (2013). Seguridad del paciente: aplicación de gestión de calidad para prevenir errores de medicación en el circuito de uso de medicamentos. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(1), 28-35.

Sans-Corrales, M., Pujol-Ribera, E., Gené-Badia, J., Pasarín-Rua, M.I., Iglesias-Pérez, B. & Casajuana-Brunet, J. (2006). Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract*, 23(3), 308-16.

Scott, I.A. (2000). Optimising care of acute myocardial infarction: Results of a regional quality improvement project. *J Qual Clin Pract*, 20, 12-19.

Tilley, D.S. (2008). Competency in nursing: a concept analysis. *J Contin Educ Nurs*, 39(2), 58-64; quiz 65-6, 94.

Shepherd, J. (1995). Findings of a training need analysis for qualified nurse practitioners. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 66-71.

Sierra Talamantes, C., Muñoz Izquierdo, A., Peiró Andrés, M.A., Valls Andrés, S., López López, I., Famoso Poveda, M.J, Almela Zamorano, M. & Garrigós Hernández, E.M. (2009). Elaboración de un cuestionario para medir la calidad con los cuidados de enfermería en unidades de cuidados intensivos cardiológicos desde la percepción de los pacientes. *Enfermería en Cardiología*, 47-48, 71-79.

Siles González, J. (1996). Pasado, presente y futuro de la Enfermería en España. Perspectiva Histórica y Epidemiológica. Alicante, España: CECOVA.

Sinfield, P., Baker, R., Pollard, L., Tang, M.Y. (2013). Improving the management of obesity in adults: a pilot of a method to identify important barriers to change and tailor interventions to address them. *Qual Prim Care*, 21(4), 237-46.

Sibada., M. (2009). *Competencia profesional y satisfacción laboral de las Enfermeras en homeoterapia*. Recuperado el 23 de 4 de 2013, de Revista Electrónica de Portales Médicos.: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1697/1/Competencia-Profesional-y-Satisfaccion-Laboral-de-las-Enfermeras-en-Hemoterapia.html>

Smith, J. & Topping, A. (2001). Unpacking the "value added" impact of continuing professional education: a multi-method case study approach. *Nurse Education Today*, 21, 341-349.

Snedecor, S.J., Botteman, M.F., Schaefer, K., Sarocco, P., Barry N. & Pickard, A.S. (2010). Economic outcomes of eszopiclone treatment in insomnia and comorbid major depressive disorder. *J Ment Health Policy Econ*, 13(1), 27-35.

Stavroula, L. & Cox, T. (2008). WHO - PRIMA-EF guidance on the European framework for psychosocial risk management. A resource for employers and workers representatives., Geneva.

Taylor, S.E, Braitberg, G. & Lugt, J. (2007). Multifaceted education initiative minimizes pethidine prescribing in the emergency departement. *Emerg Med Australas*, 19(1), 25-30.

JCAH - The Joint Commission Accreditation of Hospitals. (2013). The Joint Commission History. http://www.jointcommission.org/assets/1/6/Joint_Commission_History.pdf [documento web] (consultado: 25 de Abril de 2013).

Thompson, B.M., Kable, J.C., Webb, V.J. (1987). Development of a staff training programme at Wesley Hospital. *Australian Health Review*, 10, 212-219.

Thomson, O. & Kohli, H. (1997). Health promotion training needs analysis: an integral role for clinical nurses in Lankarshire, Scotland. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 507-514.

Tilley, D.S, Allen, P., Collins, C., Bridges, R.A., Francis, P. & Green, A. (2007). Promoting clinical competence: using scaffolded instruction for practice-based learning. *J Prof Nurs*, 23(5), 285-289.

Tizón Bouza, E. & Marcos Espino, M.P. (2013). ¿Es posible el uso de la evidencia científica en la formación de especialistas de enfermería comunitaria y familiar?. *ENE Revista de Enfermería*, 7(3) ,1-5.

Ureña Vilardell, V. (2001). Calidad y riesgo. Jaque al riesgo. [documento web] 1 (1). <http://www.calidadyriesgo.es/revistas/jaquealriesgo.pdf>

Ureña Vilardell, V. (2001). La calidad de la atención sanitaria: definición, historia y conceptos básicos. *Calidad y Riesgo*, 1(1), 46-66.

Villagómez, A., Hernández, C., & Villareal, R. (2003). Satisfacción laboral en médicos a seis años de distancia. *Rev Med IMSS*, 41, 399-405.

Villodres, P. C. (2004). La Enfermería y la Humanización. *Index Enferm* , 13(46): 69-70.

Wang, Y.N., Shyu, Y.I., Chen, M.C. & Yang, P.S. (2011). Reconciling work and family caregiving among adult-child family caregivers of older people with dementia: effects on role strain and depressive symptoms. *J Adv Nurs*, 67(4), 829-840.

Ward, K.T., Bates-Jensen, B., Eslami, M.S., Whiteman, E., Dattoma, L., Friedman, J.L., DeCastro, M.J. & Moore, A.A. (2008). Addressing delays in medication administration for patients transferred from the hospital to the nursing home: a pilot quality improvement project. *Am J Geriatr Pharmacother*, 6(4), 205-11.

World Health Organization - WHO. (2006). Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems. Paris, France: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

Windsor, C., Douglas, C. & Harvey, T. (2012). Nursing and competencies -a natural fit: the politics of skill/competency formation in nursing. *Nurs Ing*, 19(3), 213-222.

Woods, L.S., Perez, C. & Monroe, D. (2003). Continuing education: The emergence of thalidomide in treating advance renal cell carcinoma. *Oncol Nurs Forum*, 30(3), 501-11.

Wyke, A. (1994). The future of Medicine: New anathomy lesson, please. *The Economist*, Marzo 19, 3-18.

Zabalegui, A. & Cabrera, E. (2009). New nursing education structure in Spain. *Nurse Education Today*, 29, 500-504.

ANEXOS

“Un viaje de mil millas comienza con el primer paso.”

Lao-Tsé

ANEXOS.

Anexo 1. Código deontológico de la enfermería española

Anexo 2. Estructura de los estudios del grado de enfermería y competencias asociadas a la titulación en la Universidad de Murcia.

Anexo 3. Baremo general para la enfermera unificada

Anexo 4. Cuestionario para medir la calidad asistencial en el ámbito hospitalario SERVQHOS

Anexo 5. Estrategia de búsqueda.

Anexo 6. Lista de Leyes, Órdenes y Reales Decretos utilizados en la presente tesis doctoral

Anexo 7. Cuestionario de Toma de Datos definitivo

Anexo 8. Herramientas informáticas para el desarrollo de la página web <http://enfermeriadocente.es>

Anexo 9. Análisis pormenorizado de las necesidades de formación.

ANEXO 1. CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA

DECLARACIÓN PREVIA

La Moral Profesional no es más que una aplicación de las reglas generales de la moral al trabajo profesional del hombre, como la Ley Natural no es otra cosa que la participación de la Ley Eterna en la criatura racional.

La Deontología es el Conjunto de los deberes de los profesionales de Enfermería que ha de inspirar su conducta.

CAPÍTULO I: ÁMBITO DE APLICACIÓN

Artículo 1. Las disposiciones del presente Código obligan a todos los Enfermeros/as inscritos en los Colegios, sea cual fuere la modalidad de su ejercicio (libre, al servicio de la Sanidad Pública, Privada, etc.). También serán de aplicación para el resto de los profesionales extranjeros que por convenios o tratados internacionales puedan ejercer ocasionalmente en España.

Artículo 2. Una de las responsabilidades prioritarias del Consejo General y de los Colegios es la ordenación, en su ámbito respectivo, de la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos y dignidad de los enfermos.

Artículo 3. De conformidad con lo dispuesto en el artículo anterior, será función primordial del Consejo General y de los Colegios favorecer y exigir el cumplimiento de los deberes deontológicos de la profesión, recogidos en el presente código.

CAPÍTULO II: LA ENFERMERÍA Y EL SER HUMANO, DEBERES DE LAS ENFERMERAS/OS

Artículo 4. La Enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos que se hallan garantizados por la Constitución Española y la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Por ello, la Enfermera/o está obligada/o a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud.

Artículo 5. Consecuentemente las Enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal.

Artículo 6. En ejercicio de sus funciones, las Enfermeras/os están obligadas/os a respetar la libertad del paciente a elegir y controlar la atención que se le presta.

Artículo 7. En el ejercicio libre de la profesión, el consentimiento del paciente ha de ser obtenido, siempre, con carácter previo a cualquier intervención de la Enfermera/o. Y lo harán en reconocimiento del derecho moral que cada persona tiene a participar de forma libre y válidamente manifestada en la atención que se le preste.

Artículo 8. Cuando el enfermo no esté en condiciones físicas o psíquicas de prestar su consentimiento, la Enfermera/o tendrá que buscarlo a través de los familiares o allegados a éste.

Artículo 9. La Enfermera/o nunca empleará, ni consentirá que otros empleen, medidas de fuerza física o moral para obtener el consentimiento del paciente. En caso de ocurrir así, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades sanitarias y del Colegio Profesional respectivo con la mayor urgencia posible.

Artículo 10. Es responsabilidad de la enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando ésta se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo.

Artículo 11. De conformidad con lo indicado en el Artículo anterior, la Enfermera/o deberá informar verazmente al paciente dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información excede del nivel de su competencia, se remitirá al miembro del equipo de salud más adecuado.

Artículo 12. La Enfermera/o tendrá que valorar la situación física y psicológica del paciente antes de informarle de su real o potencial estado de salud; teniendo en cuenta, en todo momento, que éste se encuentre en condiciones y disposición de entender, aceptar o decidir por si mismo.

Artículo 13. Si la Enfermera/o es consciente de que el paciente no está preparado para recibir la información pertinente y requerida, deberá dirigirse a los familiares o allegados del mismo.

CAPÍTULO III: DERECHOS DE LOS ENFERMOS Y de los PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

Artículo 14. Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la seguridad de su persona y a la protección de la salud. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, en su familia o su domicilio.

Artículo 15. La Enfermera/o garantizará y llevará a cabo un tratamiento correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten, independientemente de cuál pueda ser el padecimiento, edad o circunstancias de dichas personas.

Artículo 16. En su comportamiento profesional, la Enfermera/o tendrá presente que la vida es un derecho fundamental del ser humano y por tanto deberá evitar realizar acciones conducentes a su menoscabo o que conduzcan a su destrucción.

Artículo 17. La Enfermera/o no podrá participar en investigaciones científicas o en tratamientos experimentales, en pacientes que estén a su cuidado, si previamente no se hubiera obtenido de ellos, o de sus familiares o responsables, el correspondiente consentimiento libre e informado.

Artículo 18. Ante un enfermo terminal, la Enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse.

Artículo 19. La Enfermera/o guardará en secreto toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo.

Artículo 20. La Enfermera/o informará al paciente de los límites del secreto profesional y no adquirirá compromisos bajo secreto que entrañen malicia o dañen a terceros o a un bien público.

Artículo 21. Cuando la Enfermera/o se vea obligada a romper el secreto profesional por motivos legales, no debe olvidar que, moralmente, su primera preocupación ha de ser la seguridad del paciente y procurará reducir al mínimo indispensable la cantidad de información revelada y el número de personas que participen del secreto.

Artículo 22. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la Enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia que deberá ser

debidamente explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ningún Enfermero/a pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho.

CAPÍTULO IV: LA ENFERMERA/O ANTE LA SOCIEDAD

Artículo 23. Las Enfermeras/os deben ayudar a detectar los efectos adversos que ejerce el medio ambiente sobre la salud de los hombre.

Artículo 24. Las Enfermeras/os deben mantenerse informados, y en condiciones de poder informar, sobre las medidas preventivas contra los riesgos de los factores ambientales, así como acerca de la conservación de los recursos actuales de que se dispone.

Artículo 25. Desde su ejercicio profesional, la Enfermera/o debe conocer, analizar, registrar y comunicar las consecuencias ecológicas de los contaminantes y su efectos nocivos sobre los seres humanos, con el fin de participar en las medidas preventivas y/o curativas que se deban adoptar.

Artículo 26. La Enfermera/o, dentro de sus funciones, debe impartir la educación relativa a la salud de la Comunidad, con el fin de contribuir a la formación de una conciencia sana sobre los problemas del medio ambiente.

Artículo 27. Las Enfermeras/os deben cooperar con las autoridades de Salud en la planificación de actividades que permitan controlar el medio ambiente y sean relativas al mejoramiento de la atención de la salud comunitaria.

Artículo 28. Las Enfermeras/os participarán en las acciones que ejercite o desarrolle la Comunidad respecto a sus propios problemas de salud.

Artículo 29. La Enfermera/o debe participar en los programas tendientes a reducir la acción nociva de los elementos químicos, biológicos o físicos causados por la industria y otras actividades humanas con el fin de contribuir a la mejora de calidad de vida de la población.

Artículo 30. La Enfermera/o participará en equipos multiprofesionales que desarrollan investigaciones epidemiológicas y experimentales dirigidas a obtener información sobre los riesgos ambientales que puedan afectar a la salud, a la mejora de calidad de vida y al trabajo, determinando las acciones y evaluando los efectos de la intervención de Enfermería.

CAPÍTULO V: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Artículo 31. El personal de Enfermería deberá colaborar en la promoción de la salud, poniendo al servicio del logro de esa función social sus conocimientos científicos y conducta ética en el desarrollo de los diferentes programas que se planifiquen con ese objetivo.

Artículo 32. Los proyectos y programas de promoción de la salud, han de respetar la integridad del grupo social teniendo en cuenta la gran diversidad de niveles socio-culturales y económicos.

Artículo 33. El personal de Enfermería deberá reconocer y conceder al grupo social el derecho que le corresponde en la promoción de la salud, permitiéndole una participación real en las decisiones que le conciernen.

Artículo 34. En el establecimiento de programas de promoción de la salud y en el reparto de los recursos disponibles, la Enfermera/o seguirá por el principio de la justicia social de dar más al más necesitado. Los conceptos de justicia social son algo más que paternalismo.

CAPÍTULO VI: LA ENFERMERÍA Y LOS DISMINUIDOS FÍSICOS, PSÍQUICOS E INCAPACITADOS.

Artículo 35. Como consecuencia de los derechos que tienen los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados a ser integrados y readaptados a la Sociedad a la que pertenecen, las Enfermeras/os pondrán a su servicio tanto sus conocimientos profesionales como su capacidad de cuidados para que, individualmente o colaborando con otros profesionales, se esfuercen en identificar las causas principales de la incapacidad con el fin de prevenirlas, curarlas o rehabilitarlas.

Artículo 36. Asimismo deberá colaborar con organismos, instituciones o asociaciones que tengan como finalidad la creación y desarrollo de servicios de prevención y atención a minusválidos e incapacitados.

Artículo 37. Igualmente deberán colaborar en la educación y formación de la Comunidad para que aquellos miembros que sufran incapacidades o minusvalías puedan ser integrados en la misma y, a través de ella, en la Sociedad.

CAPÍTULO VII: EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL DERECHO DEL NIÑO A CRECER EN SALUD Y DIGNIDAD, COMO OBLIGACIÓN ÉTICA Y RESPONSABILIDAD SOCIAL

Artículo 38. Las Enfermeras/os en su ejercicio profesional deben salvaguardar los derechos del niño.

Artículo 39. La Enfermera/o protegerá a los niños de cualquier forma de abuso y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento.

Artículo 40. En el ejercicio de su profesión la Enfermera/o promoverá la salud y el bienestar familiar a fin de que en dicho núcleo

los niños sean deseados, protegidos y cuidados de forma que puedan crecer con salud y dignidad.

Artículo 41. La Enfermera/o deberá contribuir, mediante su trabajo, y en la medida de su capacidad, a que todos los niños tengan adecuada alimentación, vivienda, educación y reciban los necesarios cuidados preventivos y curativos de salud.

Artículo 42. La Enfermera/o contribuirá a intensificar las formas de protección y cuidados destinados a los niños que tienen necesidades especiales, evitando que sean maltratados y explotados en todo su ciclo vital. También procurará la reinserción o adopción de los niños abandonados.

CAPÍTULO VIII: LA ENFERMERÍA ANTE EL DERECHO A UNA ANCIANIDAD MÁS DIGNA, SALUDABLE Y FELIZ COMO CONTRIBUCIÓN ÉTICA Y SOCIAL AL DESARROLLO ARMONIOSO DE LA SOCIEDAD.

Artículo 43. Las Enfermeras/os deben prestar atención de salud tanto al anciano enfermo como sano, al objeto de mantener su independencia, fomentando su autocuidado para garantizarle un mejoramiento de la calidad de vida.

Artículo 44. En el ámbito de su competencia profesional, la Enfermera será responsable de los programas de educación para la salud dirigidos al anciano.

Artículo 45. Las Enfermeras/os deben influir en la política de salud, para que se ponga a disposición de todos los ancianos que lo precisen, una atención de salud competente y humana. Esa atención será integral e incluirá, entre otras medidas, la adaptación material de la vivienda y el acceso a actividades de tiempo libre.

Artículo 46. La Enfermera/o debe incluir en su programas de educación, la atención integral de Enfermería al anciano.

CAPÍTULO IX: EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL DERECHO QUE TODA PERSONA TIENE A LA LIBERTAD, SEGURIDAD Y A SER RECONOCIDOS, TRATADOS Y RESPETADOS COMO SERES HUMANOS.

Artículo 47. Las Enfermeras/os deberán rechazar enérgicamente cualquier tipo de presiones que puedan ejercérselos, con la finalidad de utilizar o manipular sus conocimientos o habilidades en perjuicio de los seres humanos.

Artículo 48. Cuando se diera la circunstancia a que alude el artículo anterior, la Enfermera/o deberá, en defensa de los principios éticos de la profesión, denunciar el caso ante su Colegio. En caso necesario, éste, a través del Consejo General, pondrá en conocimiento de la Autoridad o de la opinión pública, las irregularidades indicadas, y adoptará las acciones necesarias y urgentes que el caso requiera, a fin de restablecer el orden ético alterado y defender la dignidad y libertad de los Colegiados.

Artículo 49. Ninguna Enfermera/o podrá participar en cualquier forma de tortura y métodos que permitan someter a sesiones de sufrimiento a cualquier ser humano.

Artículo 50. En caso de emergencia, la Enfermera/o está obligada/o a prestar su auxilio profesional al herido o enfermo. En situaciones de catástrofe, deberá ponerse voluntariamente a disposición de quienes coordinan los programas de ayuda sanitaria.

Artículo 51. La Enfermera/o cooperará con los organismos oportunos a solucionar los problemas de salud de presos y refugiados, ayudando en su adaptación a un nuevo modo de vida.

CAPÍTULO X: NORMAS COMUNES EN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN

Artículo 52. La Enfermera/o ejercerá su profesión con respeto a la dignidad y la singularidad de cada paciente sin hacer distinción alguna por razones de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud que le aqueje. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes.

Artículo 53. La Enfermera/o tendrá como responsabilidad profesional primordial la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados.

Artículo 54. La Enfermera/o debe adoptar las medidas necesarias para proteger al paciente cuando los cuidados que se le presten sean o puedan ser amenazados por cualquier persona.

Artículo 55. La Enfermera/o tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales, y se opondrá por igual a que se le someta a tratamientos fútiles o a que se le niegue la asistencia sanitaria.

Artículo 56. La Enfermera/o asume la responsabilidad de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de su profesión.

Artículo 57. La Enfermera/o debe ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia, cualquiera que sea el ámbito de acción.

Artículo 58. La Enfermera/o no debe aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia, en demérito del cumplimiento de sus propias funciones.

Artículo 59. La Enfermera/o nunca deberá delegar en cualquier otro miembro del equipo de salud, funciones que le son propias y para las cuales no están los demás debidamente capacitados.

Artículo 60. Será responsabilidad de la Enfermera/o actualizar constantemente sus conocimientos personales, con el fin de evitar actuaciones que puedan ocasionar la pérdida de salud o de vida de las personas que atiende.

Artículo 61. La Enfermera/o está obligada a denunciar cuantas actitudes negativas observe hacia el paciente en cualquiera de los miembros del equipo de salud. No puede hacerse cómplice de personas que descuidan deliberada y culpablemente sus deberes profesionales.

Artículo 62. Las relaciones de la Enfermera/o con sus colegas y con los restantes profesionales con quienes coopera deberán basarse en el respeto mutuo de las personas y de las funciones específicas de cada uno.

Artículo 63. Para lograr el mejor servicio a los pacientes, la Enfermera/o colaborará diligentemente con los otros miembros del equipo de salud. Respetará siempre las respectivas áreas de competencia, pero no permitirá que se le arrebate su propia autonomía profesional.

Artículo 64. La Enfermera/o debe solicitar, siempre que sea necesario, la colaboración de los miembros de otras profesiones de salud, para asegurar al público un servicio de mejor calidad.

Artículo 65. Es deber de la Enfermera/o compartir con sus colegas aquellos conocimientos y experiencias que puedan contribuir al mejor servicio de los enfermos y al fortalecimiento de la profesión.

Artículo 66. La Enfermera/o, en el trato con subordinados, superiores, colegas y otros profesionales sanitarios, se guiará siempre por las reglas de buena educación y cortesía.

Artículo 67. La Enfermera/o en las relaciones con sus colegas nunca practicará la competencia desleal, ni realizará publicidad profesional engañosa para acaparar clientes. La Enfermera/o considerará como un honor que sus colegas la llamen para que preste

cuidados de Enfermería a ellos o a sus familiares más cercanos. Es norma tradicional no exigir en esas circunstancias el pago de los honorarios devengados por los actos profesionales realizados.

Artículo 68. La Enfermera/o no aceptará hacerse cargo de un cliente que está siendo atendido por otro colega sin el previo consentimiento de éste, excepto por una causa muy justificada y en caso de urgencia.

CAPÍTULO XI: LA EDUCACIÓN Y LA INVESTIGACIÓN DE LA ENFERMERÍA

Artículo 69. La Enfermera/o no solamente estará preparada para practicar, sino que deberá poseer los conocimientos y habilidades científicas que la *lex Artis* exige en cada momento a la Enfermera competente.

Artículo 70. La Enfermera/o será consciente de la necesidad de una permanente puesta al día mediante la educación continuada y el desarrollo del conjunto de conocimientos sobre los cuales se basa su ejercicio profesional.

Artículo 71. La Enfermera/o deberá valorar sus propias necesidades de aprendizaje, buscando los recursos apropiados y siendo capaz de autodirigir su propia formación.

Artículo 72. La Enfermera/o debe asumir individual y colectivamente la responsabilidad de la educación en la Enfermería a todos sus niveles.

Artículo 73. La Enfermera/o debe procurar investigar sistemáticamente, en el campo de su actividad profesional, con el fin de mejorar los cuidados de Enfermería, desechar prácticas incorrectas y ampliar el cuerpo de conocimientos sobre los que se basa la actividad profesional.

Artículo 74. Es obligación de la Enfermera/o que participe en investigación, vigilar que la vida, la salud y la intimidad de los seres sometidos a estudio, no estén expuestas a riesgos físicos o morales desproporcionados en el curso de estas investigaciones.

Artículo 75. La Enfermera/o, al actuar ya sea como investigadora, como asistente de investigación o como experta que valora críticamente los resultados de la investigación, debe tener presentes los principios promulgados por la Declaración de Helsinki y los que regulan la ética de la publicación científica.

CAPÍTULO XII: CONDICIONES DE TRABAJO

Artículo 76. La Enfermera/o que acceda a puestos de relevancia o responsabilidad en la Administración Sanitaria o en centros sanitarios, deberá tratar en todo momento con corrección a sus colegas, aun en el caso de surgir discrepancias.

Artículo 77. Las Enfermeras/os deben trabajar para asegurar y mantener unas condiciones laborales que respeten la atención al paciente y la satisfacción de los profesionales.

Artículo 78. Aun en caso de conflictos laborales y de suspensión organizada de los servicios profesionales, la Enfermera/o tendrá presente que su primera responsabilidad es atender a los intereses de los enfermos.

Artículo 79. La Enfermera/o que participe en un conflicto laboral, tiene el deber de coordinar y comunicar las medidas adoptadas para garantizar la continuidad de los cuidados que necesitan sus pacientes.

Artículo 80. Cuando la Enfermera/o observare que las deficiencias que se dan en las instituciones sanitarias, públicas o privadas, en que presta sus servicios, pueden influir negativamente sobre la salud o la rehabilitación de los pacientes que tiene a su cargo,

deberá ponerlo en conocimiento del Colegio, para que éste tome las medidas oportunas. El Colegio, si la gravedad del caso lo requiere, lo comunicará al Consejo General, para que éste, a nivel de Estado, ejerza las acciones oportunas ante los organismos competentes y dicte las instrucciones necesarias para la debida protección de los pacientes y del personal de Enfermería.

CAPÍTULO XIII: PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA PLANIFICACIÓN SANITARIA

Artículo 81. La participación del Personal de Enfermería en la Planificación Sanitaria se ejercerá:

a) A través de los Consejos Generales y Colegios respecto a las normas y disposiciones que se dicten.

b) A través de las Enfermeras/os en la ejecución de los planes o en la elaboración de los programas locales concretos.

Artículo 82. Las Enfermeras/os deben participar plenamente, a través del Consejo General, de las Agrupaciones de Colegios o de los propios Colegios, en las comisiones de planificación y en los consejos de administración en que se decide las políticas sanitarias a nivel estatal, autonómico o provincial.

Artículo 83. Los Enfermeros/as forman parte integrante y cualificada de la asistencia sanitaria, siendo responsables de los servicios de Enfermería que dirigen.

Artículo 84. La Enfermera/o procuran estar presentes y participar activamente, a título individual y con independencia de las actuaciones corporativas, en todo el sistema nacional de salud y en sus organismos locales autonómicos y estatales.

Artículo final

El Consejo General se obliga a mantener al día el contenido de este Código Deontológico y publicará oportunamente el texto de los artículos nuevos o modificados.

NORMAS ADICIONALES

Primera. Por medio de la acción colectiva se cumple una más efectiva definición y control de calidad de los Servicios de Enfermería. Por tanto, el Consejo General de Enfermería asume la responsabilidad de preservar la autonomía profesional y la autorregulación en el control de las condiciones de trabajo, velando porque los estándares éticos de la profesión se mantengan actualizados.

Segunda. Consejo General y los Colegios Profesionales de Enfermería deben prestar continua atención a los derechos, necesidades e intereses legítimos de los profesionales de Enfermería y de las personas que reciben sus cuidados.

Tercera. Consejo General y los Colegios Profesionales de Enfermería deben adoptar actitud abierta a las diferentes corrientes que circulan en la profesión, siempre que redunde en una mejor calidad en la atención y cuidados hacia la salud de todos los ciudadanos.

Cuarta. Con el fin de asegurar el respeto y la armonía profesional entre todos sus miembros, es esencial, que exista una comunicación y colaboración constante entre el Consejo General, los Colegios Profesionales y cualquier otra asociación de Enfermería.

Quinta. Consejo General de Enfermería de España asume la responsabilidad de velar por los valores éticos de la Profesión, arbitrando las acciones pertinentes.

Sexta. Los responsables de la Organización Colegial de Enfermería de España, en cualquiera de sus niveles, miembros de Juntas de Gobierno u otros órganos de los Colegios Provinciales, de los

Consejo Autonómicos u órganos de similar rango que existan o se constituyan en el futuro, Pleno del Consejo General, y en definitiva, cuantas personas ostenten cualquier cargo electivo o de designación en la Organización Colegial, vienen especialmente obligados a guardar y hacer guardar, en la medida de sus competencias, las normas recogidas en este Código y en la normativa general de la Enfermería y su Organización Colegial.

En consecuencia, y a tenor del artículo 57.a) y c) y 58.a) del R.D. 1856/78, de 29 de junio, incurrirán en responsabilidad disciplinaria aquellos que por comisión, omisión o simple negligencia en el cumplimiento de sus funciones, se conduzcan en forma contraria a las disposiciones de este Código o de cualquier otra norma de obligado cumplimiento en materia ética o deontológica o permitan, con su abstención u omisión, que otros lo hagan sin aplicar las medidas legales a su alcance, en defensa de las reglas y preceptos éticos y deontológicos de la Enfermería.

ANEXO 2. ESTRUCTURA DE LOS ESTUDIOS DEL GRADO DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia. Plan de Estudio III aprobado en Junta de Gobierno el 9 de Julio de 1999. Homologado por el consejo de Universidades el 18/10/1999. Modificado 19/9/2000. Publicado en BOE el 12/12/2000. Vigente en la Actualidad.

Curso primero

Codigo	Nombre	Tipo
2599	Anatomía Humana	Formación básica
2600	Biología Celular e Histología	Formación básica
2601	Bioestadística	Formación básica
2605	Bioquímica	Formación básica
2606	Fisiología Humana	Formación básica
2607	Microbiología	Formación básica
2608	Nutrición Humana	Formación básica
2637	Biofísica, Radiología y Medicina Física	Formación básica
2602	Historia y Fundamentos Teóricos de la Enfermería	Obligatoria
2603	Fundamentos Básicos	Obligatoria
2604	Fundamentos Metodológicos I	Obligatoria

Curso segundo

Codigo	Nombre	Tipo
2609	Bases de Enfermería Comunitaria y Educación Para la Salud	Obligatoria.
2610	Enfermería, Discapacidad y Dependencia	Obligatoria.
2611	Farmacología Humana	Formación básica
2612	Ciencias Psicosociales Aplicadas A los Cuidados de Enfermería	Formación básica
2613	Cuidados Paliativos	Obligatoria.
2614	Enfermería del Adulto 1	Obligatoria.
2615	Atención A la Salud de la Comunidad	Obligatoria.
2616	Ética, Bioética y Legislación en Enfermería	Obligatoria.
2617	Enfermería del Adulto 2	Obligatoria.
2618	Prácticas Clínicas I	Prácticas

Curso tercero

Codigo	Nombre	Tipo
2619	Enfermería y Salud de la Mujer	Obligatoria.
2620	Enfermería de la Infancia y la Adolescencia	Obligatoria.
2621	Enfermería del Envejecimiento	Obligatoria.
2622	Enfermería de Salud Mental	Obligatoria.
2623	Habilidades Directivas y Gestión de la Calidad en Enfermería	Obligatoria.
2624	Fundamentos Metodológicos 2	Obligatoria.
2625	Cuidados Críticos	Obligatoria.
2626	Antropología de los Cuidados y Culturas de la Salud	Optativa
2627	Cambios Demográficos y Sociología de la Salud	Optativa
2628	Sociología de la Vejez	Optativa
2629	Prácticas Clínicas 2	Prácticas
2630	Cooperación Al Desarrollo e Inmigración	Optativa

Curso Cuarto

Codigo	Nombre	Tipo
2631	Práctica Clínica y Enfermería Basada en la Evidencia	Prácticas
2632	Trabajo Fin de Grado	Trabajo Fin de Grado
2633	Prácticum 1	Prácticas
2634	Prácticum 2	Prácticas
2635	Prácticum 3	Prácticas
2636	Prácticum 4	Prácticas

3.2. Competencias que los estudiantes deben adquirir durante sus estudios, y que sean exigibles para otorgar el título.

3.2.1 Competencias generales:

Formulados la finalidad, los ámbitos de desempeño profesional, los objetivos generales del título, así como los perfiles profesionales de los graduados/as en Enfermería, las competencias generales que los estudiantes deben adquirir para la obtención del título de Grado en Enfermería por la Universidad de Murcia, se han definido a partir de:

- Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias (B.O.E., de 30 de octubre).
- Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES).
- Normativa de la Universidad de Murcia para la implantación de Títulos de Grado (Consejo de Gobierno de 26 de noviembre de 2007).
- Competencias genéricas y transversales de la Universidad de Murcia para la implantación de Títulos de Grado (Consejo de Gobierno de 25 de abril de 2008).
- Libro Blanco. Título de Grado en Enfermería. Madrid, ANECA, 2004.
- Orden del Ministerio de Ciencia e Innovación, 2134/2008 de 3 julio.

3.2.1.1 Competencias Básicas

De acuerdo con lo establecido en el apartado 3.2 del Anexo I del Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, y recogido en el artículo 11.2 de la Normativa de la Universidad de Murcia para la implantación de Títulos de Grado, para lograr el Título de Graduado/a en Enfermería por la Universidad de Murcia se garantiza la obtención

como mínimo de las siguientes competencias básicas, y aquellas otras que figuren en el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES):

- CBM1. Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio.
- CBM 2. Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio.
- CBM 3. Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética.
- CBM 4. Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.
- CBM 5. Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía.

3.2.1.2. Competencias Generales/Transversales de la Universidad de Murcia

La Universidad de Murcia, ante la implantación de los títulos de Grado en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior, es consciente de la importancia de dotar a quienes acoge de unas competencias que les identifiquen como universitarios más allá de las competencias específicas desarrolladas en las diferentes titulaciones. En consecuencia, considera que existen unos contenidos formativos comunes y valores con los que se siente especialmente reconocida y que han de constituirse en seña de identidad de sus egresados, lo que constituye un valor añadido que forma parte del compromiso que como institución adquiere ante la sociedad. En el marco de este planteamiento, se definen las competencias que han de especificarse en cualquier título de Grado y, por ende, en el título de Graduado/a en Enfermería. Conforme al acuerdo de Consejo de Gobierno de 25 de abril de 2008 sobre Competencias Genéricas y Transversales de la Universidad de Murcia para la Implantación de Títulos de Grado, los estudiantes del título de Grado en Enfermería por la Universidad de Murcia habrán adquirido al finalizar sus estudios, las siguientes competencias genéricas y transversales:

- CGTU1. Ser capaz de expresarse correctamente en español en su ámbito disciplinar.
- CGTU2. Comprender y expresarse en un idioma extranjero en su ámbito disciplinar, particularmente el inglés.
- CGTU3. Ser capaz de gestionar la información y el conocimiento en su ámbito disciplinar, incluyendo saber utilizar como usuario las herramientas básicas en TIC.
- CGTU4. Considerar la ética y la integridad intelectual como valores esenciales de la práctica profesional.
- CGTU5. Ser capaz de proyectar los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridos para promover una sociedad basada en los valores de la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo.

- CGTU6. Capacidad para trabajar en equipo y para relacionarse con otras personas del mismo o distinto ámbito profesional.
- CGTU7. Desarrollar habilidades de iniciación a la investigación.

3.2.1.3. Competencias Generales del Título

- CGT1. Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables.
- CGT2. Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.
- CGT3. Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería.
- CGT4. Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.
- CGT5. Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas.
- CGT6. Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.
- CGT7. Comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional.
- CGT8. Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud – enfermedad.
- CGT9. Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas.
- CGT10. Proteger la salud y el bienestar de las personas, familia o grupos atendidos, garantizando su seguridad.
- CGT11. Establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud.
- CGT12. Conocer el código ético y deontológico de la enfermería española, comprendiendo las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.
- CGT13. Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria y utilizar adecuadamente los recursos disponibles.
- CGT14. Establecer mecanismos de evaluación, considerando los aspectos científico-técnicos y los de calidad.
- CGT15. Trabajar con el equipo de profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales.
- CGT16. Conocer los sistemas de información sanitaria.

- CGT17. Realizar los cuidados de enfermería basándose en la atención integral de salud, que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial.
- CGT18. Conocer las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente y familia, en la aplicación de cuidados paliativos que contribuyan a aliviar la situación de enfermos avanzados y terminales.

3.2.2. Competencias específicas

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS POR MÓDULOS DE MATERIAS

El plan de estudios deberá incluir como mínimo, los siguientes módulos:

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DE FORMACIÓN BÁSICA COMÚN:

- CET1. Conocer e identificar la estructura y función del cuerpo humano. Comprender las bases moleculares y fisiológicas de las células y los tejidos.
- CET2. Conocer el uso y la indicación de productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería.
- CET3. Conocer los diferentes grupos de fármacos, los principios de su autorización, uso e indicación, y los mecanismos de acción de los mismos.
- CET4. Utilización de los medicamentos, evaluando los beneficios esperados y los riesgos asociados y/o efectos derivados de su administración y consumo.
- CET5. Conocer y valorar las necesidades nutricionales de las personas sanas y con problemas de salud a lo largo del ciclo vital, para promover y reforzar pautas de conducta alimentaria saludable. Identificar los nutrientes y los alimentos en que se encuentran. Identificar los problemas nutricionales de mayor prevalencia y seleccionar las recomendaciones dietéticas adecuadas.
- CET6. Aplicar las tecnologías y sistemas de información y comunicación de los cuidados de salud.
- CET7. Conocer los procesos fisiopatológicos y sus manifestaciones y los factores de riesgo que determinan los estados de salud y enfermedad en las diferentes etapas del ciclo vital.
- CET8. Identificar las respuestas psicosociales de las personas ante las diferentes situaciones de salud (en particular, la enfermedad y el sufrimiento), seleccionando las acciones adecuadas para proporcionar ayuda en las mismas. Establecer una relación empática y respetuosa con el paciente y familia, acorde con la situación de la persona, problema de salud y etapa de desarrollo. Utilizar estrategias y habilidades que permitan una comunicación efectiva con pacientes, familias y grupos sociales, así como la expresión de sus preocupaciones e intereses.
- CET9. Reconocer las situaciones de riesgo vital y saber ejecutar maniobras de soporte vital básico y avanzado.
- CET10. Conocer e identificar los problemas psicológicos y físicos derivados de la violencia de género para capacitar al estudiante en la prevención, la detección precoz, la asistencia, y la rehabilitación de las víctimas de esta forma de violencia.

COMPETENCIAS DEL MÓDULO DE CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

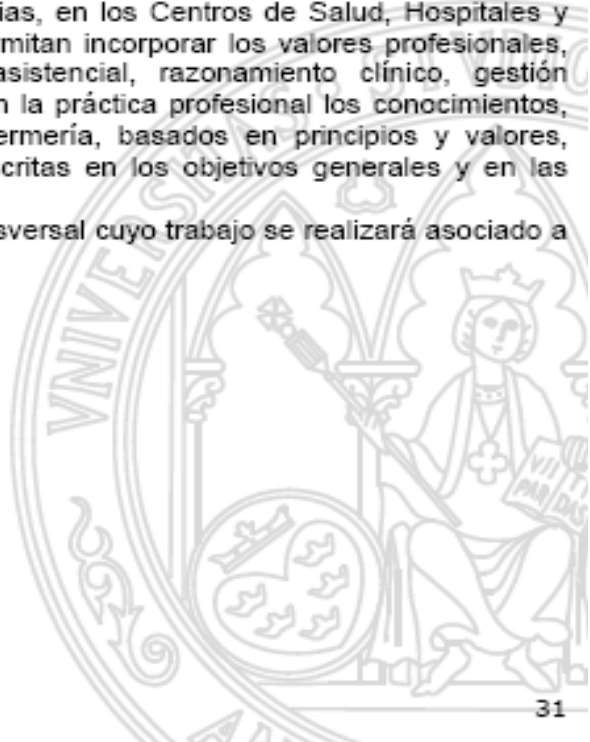
- CET11. Identificar, integrar y relacionar el concepto de salud y los cuidados, desde una perspectiva histórica, para comprender la evolución del cuidado de enfermería.
- CET12. Comprender desde una perspectiva ontológica y epistemológica, la evolución de los conceptos centrales que configuran la disciplina de enfermería, así como los modelos teóricos más relevantes, aplicando la metodología científica en el proceso de cuidar y desarrollando los planes de cuidados correspondientes.
- CET13. Aplicar el proceso de enfermería para proporcionar y garantizar el bienestar la calidad y seguridad a las personas atendidas.
- CET14. Conocer y aplicar los principios que sustentan los cuidados integrales de enfermería.
- CET15. Dirigir, evaluar y prestar los cuidados integrales de enfermería, al individuo, la familia y la comunidad.
- CET16. Capacidad para describir los fundamentos del nivel primario de salud y las actividades a desarrollar para proporcionar un cuidado integral de enfermería al individuo, la familia y la comunidad. Comprender la función y actividades y actitud cooperativa que el profesional ha de desarrollar en un equipo de Atención Primaria de Salud. Promover la participación de las personas, familia y grupos en su proceso de salud-enfermedad. Identificar los factores relacionados con la salud y los problemas del entorno, para atender a las personas en situaciones de salud y enfermedad como integrantes de una comunidad. Identificar y analizar la influencia de factores internos y externos en el nivel de salud de individuos y grupos. Aplicar los métodos y procedimientos necesarios en su ámbito para identificar los problemas de salud más relevantes en una comunidad. Analizar los datos estadísticos referidos a estudios poblacionales, identificando las posibles causas de problemas de salud. Educar, facilitar y apoyar la salud y el bienestar de los miembros de la comunidad, cuyas vidas están afectadas por problemas de salud, riesgo, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o muerte.
- CET17. Conocer las alteraciones de salud del adulto, identificando las manifestaciones que aparecen en sus distintas fases. Identificar las necesidades de cuidado derivadas de los problemas de salud. Analizar los datos recogidos en la valoración, priorizar los problemas del paciente adulto, establecer y ejecutar el plan de cuidados y realizar su evaluación. Realizar las técnicas y procedimientos de cuidados de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los enfermos y familiares. Seleccionar las intervenciones encaminadas a tratar o prevenir los problemas derivados de las desviaciones de salud. Tener una actitud cooperativa con los diferentes miembros del equipo.
- CET18. Identificar las características de las mujeres en las diferentes etapas del ciclo reproductivo y en el climaterio y en las alteraciones que se pueden presentar proporcionando los cuidados necesarios en cada etapa. Aplicar cuidados generales durante el proceso de maternidad para facilitar la adaptación de las mujeres y los neonatos a las nuevas demandas y prevenir complicaciones.
- CET19. Conocer los aspectos específicos de los cuidados del neonato. Identificar las características de las diferentes etapas de la infancia y adolescencia y los factores que condicionan el patrón normal de crecimiento y desarrollo. Conocer los problemas de salud más frecuentes en la infancia e identificar sus manifestaciones. Analizar los datos de valoración del niño, identificando los

problemas de enfermería y las complicaciones que pueden presentarse. Aplicar las técnicas que integran el cuidado de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los niños y sus cuidadores. Seleccionar las intervenciones dirigidas al niño sano y al enfermo, así como las derivadas de los métodos de diagnóstico y tratamiento. Ser capaz de proporcionar educación para la salud a los padres o cuidadores primarios.

- CET20. Comprender los cambios asociados al proceso de envejecer y su repercusión en la salud. Identificar las modificaciones estructurales, funcionales, psicológicas y de formas de vida asociadas al proceso de envejecer.
- CET21. Conocer los problemas de salud más frecuentes en las personas mayores. Seleccionar las intervenciones cuidadoras dirigidas a tratar o a prevenir los problemas de salud y su adaptación a la vida diaria mediante recursos de proximidad y apoyo a la persona anciana.
- CET22. Conocer el Sistema Sanitario Español. Identificar las características de la función directiva de los servicios de enfermería y la gestión de cuidados. Conocer y ser capaz de aplicar las técnicas de dirección de grupos.
- CET23. Conocer la legislación aplicable y el código ético y deontológico de la enfermería española, inspirado en el código europeo de ética y deontología de enfermería. Prestar cuidados, garantizando el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad, confidencialidad y capacidad de decisión de paciente y familia. Individualizar el cuidado considerando la edad, el género, las diferencias culturales, el grupo étnico, las creencias y valores.
- CET24. Conocer los problemas de salud mental más relevantes en las diferentes etapas del ciclo vital, proporcionando cuidados integrales y eficaces, en el ámbito de la enfermería.
- CET25. Conocer los cuidados paliativos y control del dolor para prestar cuidados que alivien la situación de los enfermos avanzados y terminales

PRÁCTICAS TUTELADAS Y TRABAJO DE FIN DE GRADO

- CET26. Prácticas preprofesionales, en forma de rotatorio clínico independiente y con una evaluación final de competencias, en los Centros de Salud, Hospitales y otros centros asistenciales que permitan incorporar los valores profesionales, competencias de comunicación asistencial, razonamiento clínico, gestión clínica y juicio crítico, integrando en la práctica profesional los conocimientos, habilidades y actitudes de la Enfermería, basados en principios y valores, asociados a las competencias descritas en los objetivos generales y en las materias que conforman el Título.
- CET27. Trabajo fin de grado: Materia transversal cuyo trabajo se realizará asociado a distintas materias.



ANEXO 3. BAREMO GENERAL PARA LA ENFERMERA UNIFICADA



Región de Murcia
Consejería de Sanidad Y
Política Social.



Anexo III

A) Méritos académicos (Máximo 70 puntos).

Mérito y valoración	Puntuación máxima	Documentación justificativa
<p>A.1. Expediente académico</p> <p>La valoración de este apartado será el resultado de dividir el total de puntos que se obtenga de la suma que se derive de conceder a las asignaturas o créditos exigidos para la obtención del título de A.T.S./D.U.E. el valor que a continuación se indica, por el total de asignaturas o créditos correspondientes.</p> <p>A tales efectos por cada asignatura o créditos se concederá la siguiente puntuación:</p> <p>a) Por cada matrícula de honor o sobresaliente 20 puntos.</p> <p>b) Por cada notable16 puntos. (No se valorarán las asignaturas de Religión y Educación Física).</p>	20 puntos	Certificación académica
<p>A.2. Por premio extraordinario fin de carrera o de honor en la titulación requerida para el acceso al puesto 4 puntos.</p>	4 puntos	Certificación académica o fotocopia compulsada del título en que conste dicha calificación.
<p>A.3. Por el título de Ldo. en Medicina y Cirugía, Farmacia, Ciencias Biológicas, Ciencias Químicas, Psicología o Veterinaria20 puntos.</p>	20 puntos	Certificación académica o fotocopia compulsada del título.
<p>A.4. Por cada título de especialista de A.T.S o D.U.E., reconocido por la normativa vigente y expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia5 puntos.</p>	10 puntos	Certificación académica o fotocopia compulsada del título.
<p>A.5. Por la realización de cursos que hayan sido impartidos u organizados por organismos de carácter público, Colegios Profesionales, Sociedades Científicas o que hayan sido declarados de interés científico por organismos públicos..... 0,04 puntos por hora.</p>	20 puntos	Fotocopia compulsada del diploma o del certificado acreditativo de haber realizado el curso.
<p>A.6. Por cada ponencia o comunicación presentada en Congresos o reuniones científicas convocados por organismos de carácter público o declarados de interés científico 0,50 puntos.</p>	4 puntos.	Certificado del organismo correspondiente.



Región de Murcia
 Consejería de Sanidad Y
 Política Social.



Dirección General de
 Recursos Humanos

A7. Por cada publicación de carácter científico o premio de investigación 0,50 puntos.	4 puntos	Ejemplares correspondiente (Los trabajos pendientes de publicación se justificará mediante un certificado de aceptación del Editor de la publicación). Certificado de organismo que hubier concedido el premio.
--	----------	---

B) Méritos profesionales (Máximo 200 puntos).

B.1. Por cada mes de servicios prestados en cualquier Administración Pública, a tiempo completo, desempeñando las funciones de A.T.S./D.U.E., como contratado laboral, funcionario de carrera o interino, contratado administrativo o estatutario 1,00 punto.	180 puntos	Certificado expedido por el responsable de la gestión de personal del organismo correspondiente. Certificado de vida laboral.
B2. Por cada 130 horas de trabajo mediante relación laboral, funcional o estatutaria que no lo sea a tiempo completo desempeñando las funciones de A.T.S./D.U.E. para cualquier Administración Pública 1 punto.	180 puntos	Certificado expedido por el responsable de la gestión de personal del organismo correspondiente. Certificado de vida laboral
B.3. Por cada mes completo de servicios prestados en el sector privado con relación laboral desempeñando las funciones citadas en el apartado B1..... 0,50 puntos.	60 puntos	Certificado de vida laboral. Partes de alta y baja en la Seguridad Social. Hojas de salario o nóminas.
B.4. Por tener la condición de funcionario, contratado laboral fijo o una relación estatutaria de carácter fijo con cualquier Administración Pública 20 puntos.	20 puntos	Certificado expedido por el responsable de la gestión de personal del organismo correspondiente.
B.5. Por haber superado al menos un ejercicio en las últimas pruebas selectivas convocadas por el Servicio Murciano de Salud para la misma opción estatutaria u otra que resulte equivalente, con excepción de las que correspondan a las convocatorias de promoción interna	30 puntos	Se valorará de oficio por el Servicio Murciano de Salud.



Región de Murcia
 Consejería de Sanidad Y
 Política Social.



Dirección General de
 Recursos Humanos

<p>.... 30 puntos por cada ejercicio aprobado.</p> <p>A tal efecto, se tomará como referencia para entender perfeccionado dicho mérito la fecha en la que el Tribunal calificador de las pruebas selectivas apruebe con carácter definitivo la relación de candidatos que hayan superado el correspondiente ejercicio.</p>		
<p>B.6 Por cada mes de servicios prestados para la Administración Pública en una opción o categoría distinta a la convocada, mediante una relación de carácter estatutaria, funcionarial o laboral0,20 puntos.</p>	38 puntos	Certificado expedido por el responsable de la gestión de personal del organismo correspondiente.

ANEXO 4. CUESTIONARIO PARA MEDIR LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO SERVQHOS

La calidad de la asistencia sanitaria ha sido					
	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba
Clave respuesta	1	2	3	4	5

En el Hospital XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.....					
La Tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos ha sido	1	2	3	4	5
La apariencia (limpieza y uniforme) del personal ha sido	1	2	3	4	5
Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber donde ir en el hospital han sido	1	2	3	4	5
El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido	1	2	3	4	5
El estado en que están las habitaciones del hospital (aparición, comodidad) ha sido	1	2	3	4	5
La información que los médicos proporcionan ha sido	1	2	3	4	5
El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido	1	2	3	4	5
La facilidad para llegar al hospital ha sido	1	2	3	4	5
El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La puntualidad de las consultas médicas ha sido	1	2	3	4	5
La rapidez con que consigues lo que se necesita o se pide ha sido	1	2	3	4	5
La disposición del personal para ayudarle cuando lo necesita ha sido	1	2	3	4	5
La confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente ha sido	1	2	3	4	5
La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido	1	2	3	4	5
El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La información que los médicos dan a los familiares ha sido	1	2	3	4	5
El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido	1	2	3	4	5

Marque con una **X** la casilla que mejor refleje su opinión

Indique su nivel de **satisfacción global** con los cuidados sanitarios que ha recibido durante su estancia en el hospital

Muy satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Nada satisfecho

Recomendaría este hospital a otras personas

Sin dudarlo Tengo dudas Nunca

¿Le han realizado en el hospital pruebas o intervenciones sin pedir su permiso?

Si No

¿A su juicio, ha estado ingresado en el hospital?

Menos de lo necesario El tiempo necesario Más de lo necesario

¿Conoce el nombre del médico que le atendía habitualmente?

Si No

¿Conoce el nombre de la enfermera que le atendía habitualmente?

Si No

¿Cree que ha recibido suficiente información sobre lo que le pasaba?

Si No

Durante su ingreso en el hospital ha estado en el Servicio de

El ingreso se produjo

Programado Por vía de Urgencias

Número de veces que ha estado ingresado/a en el hospital en el último año:

Por favor, recuerde contestar a todas las preguntas

ANEXO 5. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

	Identificar y analizar la adecuación del profesional de enfermería al puesto de trabajo y, estudiar otras variables como barreras formativas para el acceso a la formación.			
Descriptor (Mesh).	Nursing Servies	Nursing Team	Nursing Education Research	
	Nursing Staff	SchoolsNursing	Nursing Team	
	Nursing Staff Hospital	Specialites Nursing		
Áreas de comunicación.	Enfermería, Educación, Ciencias de la Salud, Satisfacción Laboral, Calidad Asistencial, Seguridad del Paciente, Estudios de Mercado.			
Bases de datos y metabuscadores.	Ebsco	Bvs	Csic	Scielo
	Pubmed/medline	CUIDENplus	Dialnet	Sciencedirect
	Cochrane	Guía Salud	Teseo	Tripdatabase
	Ibecs	Index	Embase	CINALH
	Elselvier	LiLacs	Intituto Joanna Briggs.	
Años publicación.	De 2000 A 2013.			

ANEXO 6. RELACIÓN DOCUMENTAL DE LEYES, ÓRDENES Y REALES DECRETOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO.

	MOTIVO DE INCLUSIÓN	Pág.
Real Decreto 992/1987 del 3 de Julio	Se regula la obtención del título de enfermero especialista	28
Ley de Convergencia Europea del 2005	Implementa en nuestra disciplina un postgrado y 3 ^{er} ciclo, o doctorado	29
Real Decreto 450/2005 sobre Especialidades de Enfermería	Establece las siguientes especialidades de enfermería	29
Real Orden del 6 de Octubre de 1877	Separa la carrera de practicante del ejercicio de dentista	31
Real Decreto del 27 de Junio de 1952	Se refunden los planes de estudio en una nueva profesión denominada asistente técnico sanitario	32
Real Decreto 1393 de 2007	Se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión enfermera	32
Orden CIN/2134/2008 de 3 de julio	Se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión enfermera	32
Orden Ministerial del 1 de Junio de 1977	Se establece el proceso de unificación de todas las especialidades de cuidados, adoptándose definitivamente el nombre de “enfermería” para todos los profesionales	32
Ley General de Sanidad de 1855	Se instituye en cada provincia un “jurado médico-farmacéutico	43

Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944	Se establece por primera vez una colegiación para enfermería	43
Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, sobre la ordenación de las profesiones sanitarias	Marco donde se establecen las bases del colegio oficial de enfermería	44
Ley 3/2013, de 3 de mayo, de modificación de la Ley 199 de Los colegios profesionales de la Región de Murcia, de 4 noviembre	Nueva normativa reguladora de los colegios de enfermería	44
Ley Orgánica de Universidades de 2005	Se introducen una serie de cambios tanto en la estructura como en el funcionamiento de las actuales enseñanzas universitarias	47
Real Decreto 1044 de 2003	Establece a su vez el procedimiento para la expedición por las universidades del suplemento europeo al título	47
Real Decreto 1125 de 2003	Establece el sistema europeo de créditos (ECTS)	47
Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre	Estatutos de la organización colegial que describen a la enfermera generalista	48
Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitaria (LOPS) de 2003	Establece que, “a las enfermeras les corresponde la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería	48
Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre	Estatutos del colegio oficial de enfermería	48
Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento	Ley que regulan el acceso al mercado laboral público	52

Administrativo Común		
Ley 7/2004, de 28 de diciembre, de Organización y Régimen Jurídico de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia	Ley que regulan el acceso al mercado laboral público	52
LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica	Establece que los profesionales sanitarios tienen la obligación de garantizar el derecho a la salud de los individuos y la sociedad	57
Plan de Calidad para la Administración General del Estado (RD 1259/1999, de 16 de julio y RD 951/2005, de 29 de julio (BOE nº 211, de 3 de septiembre)	Regula la gestión de la calidad por parte de las administraciones públicas	70
Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud	Su objetivo es “establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias	70

ANEXO 7: CUESTIONARIO DEFINITIVO DE TOMA DE DATOS

HERRAMIENTA RECOGIDA DATOS.

Bloque 1. Por favor, cumplimenta las casillas requeridas con los datos correspondientes o señalando con una según el caso.

Variables sociodemográficas y sociolaborales.

Edad.	Años:	
Sexo.	Hombre	Mujer
Área de salud.	I , II , III , IV , V , VI , VII , VIII , IX Ninguna. <input type="checkbox"/>	
Puesto de trabajo.	Hospitalaria.	Centros de AP <input type="checkbox"/>
	Unidad <input type="checkbox"/>	Centros <input type="checkbox"/>
	Hospitalización.	061
	Quirófano. <input type="checkbox"/>	Hemodonación <input type="checkbox"/>
	UCI <input type="checkbox"/>	Docencia <input type="checkbox"/>
	Urgencias. <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
	Laboratorio. <input type="checkbox"/>	
	Unidad Gestión. <input type="checkbox"/>	
Años de antigüedad en la empresa. → MESES	Años----- Meses.....	
Años de antigüedad en el puesto de trabajo. →		

MESES	Años----- Meses.....			
Tipo de contrato.	Indefinido	Temporal	En Propiedad	En Paro

Bloque 2. Por favor, a continuación señala con una la opción elegida.

Formación académica y año de finalización de estudios.

	SI NO	Año
ATS.		
DUE.		
Grado en Enfermería.		
Otra/s titulación Superior Universitaria.		
Otra/s titulación de FP.		
Especialidad.		
Máster.		
Cursos de Doctorado.		
Defensa de Suficiencia Investigadora. (o Tesina).		
Doctorado.		
Otras.		

Bloque 3. Por favor, del mismo modo que el bloque anterior, señala con una la opción elegida.

Formación continuada.

¿Ha recibido algún curso de formación continuada en los últimos 5 años? Si No				
¿Cuántos?				
<input type="text"/>				
¿Ha asistido a algún congreso, jornada, seminario, etc. en los últimos 5 años?				
<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No		
¿Cuántos?				
¿Ha trabajado desarrollando o contribuyendo en alguna actividad de formación en los últimos 5 años?				
<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No		
¿Ha trabajado desarrollando o contribuyendo en alguna actividad de investigación en los últimos 5 años?				
<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No		
¿Desempeña algún puesto de gestión/responsabilidad actualmente?				
<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No		
Tipo de puesto de gestión				
<input type="checkbox"/> Equipo de Dirección	<input type="checkbox"/> Supervisión	<input type="checkbox"/> Responsable de Docencia	<input type="checkbox"/> RRHH	<input type="checkbox"/> Otros.

Desea indicar alguno en concreto de los “otros”:

Bloque 4. Por favor, del mismo modo que el bloque anterior, señala con una la opción elegida.

Formación enfermera que le gustaría recibir (si señala más de una, priorizar numéricamente desde 1 a 12) según las siguientes temáticas:

Intensivos.		Gestión/administración.	
Geriátricos.		Metodología enfermera.	
Salud Mental.		Investigación.	
Gestión de Calidad.		Nuevas Tecnologías.	
Salud/Mujer.		Educación para la Salud.	
Pediátricos.		Otros.	
Médico-quirúrgica.			

Desea indicar alguno en concreto de los “otros”:

--

Bloque 5. Percepción personal de la formación continuada

¿Ha percibido alguna vez que necesita mayor formación para el desempeño de su actividad profesional?

Si	No
----	----

¿Se realizan cursos de formación en su centro de trabajo?

Si	No
----	----

¿La formación recibida en su centro se adecua a las necesidades de su puesto de trabajo?

Si	No
----	----

¿Cuál es su percepción en relación al acceso del mismo?

Fácil	Limitado	Regular
-------	----------	---------

¿Considera importante la calidad asistencial en su trabajo?

Mucho	Regular	Poco
-------	---------	------

¿Cree que la adecuación de formación académica al puesto de trabajo repercute en la calidad de los cuidados prestados?

Mucho	Regular	Poco
-------	---------	------

¿Incide la adecuación de formación al puesto de trabajo en la seguridad y/o presencia de efectos adversos sobre el cliente/paciente?

Mucho	Regular	Poco
-------	---------	------

¿Hay alguna barrera que impida la continuidad en su formación académica?

Si	No
----	----

Si ha marcado que si, indique las barreras:

Familia	
Economía	
Org .Laboral, turnos-horario	
Otros.	

ANEXO 8: HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS PARA EL DESARROLLO DE LA PÁGINA WEB <http://enfermeridocente.es>

Se ha desarrollado una herramienta web mediante la cual se muestran los contenidos de una encuesta y tras la selección o cumplimentación de los diversos ítems disponibles se podrá proceder al envío y registro de la misma.

La puesta en funcionamiento de esta aplicación web se ha logrado gracias al uso y manejo de los siguientes recursos informáticos de libre disposición:

1.- Servidor de base de datos MYSQL

MySQL es un sistema de administración de bases de datos (Database Management System, DBMS) para bases de datos relacionales. Utiliza múltiples tablas para almacenar y organizar la información [1].

MySQL fue escrito en C y C++ y destaca por su gran adaptación a diferentes entornos de desarrollo, permitiendo su interacción con los lenguajes de programación más utilizados como PHP, Perl y Java y su integración en distintos sistemas operativos.

También es muy destacable la condición de open source de MySQL, que hace que su utilización sea gratuita e incluso se pueda modificar con total libertad, pudiendo descargar su código fuente. Esto ha favorecido muy positivamente en su desarrollo y continuas actualizaciones, para hacer de MySQL una de las herramientas más utilizadas por los programadores orientados a Internet.

La base de datos MySQL se administra mediante comandos de texto en línea de comandos. Hacerlo así es bastante duro, y alternativamente se usan aplicaciones que abstraen de esta complejidad

de uso. Por otro lado está PhpMyAdmin, es una aplicación Web con el propósito de administrar el servidor de bases de datos y hacerlo a través de un navegador, ésta es la opción que se ha elegido para este proyecto. Se puede entre otras cosas crear, visualizar, editar, borrar usuarios, tablas o bases de datos del servidor usando solo el navegador Web [2].



Fig.A6.1: Base de Datos MySQL

2.- El servidor Web Apache

El servidor HTTP Apache es un servidor Web HTTP de código abierto para utilizar plataformas Unix (BSD, GNU/Linux, etc.), Microsoft Windows, Macintosh y otras. Entre sus principales ventajas destaca ser [3]:

- Modular.
- Código abierto.
- Multiplataforma.
- Extensible.
- Popular (se consigue fácilmente ayuda y soporte).

En cuanto a su uso:

Apache es usado principalmente para enviar páginas Web estáticas y dinámicas en la World Wide Web. Muchas aplicaciones Web están diseñadas asumiendo como ambiente de implantación a Apache, o que utilizarán características propias de este servidor Web.

Apache es el componente de servidor Web en la popular plataforma de aplicaciones LAMP (Se conoce con el término LAMP a la plataforma para desarrollo y ejecución de aplicaciones Web de alta performance dada por el uso en conjunto de Linux, Apache, MySQL y PHP [3]), junto a MySQL y los lenguajes de programación PHP/Perl/Python (y ahora también Ruby) [3].

Apache es utilizado para muchas otras tareas donde el contenido necesita ser puesto a disposición en una forma segura y confiable. Un ejemplo es la compartición de archivos desde una computadora personal hacia Internet. Un usuario que tiene Apache instalado en su escritorio puede colocar arbitrariamente archivos en la raíz de documentos de Apache, desde donde pueden ser compartidos. Los programadores de aplicaciones Web a veces utilizan una versión local de Apache con el fin de previsualizar y probar código mientras éste es desarrollado.

Sobre su configuración, decir que La mayor parte de la configuración se realiza en el fichero `apache2.conf` o incluso el `httpd.conf`, según el sistema donde esté corriendo. Cualquier cambio en este archivo requiere reiniciar el servidor, o forzar la lectura de los archivos de configuración nuevamente.

Fig.A6. 2: Servidor Apache



3.- PHP

PHP es un lenguaje de programación interpretado, diseñado originalmente para la creación de páginas Web dinámicas. Es usado principalmente para la interpretación del lado del servidor (server-side scripting), pero actualmente puede ser utilizado desde una interfaz de línea de comandos o en la creación de otros tipos de programas incluyendo aplicaciones con interfaz gráfica usando las bibliotecas Qt o GTK+. En cuanto a sus principales ventajas tenemos las siguientes [4]:

- Es un lenguaje multiplataforma.
- Orientado al desarrollo de aplicaciones Web dinámicas con acceso a información almacenada en una base de datos.
- El código fuente escrito en PHP es invisible al navegador Web y al cliente ya que es el servidor el que se encarga de ejecutar el código y enviar su resultado HTML al navegador. Esto hace que la programación en PHP sea segura y confiable.
- Capacidad de conexión con la mayoría de los motores de base de datos que se utilizan en la actualidad, destaca su conectividad con MySQL y PostgreSQL.
- Capacidad de expandir su potencial utilizando módulos (llamados ext's o extensiones).
- Posee una amplia documentación en su sitio Web oficial, entre la cual se destaca que todas las funciones del sistema están explicadas y ejemplificadas en un único archivo de ayuda.
- Es libre, por lo que se presenta como una alternativa de fácil acceso para todos.
- Permite aplicar técnicas de programación orientada a objetos.
- Biblioteca nativa de funciones sumamente amplia.

- No requiere definición de tipos de variables aunque estas se pueden evaluar también por el tipo que estén manejando en tiempo de ejecución.

- Tiene manejo de excepciones (desde PHP5).

- Si bien PHP no obliga a quien lo usa a seguir una determinada metodología a la hora de programar (muchos otros lenguajes tampoco lo hacen), aun haciéndolo, el programador puede aplicar en su trabajo cualquier técnica de programación o de desarrollo que le permita escribir código ordenado, estructurado y manejable. Un ejemplo de esto son los desarrollos que en PHP se han hecho del patrón de diseño Modelo Vista Controlador (MVC), que permiten separar el tratamiento y acceso a los datos, la lógica de control y la interfaz de usuario en tres componentes independientes.

4.- PHPMyAdmin

PHPMyAdmin es una herramienta escrita en PHP con la intención de manejar la administración de MySQL a través de páginas Web, utilizando Internet. También puede crear y eliminar Bases de Datos, crear, eliminar y alterar tablas, borrar, editar y añadir campos, ejecutar cualquier sentencia SQL, administrar claves en campos, administrar privilegios, exportar datos en varios formatos y está disponible en 62 idiomas. Se encuentra disponible bajo la licencia GPL [2].

En definitiva, se trata de un programa de código abierto en PHP, creado por una comunidad sin ánimo de lucro. Para administrar la base de datos MySQL a través de una interfaz Web. En la figura 4.3 se puede ver una ventana de acceso con identificación para el manejo de esta herramienta.

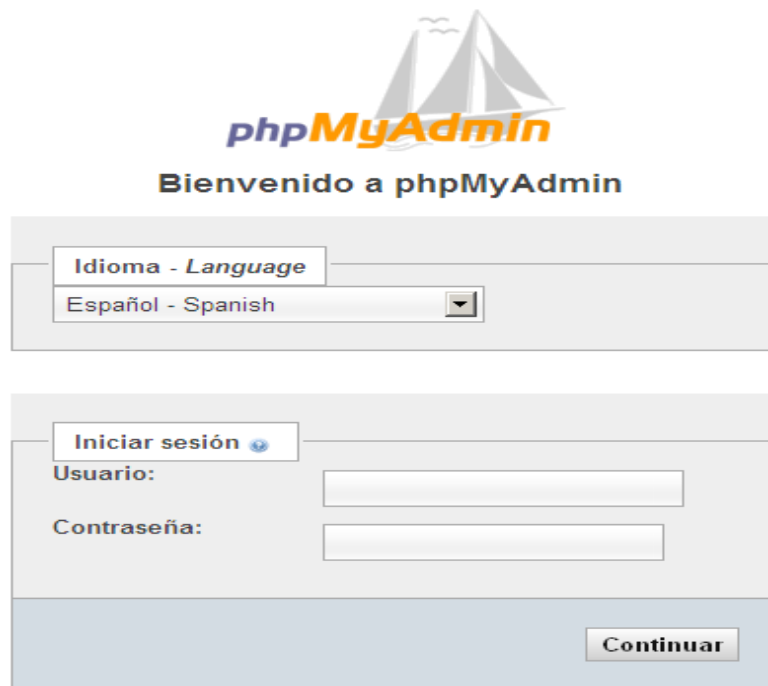


Fig.A6.3: Ventana de acceso a PHPMYADMIN

5.- JAVASCRIPT

JavaScript es un lenguaje de programación interpretado ejecutado en el navegador del usuario con el fin de mejorar la velocidad de navegación web en los años 90, fue la implementación que realizó la empresa Netscape del estándar inicial llamado ECMAScript [5]. La sintaxis de JavaScript es muy similar a la de otros lenguajes de programación como Java y C. Se define como orientado a objetos,[6] basado en prototipos, imperativo, débilmente tipado y dinámico.

Se utiliza principalmente en su forma del lado del cliente (client-side), implementado como parte de un navegador web permitiendo mejoras en la interfaz de usuario y páginas web dinámicas, en bases de datos locales al navegador...[5] aunque existe una forma de JavaScript del lado del servidor (Server-side JavaScript o SSJS). Su uso en aplicaciones externas a la web, por ejemplo en documentos PDF, aplicaciones de escritorio (mayoritariamente widgets) es también significativo.

JavaScript se diseñó con una sintaxis similar al C, aunque adopta nombres y convenciones del lenguaje de programación Java. Sin embargo Java y JavaScript no están relacionados y tienen semánticas y propósitos diferentes.

Todos los navegadores modernos interpretan el código JavaScript integrado en las páginas web. Para interactuar con una página web se provee al lenguaje JavaScript de una implementación del Document Object Model (DOM).

Tradicionalmente se venía utilizando en páginas web HTML para realizar operaciones y únicamente en el marco de la aplicación cliente, sin acceso a funciones del servidor. JavaScript se interpreta en el agente de usuario, al mismo tiempo que las sentencias van descargándose junto con el código HTML.

6.- Elaboración de la herramienta

Se han analizado algunas de las herramientas existentes en la web de acceso gratuito para la confección y elaboración de encuestas, como por ejemplo Google Drive desarrollada por la empresa Google Inc. con la que se pueden crear encuestas mediante el manejo de estructuras fijas prediseñadas del tipo: listas de comboBox, campos de texto, tablas de selección, etc.; por otro lado se ha manejado la aplicación denominada LimeSurvey que surgió a partir de una herramienta previa llamada PHPSurveyor implementada el 20 de febrero de 2003 gracias a la colaboración del desarrollador australiano de software Jason Cleeland, donde esta aplicación open source de encuestas en línea fue escrita en PHP con varias estructuras predeterminadas para la elaboración y confección de encuestas.

En ambos casos se registran una serie de resultados con índices y contenidos estáticos prefijados y no permitiendo al investigador desarrollar una encuesta que contenga campos de contenidos variables o dinámicos para acomodarlo a las necesidades que tenga cada estudio.

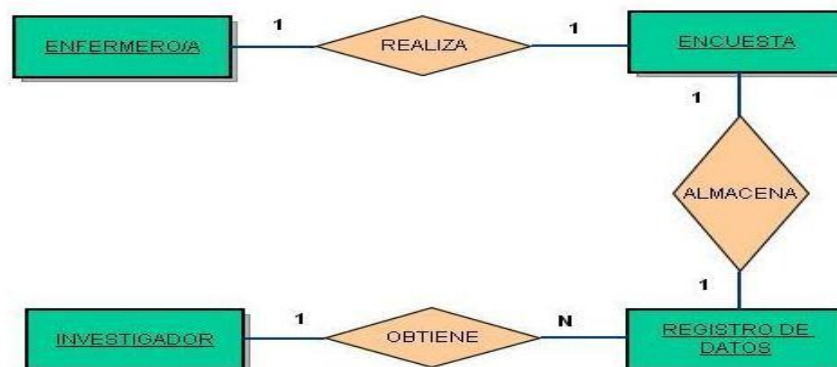
Nuestra aplicación está desarrollada de acuerdo a los requisitos de identificación para cada pregunta con el fin de poder almacenar en una base de datos aquellos valores que son de interés para nuestro estudio y permitan ayudarnos a simplificar el procedimiento de recogida de datos.

La realización de la encuesta se llevara a cabo de forma anónima a través del acceso web del Colegio de Enfermería de Murcia, pudiendo realizar la encuesta una única vez el interesado. En primera instancia, sería necesario estar registrado en web del colegio para poder realizarla y posteriormente no se permitirá rehacer de nuevo el cuestionario una vez finalizado.

7. Diseño conceptual de la base de datos. Modelo entidad-relación

Mediante el modelo entidad-relación representamos gráficamente las entidades que intervienen en el manejo de la aplicación y que relaciones tienen entre sí.

Fig.A6.4: Diagrama Entidad-Relación de la aplicación encuesta anónima web desarrollada



En la figura 4.5 podemos ver un diagrama entidad-relación donde el enfermero podrá realizar una sola encuesta y esta a su vez almacenará un registro de datos asociados a la misma, para que luego, el investigador posteriormente pueda obtener toda la información

almacenada de las encuestas realizadas para hacer un análisis de resultados. El investigador además de poder obtener el conjunto de registros almacenados en la base de datos, también ha sido el encargado del desarrollo, diseño e implementación de la aplicación web en lenguaje PHP y dispondrá de un acceso privado a la sección de recogida de dicha información.

8. Recursos utilizados para la creación de la página web:

[1] SERVIDOR DE BASE DE DATOS MySQL

[2] EL SERVIDOR WEB APACHE

[3] PHP (Apdo.4.4)

[4] PHPMyAdmin (Apdo.4.5)

[5] Introducción a JavaScript, Javier Eguiluz, 25 de marzo de 2009, autoedición, licencia: Creative Commons No comercial - Atribución - Compartir igual (CC BY-NC-SA) 3.0; 140p.

[6] M. Domínguez-Dorado,. Todo Programación. N° 12. Págs. 48-51. Editorial Iberprensa (Madrid). DL M-13679-2004. Septiembre, 2005. *Bases de datos en el cliente con JavaScript DB.*

ANEXO 9: ANÁLISIS PORMENORIZADO DE LAS NECESIDADES DE FORMACIÓN

Tabla A1. Individuos que han demandado una determinada formación como segunda opción:

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
INTENSIVO	18	5,6
GERIÁTRICO	11	3,5
SALUD MENTAL	8	2,5
GESTIÓN DE CALIDAD	12	3,8
SALUD / MUJER	33	10,3
PEDIÁTRICOS	25	7,8
MÉDICO-QUIRÚRGICA	56	17,6
GESTIÓN / ADMINISTRACIÓN	20	6,3
METODOLOGÍA ENFERMERA	16	5,0
INVESTIGACIÓN	29	9,1
NUEVAS TECNOLOGÍAS	16	5,0
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	26	8,2
OTROS	3	0,9
Valores Perdidos: 46		
Porcentaje: 14.42		

Figura A1. Individuos que han demandado una determinada formación como segunda opción

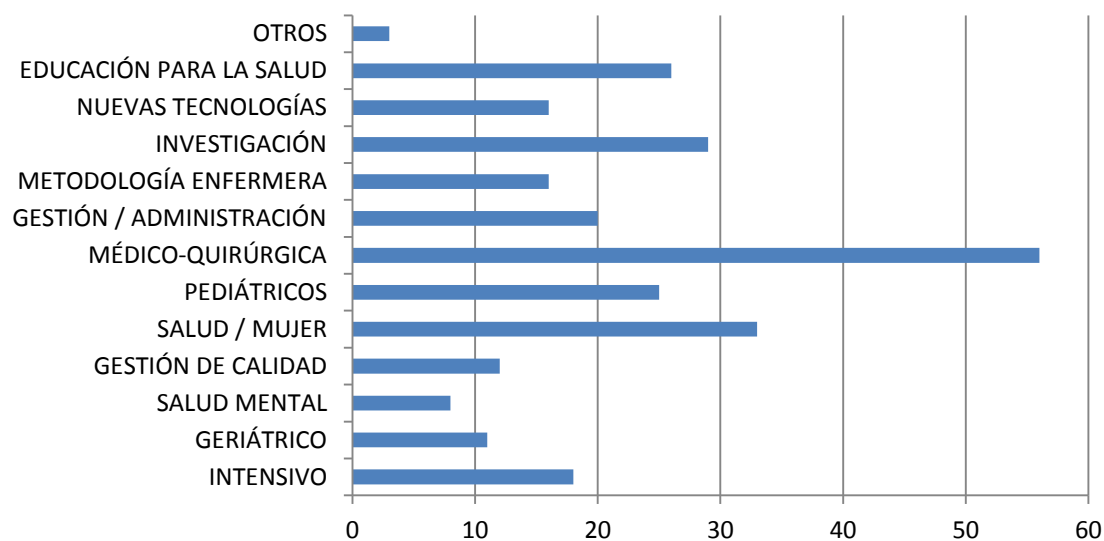


Tabla A2. Individuos que han demandado una determinada formación como 3ª opción:

	Frecuencia	Porcentaje
INTENSIVO	14	4,4
GERIÁTRICO	8	2,5
SALUD MENTAL	15	4,7
GESTIÓN DE CALIDAD	15	4,7
SALUD / MUJER	13	4,1
PEDIÁTRICOS	20	6,3
MÉDICO-QUIRÚRGICA	19	6,0
GESTIÓN / ADMINISTRACIÓN	21	6,58
METODOLOGÍA ENFERMERA	32	10,0
INVESTIGACIÓN	30	9,4
NUEVAS TECNOLOGÍAS	23	7,2
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	20	6,3
OTROS	3	0,9
Valores Perdidos: 86		
Porcentaje: 26.96		

Figura A2. Individuos que han demandado una determinada formación como 3ª opción:

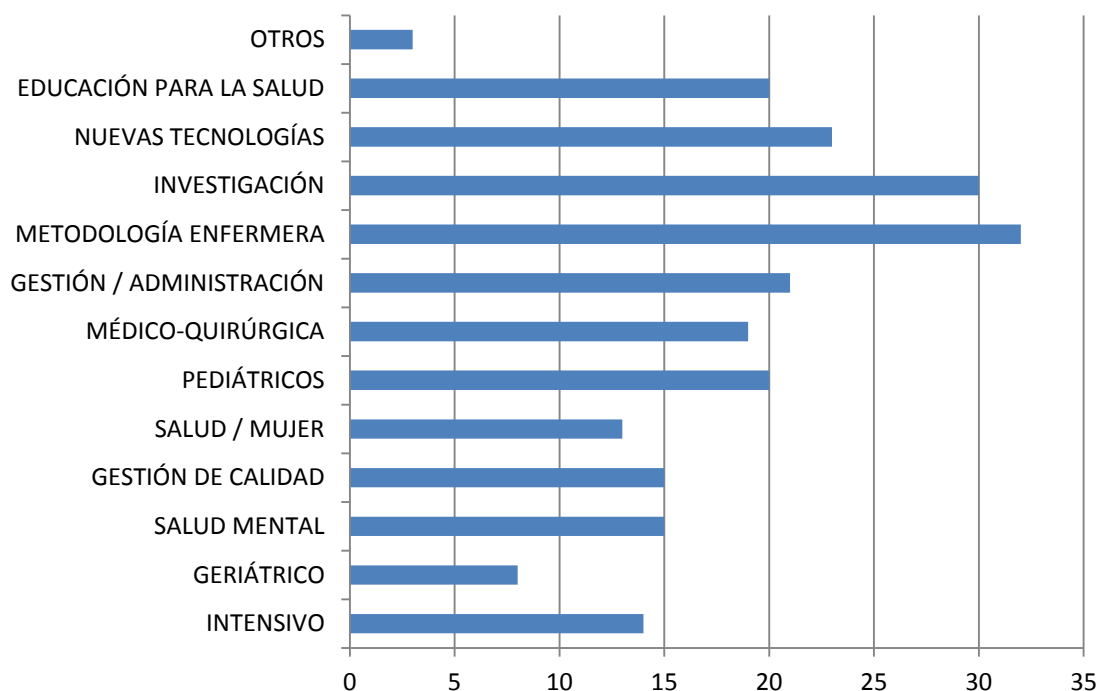


Tabla A3. Componentes de la muestra que demandan formación en Intensivos en diferentes opciones

	Frecuencia	Porcentaje
PRIMER LUGAR	71	22,3
SEGUNDO LUGAR	18	5,6
TERCER LUGAR	14	4,4
CUARTO LUGAR	9	2,8
QUINTO LUGAR	7	2,2
SEXTO LUGAR	3	0,9
SÉPTIMO LUGAR	3	0,9
OCTAVO LUGAR	3	0,9
UNDÉCIMO LUGAR	5	1,6
DUODÉCIMO LUGAR	6	1,9
N	139	43,6
Total	319	100,0

Tabla A4. Componentes de la muestra que demandan formación en Enfermería Geriátrica en diferentes opciones

	Frecuencia	Porcentaje
PRIMER LUGAR	15	4,7
SEGUNDO LUGAR	11	3,4
TERCER LUGAR	8	2,5
CUARTO LUGAR	11	3,4
QUINTO LUGAR	13	4,1
SEXTO LUGAR	5	1,6
SÉPTIMO LUGAR	4	1,3
OCTAVO LUGAR	4	1,3
NOVENO LUGAR	4	1,3
DÉCIMO LUGAR	2	0,6
UNDÉCIMO LUGAR	2	0,6
DUODÉCIMO LUGAR	6	1,9
N	85	26,6
Total	319	100,0

Tabla A5. Componentes de la muestra que demandan formación en Enfermería – Salud Mental en diferentes opciones:

	Frecuencia	Porcentaje
PRIMER LUGAR	11	3,4
SEGUNDO LUGAR	8	2,5
TERCER LUGAR	15	4,7
CUARTO LUGAR	9	2,8
QUINTO LUGAR	4	1,3
SEXTO LUGAR	5	1,6
SÉPTIMO LUGAR	7	2,2
OCTAVO LUGAR	2	0,6
NOVENO LUGAR	3	0,9
DÉCIMO LUGAR	5	1,6
UNDÉCIMO LUGAR	4	1,3
DUODÉCIMO LUGAR	5	1,6
N	78	24,5
Total	319	100,0

Tabla A6. Componentes de la muestra que demandan formación en Gestión de Calidad en diferentes opciones:

	Frecuencia	Porcentaje
PRIMER LUGAR	25	7,8
SEGUNDO LUGAR	12	3,8
TERCER LUGAR	15	4,7
CUARTO LUGAR	9	2,8
QUINTO LUGAR	6	1,9
SEXTO LUGAR	11	3,4
SÉPTIMO LUGAR	4	1,3
OCTAVO LUGAR	6	1,9
NOVENO LUGAR	7	2,2
DÉCIMO LUGAR	2	0,6
UNDÉCIMO LUGAR	4	1,3
DUODÉCIMO LUGAR	5	1,6
N	106	33,2
Perdidos	213	66,8
Total	319	100,0

Tabla A7. Componentes de la muestra que demandan formación en Salud de la Mujer en diferentes opciones:

	Frecuencia	Porcentaje
PRIMER LUGAR	17	5,3
SEGUNDO LUGAR	33	10,3
TERCER LUGAR	13	4,1
CUARTO LUGAR	15	4,7
QUINTO LUGAR	7	2,2
SEXTO LUGAR	8	2,5
SÉPTIMO LUGAR	10	3,1
OCTAVO LUGAR	3	0,9
NOVENO LUGAR	4	1,3
DÉCIMO LUGAR	3	0,9
UNDÉCIMO LUGAR	3	0,9
DUODÉCIMO LUGAR	1	0,3
N	117	36,7
Total	319	100,0

Tabla A8. Componentes de la muestra que demandan formación en Enfermería Infantil (el término pediátrico no es de enfermería) en diferentes opciones:

	Frecuencia	Porcentaje
PRIMER LUGAR	30	9,4
SEGUNDO LUGAR	25	7,8
TERCER LUGAR	20	6,3
CUARTO LUGAR	9	2,8
QUINTO LUGAR	11	3,4
SEXTO LUGAR	6	1,9
SÉPTIMO LUGAR	7	2,2
OCTAVO LUGAR	8	2,5
NOVENO LUGAR	2	0,6
DÉCIMO LUGAR	3	0,9
UNDÉCIMO LUGAR	3	0,9
DUODÉCIMO LUGAR	2	0,6
N	126	39,5
Total	319	100,0

Tabla A9. Componentes de la muestra que demandan formación en Enfermería Médico Quirúrgica en diferentes opciones:

	Frecuencia	Porcentaje
PRIMER LUGAR	44	13,8
SEGUNDO LUGAR	56	17,6
TERCER LUGAR	19	6,0
CUARTO LUGAR	17	5,3
QUINTO LUGAR	5	1,6
SEXTO LUGAR	8	2,5
SÉPTIMO LUGAR	3	0,9
OCTAVO LUGAR	5	1,6
NOVENO LUGAR	1	0,3
DÉCIMO LUGAR	5	1,6
UNDÉCIMO LUGAR	3	0,9
DUODÉCIMO LUGAR	2	0,6
N	168	52,7
Total	319	100,0

Tabla A10. Componentes de la muestra que demandan formación en Administración-Gestión en diferentes opciones:

	Frecuencia	Porcentaje
PRIMER LUGAR	9	2,8
SEGUNDO LUGAR	20	6,3
TERCER LUGAR	21	6,6
CUARTO LUGAR	13	4,1
QUINTO LUGAR	6	1,9
SEXTO LUGAR	6	1,9
SÉPTIMO LUGAR	7	2,2
OCTAVO LUGAR	5	1,6
NOVENO LUGAR	2	0,6
DÉCIMO LUGAR	2	0,6
UNDÉCIMO LUGAR	3	0,9
DUODÉCIMO LUGAR	8	2,5
N	102	32,0
Total	319	100,0

Tabla A11. Componentes de la muestra que demandan formación en Metodología Enfermera en diferentes opciones:

	Frecuencia	Porcentaje
PRIMER LUGAR	11	3,4
SEGUNDO LUGAR	16	5,0
TERCER LUGAR	32	10,0
CUARTO LUGAR	24	7,5
QUINTO LUGAR	14	4,4
SEXTO LUGAR	8	2,5
SÉPTIMO LUGAR	5	1,6
OCTAVO LUGAR	2	0,6
NOVENO LUGAR	7	2,2
DÉCIMO LUGAR	5	1,6
UNDÉCIMO LUGAR	1	0,3
DUODÉCIMO LUGAR	2	0,6
N	127	39,8
Perdidos	192	60,2
Total	319	100,0

Tabla A12. Componentes de la muestra que demandan formación en Investigación en diferentes opciones:

	Frecuencia	Porcentaje
PRIMER LUGAR	21	6,6
SEGUNDO LUGAR	29	9,1
TERCER LUGAR	30	9,4
CUARTO LUGAR	17	5,3
QUINTO LUGAR	13	4,1
SEXTO LUGAR	7	2,2
SÉPTIMO LUGAR	1	0,3
OCTAVO LUGAR	4	1,3
NOVENO LUGAR	3	0,9
DÉCIMO LUGAR	4	1,3
UNDÉCIMO LUGAR	8	2,5
DUODÉCIMO LUGAR	1	0,3
N	138	43,3
Perdidos	181	56,7
Total	319	100,0

Tabla A13. Componentes de la muestra que demandan formación en Nuevas Tecnologías en diferentes opciones:

	Frecuencia	Porcentaje
PRIMER LUGAR	17	5,3
SEGUNDO LUGAR	16	5,0
TERCER LUGAR	23	7,2
CUARTO LUGAR	22	6,9
QUINTO LUGAR	13	4,1
SEXTO LUGAR	15	4,7
SÉPTIMO LUGAR	8	2,5
OCTAVO LUGAR	6	1,9
NOVENO LUGAR	5	1,6
DÉCIMO LUGAR	8	2,5
UNDÉCIMO LUGAR	2	0,6
DUODÉCIMO LUGAR	5	1,6
N	140	43,9
Perdidos	179	56,1
Total	319	100,0

Tabla A14. Componentes de la muestra que demandan formación en EPS en diferentes opciones:

	Frecuencia	Porcentaje válido
PRIMER LUGAR	17	12,1
SEGUNDO LUGAR	16	11,4
TERCER LUGAR	23	16,4
CUARTO LUGAR	22	15,7
QUINTO LUGAR	13	9,3
SEXTO LUGAR	15	10,7
SÉPTIMO LUGAR	8	5,7
OCTAVO LUGAR	6	4,3
NOVENO LUGAR	5	3,6
DÉCIMO LUGAR	8	5,7
UNDÉCIMO LUGAR	2	1,4
DUODÉCIMO LUGAR	5	3,6
N	140	100,0
Perdidos	179	
Total	319	

Tabla A15. Componentes de la muestra que demandan formación en Otros tipos de formación en diferentes opciones:

	Frecuencia	Porcentaje
PRIMER LUGAR	20	6,3
SEGUNDO LUGAR	3	0,9
TERCER LUGAR	3	0,9
CUARTO LUGAR	4	1,3
QUINTO LUGAR	4	1,3
OCTAVO LUGAR	3	0,9
NOVENO LUGAR	1	0,3
DÉCIMO LUGAR	2	0,6
N	40	12,5
Total	319	100,0

ANEXO X. ANEXO: COMUNICACIÓN ORAL AL VI CONGRESO DE SCELE.



SOCIEDAD CIENTÍFICA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA

TÍTULO: La Formación Continuada del Profesional de Enfermería como reto en la Calidad Asistencial. [Documento web].

Disponible en:
http://www.recien.scele.org/documentos/num_5_nov_2012/resumen_comunicaciones_orales.pdf

PALABRAS CLAVE: Formación académica, adecuación al puesto de trabajo, satisfacción laboral.

Introducción: La profesión enfermera se encuentra en pleno proceso de transformación y crecimiento académico. Así, en los últimos cuatro años, la formación enfermera, ha sufrido numerosos cambios, así, hemos pasado del Diplomado en enfermería a los Grados y Posgrados, incluyendo en la formación académica Máster de profesionalización y el Doctorado propio de enfermería, para dar respuesta a las nuevas necesidades: Calidad y Orientación Profesional, se requiere de profesionales técnicamente muy bien formados y entrenados, para lograr en el menor tiempo posible una muy alta satisfacción profesional, consolidando las innovaciones en gestión emprendidas por el Ministerio de Educación y Ciencia (MEC) y adaptándose a las nuevas necesidades en el proceso de administración de Recursos Humanos de la Empresa Sanitaria.

Objetivos: Conocer la visión general del profesional de enfermería acerca de la formación continuada. Identificar las barreras e inconvenientes para el acceso a la misma. Identificar la existencia de dificultades en el profesional de enfermería para el desarrollo de la

actividad profesional. También se requiere saber qué factores han influido en el acceso de formación continuada.

Metodología: Estudio descriptivo, incidental cualitativo, retrospectivo, mediante pre-test sobre formación académica y Puesto de Trabajo a los Profesionales de Enfermería de la Región de Murcia

Resultados: El 78,9% (31 sujetos) opinó que la adecuación de su formación académica al puesto de trabajo resulta motivador para el desempeño del mismo. El 68,7% refiere tener dificultades en el acceso para la realización de cursos de formación continuada. Cabe destacar que sólo un 3% refieren no percibir la necesidad de formación continuada en el desempeño de la actividad profesional. El 89,9% estaba de acuerdo acerca de la necesidad de una formación continuada y específica para el desarrollo y desempeño del puesto de trabajo

Asimismo, entre las principales razones para que la formación continuada sea motivante se encuentra que los temas tratados estén relacionados con la Unidad o Servicio donde se desempeña la relación laboral.

Conclusiones: En los últimos años, los cambios que afectan a las profesiones sanitarias y por tanto a la enfermería, se han caracterizado por una rápida transformación hacia nuevas formas sociales. En términos generales podemos decir, que el profesional de enfermería pretende formar a profesionales enfermeros/as generalistas con preparación científica y humana y capacitación suficiente para valorar, identificar, actuar y evaluar las necesidades de salud y de cuidados de las personas sanas o enfermas de las familias y la comunidad.

Se observa un elevado grado de acuerdo en la necesidad de un perfil de formación asociado al desempeño de la actividad profesional. Este aspecto es difícil de comprender especialmente en el sector público donde la provisión de puestos de trabajo está sujeta a un marco legal que habilita procesos de selección, no suficientemente sensibles a buscar un perfil de formación adecuado para el desempeño del mismo.

Es por ello por lo que hemos centrado nuestro trabajo hacia una búsqueda de las causas y factores relacionados entre la formación continuada y el desempeño del puesto de trabajo, donde encontramos que, en enfermería, se está generando un vacío curricular en el puesto de trabajo desde la propia organización, cuyos contenidos del desempeño profesional, a diario generan factores que condicionan la adecuada prestación de cuidados y repercute en el cliente, empresa y propio profesional.

Bibliografía:

Piera Orts. Análisis de la formación de las enfermeras III de los modelos de profesión y formación a contraste. *Cultura de los Cuidados*. 1998; 4(II): 45-50.

González, T. Martínez L. Luengo R. Antropología de los cuidados en el ámbito académico de la enfermería en España. *Texto contexto Enferm, Florianópolis*, 2006; 15(1): 155-61.

López Montesinos, MJ. Administrar en enfermería, hoy. Edita, Servicio de Publicaciones, Editum, Universidad de Murcia; Murcia 1998.

Raymond, AN.; Hollenbeck, John, R.; Gerhart, B y Wright, PM. *Human Resource Management*. 1994. Gaining a Competitive Advantage. Homewood: Austen Press.

Korman, L. Psicología de la industria y de las organizaciones. Madrid.:Marova.1978.

Krueger, RA. Focus Groups: A practical Guide for Applied Research, Sage, California. 2000.

Barranco, FJ Planificación estratégica de recursos humanos. Del marketing interno a la planificación. Madrid: Pirámide. 1993.

Cherrington, DJ. The management of human resources. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 4ª ed., 1995

Chauchard, JL. *Precis de Gestion du Personnel et des Ressources Humaines*. París: Les Editions d'Organisation. 1978.

García Ferrando, M. Ibáñez, J. y Alvira Martín, F. *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación* (3ª ed.). Madrid: Ed. Alianza. 2000.

Louart, P. *Gestión de los Recursos Humanos*. Barcelona: Ediciones Gestión 2000.

Mccormick, EJ. Jeanneret, PR. y Mecham, RC. "A study of job characteristics and job dimensions based on the Position Analysis Questionnaire (PAQ)" *Journal of Applied Psychology*. Vol.56. Pág. 347-368.

Korman, A. *Psicología De La Industria Y De Las Organizaciones*. Madrid: Colección Biblioteca Marova de estudios del hombre. Madrid. 1978

Puchol L. *Dirección y Gestión de Recursos Humanos*. Madrid: ESIC. 1993.

Real Decreto 250/2005, de 21 de enero, por el que se establecen la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado. BOE núm. 21, de 25 de enero, 2005.

Real Decreto 1393/2007, de 9 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales adaptadas al Espacio Europeo de Educación Superior. BOE núm. 260, de 30 de noviembre, 2007.

Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. BOE núm. 108, de 6 de mayo, 2005.

Sánchez García J C: Selección de Personal. Guía Práctica, Ediciones España: 1993.

Sánchez Barriga, F. Técnicas de administración de recursos humanos. México: Limusa, 3ª ed. Unidad 3. 1993.

Sánchez Pérez, J. Una aproximación al factor humano desde el enfoque de recursos y capacidad. *Trabajo Norteamérica*, 11, oct. 2010.

Disponible en:

<http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/trabajo/article/view/177>. Fecha de acceso: 29 jun. 2011.

Zayas E. El Proceso de las Decisiones y de Solución de Problemas. Serie: Temas de Dirección. No. 004.ISTH. Holguín, Cuba. 1990.