

ESTRATEGIA PARTICIPATIVA PARA EL CAMBIO DE LA REALIDAD DE
ENFERMERIA. HUILA, 2012

DIEGO FERNANDO ANDRADE SANTOFIMIO
ANDRES FELIPE CHAMORRO MATTA
JORGE ENRIQUE LIZ OME
DAIRO ALEXIS SEGURA RAMIREZ

UNIVERSIDAD SUR COLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA - HUILA
2012

ESTRATEGIA PARTICIPATIVA PARA EL CAMBIO DE LA REALIDAD DE
ENFERMERIA. HUILA, 2012

DIEGO FERNANDO ANDRADE SANTOFIMIO
ANDRES FELIPE CHAMORRO MATTA
JORGE ENRIQUE LIZ OME
DAIRO ALEXIS SEGURA RAMIREZ

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Enfermero.

Asesora
DOLLY ARIAS TORRES
Enfermera Magíster en Educación y Desarrollo Comunitario
Doctora en Ciencias de la Salud
Profesora Titular Universidad Surcolombiana

UNIVERSIDAD SUR COLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA - HUILA
2012

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Diciembre del 2012

DEDICATORIA

A Dios,

A nuestros padres, y demás familiares
Que han estado allí incondicionalmente para
Ayudarnos en nuestro proceso de formación
Académica y profesional,

A nuestros amigos,
Profesores y en especial a la Dra. Dolly
Por haber creído en nosotros y ser
Pieza clave para el desarrollo de esta
Investigación.

Andrés Felipe
Dairo Alexis
Diego Fernando
Jorge Enrique

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:

A todos los participantes que se vincularon al estudio, porque sin ellos no hubiésemos logrado el desarrollo de éste.

A La Doctora en Ciencias de la Salud Dolly Arias Torres, por su magnífica y valiosa ayuda en el proceso de formación, asesoría y desarrollo de esta investigación.

Al Ph D. en Antropología Cultural Aplicada Ricardo B. Contreras y a la Enfermera maestrante Erika Alejandra Ramírez por habernos facilitado información sobre el manejo del software de procesamiento ATLAS.ti.

Por último, a todas las personas que en forma directa o indirecta han contribuido al desarrollo de esta investigación.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
2. JUSTIFICACIÓN	20
3. OBJETIVOS	21
3.1 OBJETIVO GENERAL	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4. MARCO DE REFERENCIA	22
4.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS RELACIONADOS CON EL TEMA DE ESTUDIO	22
4.2 APROXIMACION AL CONCEPTO DE IDENTIDAD	25
4.2.1 Identidad Profesional en Enfermería	27
4.2.2 Roles de Enfermería	28
4.3 DESARROLLO Y ENFERMERÍA	30
4.4 CRISIS EN EL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA	32
4.5 ¿QUÉ HACER EN TIEMPOS DE CRISIS?	32
5. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	37
6. DISEÑO METODOLÓGICO	40
6.1 TIPO DE ESTUDIO	40
6.2 POBLACIÓN	40
6.3 MUESTRA	40
6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	40
6.5 MÉTODO – TÉCNICA – INSTRUMENTO	41
6.6 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	41

	Pág.	
6.6.1	Validez	41
6.6.2	Confiabilidad	41
6.7	CONSIDERACIONES ÉTICO-PROFESIONALES	41
6.8	PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	42
6.9	PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	42
7.	DESCRIPCIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	43
7.1	DESCRIPCIÓN	43
7.2	CATEGORÍAS DEL ESTUDIO	43
7.2.1	Categoría "Identidad del profesional"	44
7.2.1.1	Subcategoría "Definición de Enfermería"	44
7.2.1.2	Subcategoría "Roles de Enfermería"	46
7.2.1.3	Subcategoría "Diferenciación del quehacer del profesional de Enfermería"	50
7.2.2	Categoría "Imagen del profesional de Enfermería"	52
7.2.2.1	Subcategoría "Imagen en las instituciones"	53
7.2.2.2	Subcategoría "Imagen en la comunidad"	56
7.2.2.3	Subcategoría "Autoimagen profesional"	60
7.2.3	Categoría "Problemática más sentida"	63
7.2.4	Categoría "Alternativas para el cambio"	65
8.	DISCUSIÓN	71
9.	CONCLUSIONES	77
10.	RECOMENDACIONES	78
	BIBLIOGRAFÍA	79
	ANEXOS	84

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Categorías de análisis	37
Tabla 2	Co-ocurrencia de la problemática más sentida	64
Tabla 3	Plan de acción formulado para el problema “Falta de una estructura organizativa”	67
Tabla 4	Plan de acción formulado para el problema “Bajo Reconocimiento salarial”	68
Tabla 5	Plan de acción formulado para el problema “deterioro de las Condiciones de trabajo”	69

LISTA DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1	Categorías del estudio	43
Figura 2	Relaciones de asociación entre las subcategorías de "Identidad Profesional"	52
Figura 3	Imagen del Profesional de Enfermería	53
Figura 4	Problemática más sentida	63
Figura 5	Alternativas para el cambio	66

LISTA DE GRAFICAS

		Pág.
Grafica 1	Co-ocurrencia en roles de Enfermería	49

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo A	Instrumento	85
Anexo B	Consentimiento informado	86
Anexo C	Formato de asistencia a grupo focal	87
Anexo D	Red sistémica con enlaces semánticos	88
Anexo E	Consolidado plan de acción	89

RESUMEN

Estudio cualitativo, tipo investigación acción participación, cuyo objetivo fue construir una estrategia participativa para el mejoramiento de las condiciones sociales y de trabajo de los enfermeros del Huila a partir de la reflexión crítica acerca de la situación socio-laboral actual y de la exploración del sentido de identidad profesional.

Población constituida por 488 Enfermeros registrados en el departamento del Huila a primero de Julio del 2012; la muestra estuvo conformada por 32 profesionales de los tres municipios del departamento que concentran más del 60% de la población de enfermeros del Huila (Neiva, Garzón y La Plata), muestreo no probabilístico, de tipo teórico.

El método utilizado para la recolección de la información fue la encuesta, como técnica se utilizó la entrevista a través de grupos focales y el instrumento, una guía. El procesamiento de la información se realizó a través del software de análisis cualitativo ATLAS.ti versión 6.2.28.

Con base en los resultados se construyeron las categorías: "Sentido de identidad profesional", "Imagen del profesional", "Problemática más sentida" y "Alternativas para el cambio". De la primera se formuló el siguiente constructo: la Enfermería es una disciplina técnico-científica, tiene como propósito brindar cuidado integral, en las diferentes dimensiones, al individuo, familia y comunidad y a su entorno; arte, acto humanista o humanizado, con visión holística y capacidad de entrega; según los sujetos de estudio uno de sus énfasis es el desarrollo de acciones de carácter administrativo en el sistema de salud colombiano.

Sobre la imagen del profesional de Enfermería en las instituciones de salud y la comunidad manifestaron que ésta depende del accionar individual y del tipo de institución donde se labore, de igual manera se expresó que la Enfermería es una profesión fundamental e indispensable en la prestación de servicios de salud pese a que no se le tiene en cuenta en la toma de decisiones administrativas y no se le reconoce económicamente en su justa proporción.

La problemática más sentida por los profesionales de Enfermería del Huila estuvo asociada a bajo reconocimiento salarial, deterioro de las condiciones de trabajo, falta de reconocimiento a su labor y baja identidad profesional. Frente a ellas se propuso la consolidación de una estructura organizativa fuerte desde donde se

debe interiorizar la situación actual para incidir en la formulación de políticas de salud y de enfermería; de igual forma se consideró importante promover el quehacer específico para el desarrollo de identidad.

Palabras claves. Agremiación, Estrategia participativa, Identidad profesional.

ABSTRACT

The following study is focused to construct a participatory strategy for improving social and labor conditions of nurses from Huila, making a critical reflection about the current situation and the exploration of the sense of professional identity. It is a qualitative study approach, type: research - action - participation.

Having a population of 488 registered nurses in the department of Huila in July first. The sample was 32 participants made up of professionals from the three municipalities of the department, where is more than 60% of the population of nurses in Huila (Neiva, Garzón and La Plata) obtained by nonrandom sample, theoretical type.

The method used for data collection was a survey, interview technique was used through focus groups, and the instrument was an interview guide. The information processing is performed using ATLAS.ti software, version 6.2.28.

For the analysis of the results were coded the participants of five focus groups: the first letter is the initial of the municipality where the interview was conducted as follows: (N) Neiva, (G) Garzón, or (P) La Plata; the second letter denotes focus group with the letter F followed by the number of the group: 1, 2, 3 and so on, and the letter P with a number assigned to each participant in their respective focus group.

The results are placed in the following categories of study: "sense of professional identity", "professional image" "worst issues" and "alternatives for change", so in the first category was obtained participants conceived Nursing as a technical-scientific discipline, aims to provide comprehensive care to the individual, family, community and common environment in different dimensions. As art, humanistic act, with holistic and delivery capabilities, and that one of its emphasis is the development of administrative actions in the Colombian health system, when have a clear definition of nursing roles is easily identified and determined the activities.

For the category of Professional Image, they said that this depends on the professional and the type of institution where laboren, generally it's a fundamental and indispensable profession in providing health services even though it does not consider them for management decisions and not have them economic recognition they deserve.

In the third category, was identified the issues that most affect nursing professionals, are the low wages and unfair working conditions. Finally as alternatives for change, was raised the unionization as a primary tool for improving their conditions.

Keywords. Unionization, participative strategy, professional identity.

INTRODUCCIÓN

Este documento contiene una propuesta participativa para el mejoramiento de las condiciones socio-laborales del profesional de Enfermería en el Huila, construida a partir de reflexiones críticas acerca de la realidad, ampliamente diagnosticada.

Se revisaron varios trabajos que ayudaron a orientar la investigación: Heredia, Felizzia, Piovano y Bonelli (2001) describieron cómo fue afectada la enfermería por las reformas en salud; Ferraz y et al (2001) analizaron, en Brasil, la dificultad para la articulación del profesional de enfermería a los servicios de salud de manera interdisciplinar; Parra y Paravic (2002) orientaron su estudio en la satisfacción del trabajador de enfermería en urgencias; Briseño & Et al (2005) abordaron la satisfacción y retribución económica del profesional de enfermería en el sector público en España; Del Rio Moro y Et al, 2005, también disertaron también disertaron sobre la satisfacción del personal en España.

En Colombia, el estudio de Castrillón, Orrego, Pérez, Ceballos y Arenas (2001) encontró disminución en las condiciones laborales, aumento de la carga laboral, inestabilidad y baja remuneración en el profesional de enfermería; en el Huila, Arias (2010) identificó déficit de personal de enfermería que induce a mayor carga laboral y desmejoramiento en la calidad de la prestación del servicio al paciente.

El documento está estructurado en cinco capítulos: objetivos general y específicos de la investigación; referente teórico en el que se resaltan los antecedentes investigativos sobre la temática de estudio, aspectos que denotan identidad profesional, desarrollo y crisis en Enfermería y qué hacer frente a ésta; diseño metodológico, resultados, conclusiones y recomendaciones.

El mayor aporte del trabajo fue la identificación de posibles razones o causas de la crisis que padecen los enfermeros del Huila y la formulación, desde la perspectiva de los sujetos de estudio, de un plan de acción para mejorar la situación socio-laboral, ampliamente diagnosticada. Se espera que en el corto plazo se dé inicio a la ejecución del plan de acción propuesto por los participantes.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según Colliere las primeras prácticas de cuidado tuvieron origen con las intervenciones maternas que aseguraban la continuidad de la vida y de la especie humana. Si bien éstas empezaron en los primeros estadios evolutivos del hombre y la mujer de una manera básica, progresivamente fueron evolucionando, pasando por el auto-cuidado con aspectos tan sencillos como la limpieza, el vestido y la alimentación, y la protección de sus congéneres hasta que en la actualidad encontramos intervenciones de alta complejidad.

Actualmente el cuidado es el eje de la profesión de enfermería, entendiendo que el acto de cuidar se encuentra ligado a la naturaleza humana, y es paralelo al desarrollo de la misma. Colliere identifica el cuidado como un recurso de las personas para procurarse los elementos necesarios para el mantenimiento de la vida y su supervivencia en condiciones de salud y/o enfermedad (Colliere, 1996). Entendiendo que el proceso de enfermería es afín al anterior postulado, podemos estar de acuerdo con Jean Watson cuando define a la enfermería como “ciencia del cuidado”. La enfermería moderna toma el concepto para fundamentar su acción sobre su objeto de acción que en su caso es el hombre/mujer; entonces la profesión se fundamenta en el cuidado de las personas y por ende de la sociedad.

De acuerdo a lo anterior, el cuidado es la esencia de la Enfermería, considerada profesión desde los tiempos de Florence Nightingale; disciplina que cuenta con un cuerpo teórico propio derivado de la investigación y la praxis que le permite diferenciarse de otras profesiones; además de definir y consolidar sus propios roles y campos de acción.

El Consejo Internacional de Enfermería CIE expone que la enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, los discapacitados y moribundos. Funciones esenciales son la defensa y fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de la salud y la gestión de los pacientes, y los sistemas de salud y la formación.

En Colombia, la Enfermería se define como una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar.

Desarrolla su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria, multiprofesional y transdisciplinaria; también aporta al trabajo sectorial e intersectorial sus conocimientos y habilidades adquiridas en su formación universitaria; esta que es actualizada mediante la experiencia, la investigación y la educación continúa.

Según la misma norma, el profesional de enfermería ejerce sus funciones en los ámbitos donde la persona vive, trabaja, estudia, se recrea y logra su desarrollo. Participando en el diseño e implementación de políticas de salud, definición de estándares de calidad del quehacer profesional, dirección de servicios e instituciones de salud, administración, investigación, docencia y otras.

Atendiendo al amplio campo de acción del enfermero, la enfermería ha tenido y tiene una responsabilidad mayor en el desarrollo de la sociedad, hecho que a la vez representa una gran oportunidad para el desarrollo de la profesión. Todo profesional de enfermería que se encuentra laborando contribuye al desarrollo de los sistemas de salud y a su vez de la sociedad.

Los aportes de Enfermería al desarrollo social y su papel protagónico dentro de los sistemas de salud, lo mismo que sus avances científicos no han tenido el reconocimiento esperado. Es más, profesionales en Enfermería no se les ha brindado las condiciones de trabajo necesarias para lograr un cuidado de calidad; situación ante la cual ha intervenido la Organización Internacional del Trabajo - OIT, organismo que ha acordado conjuntamente con los países miembros, las pautas para garantizar un mejor ambiente laboral. Dichas pautas se encuentran en el convenio 149 y la recomendación 157 de 1977 sobre empleo y condiciones de trabajo y de vida del personal de enfermería. Han pasado 35 años desde la expedición de estos dos instrumentos, y el panorama para el ejercicio profesional no es el esperado, por el contrario, parece empeorar a consecuencia de la implementación de políticas macroeconómicas que han dejado a la salud a las leyes del mercado.

Pareciera que las instituciones prestadoras de servicios de salud solo se preocupan por la calidad de la atención en abstracto y la satisfacción de los clientes externos; muy pocos se preocupan por la satisfacción del cliente interno, que es pieza fundamental en la calidad de la atención. La satisfacción del trabajador en el desempeño de sus funciones es considerada por diferentes teóricos e investigadores en ciencias sociales como un factor determinante de la calidad de la atención; Maslow, A. H. (1970) afirma que la satisfacción de las necesidades da como resultado una actitud positiva de los trabajadores, por lo tanto se establece que éste es uno de los factores prevalentes relacionados con su motivación.

Son varios los aspectos que intervienen dentro de la satisfacción de los usuarios internos, y son varios los clientes internos que encontramos en un servicio de salud. En el imaginario colectivo se piensa que las instituciones universitarias, públicas y privadas, preparan profesionales de enfermería de alta calidad, ofrecen currículos acordes a los fundamentos de la profesión, imparten conocimientos con el supuesto de que el profesional promueva el desarrollo de la enfermería, y pueda realizar un trabajo independiente y de calidad; no obstante, el panorama anteriormente descrito parece decir lo contrario. También puede ocurrir que las universidades están ofreciendo una formación de calidad pero los enfermeros se dejan absorber por el medio, no tienen identidad profesional o poco les preocupa la situación actual.

Acorde con lo anteriormente expuesto y entendiendo que el enfermero es quien conoce su situación de primera mano y por ende el indicado para plantear las propuestas de mejoramiento que contribuyan a su desarrollo profesional se planteó el siguiente interrogante de investigación

¿Qué propuestas tienen las Enfermeras (o) del Departamento del Huila para mejorar su situación socio-laboral, ampliamente diagnosticada?

2. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo investigativo tiene como fin generar una propuesta participativa con el propósito de mejorar la situación socioeconómica y laboral en la que se encuentran los profesionales de Enfermería en el Departamento del Huila. Por otra parte, de aquí se deben consolidar propuestas de renovación gremial que contribuyan al desarrollo profesional y personal de este invaluable talento humano en salud.

En el contexto local no existen investigaciones enfocadas a relatar, plantear y cambiar la realidad de un grupo laboral, por ende sería un estudio innovador y punta de lanza dentro de su clase, el cual permitirá ser la chispa de ignición para que se desarrollen más estudios descriptivos y cuantitativos de dicho tema. Este estudio será un referente para comprender la intrincada situación de la profesión en el Huila y para realizar trabajos similares en otras partes del territorio nacional.

De igual manera, éste permite generar conciencia entre el colectivo de profesionales huilenses en el área de enfermería, lo cual puede desembocar en una cooperación entre la misma.

El estudio fue factible dado que no ameritaba tiempo ni recursos inalcanzables y se contó con asesoría profesional permanente. Otro tópico a tener en cuenta, es que los municipios del Huila cuentan con vías de acceso que permiten su movilización por todo el departamento y hay un fondo de tiempo disponible para el desarrollo del mismo.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Construir una estrategia participativa para el mejoramiento de las condiciones socio-laborales de los enfermeros del Huila a partir de la reflexión crítica acerca de la situación actual y de la exploración del sentido de identidad profesional.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Explorar el sentido de identidad profesional que tienen los enfermeros del Huila.

Reflexionar con las enfermeras y enfermeros del Huila, acerca de la situación socio-laboral actual para identificar la problemática más sentida y sensibilizarlos respecto a la necesidad del cambio.

Construir de manera colectiva, a partir de las reflexiones, una estrategia para el mejoramiento de las condiciones socio-laborales.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS RELACIONADOS CON EL TEMA DE ESTUDIO

A continuación se presenta una síntesis de trabajos que dan cuenta de las actuales condiciones socio-laborales de los profesionales de enfermería:

Parra y Paravic, en “Satisfacción laboral de enfermeras que trabajan en el sistema de atención médica de urgencia (SAMU)” encontraron un alto riesgo para el desempeño de las funciones asistenciales y bajo reconocimiento monetario. Según las autoras, no existe una escala de ascenso ni transparencia en la elección de altos cargos. Todos los participantes refirieron que enfermería fue su primera opción cuando decidieron ingresar a la Universidad.

Satisfacción laboral en el personal de enfermería del sector público, por Briseño & Et al, 2005, muestra que hay una amplia conexión entre el personal de enfermería que no está satisfecho con las posibilidades de ascenso y con la remuneración recibida.

Satisfacción personal de enfermería en España, por Del Río Moro & Et al, 2005, encontró que lo que más produce insatisfacción en los enfermeros es que el trato con los pacientes se está deshumanizando llevando a la pérdida del vínculo paciente enfermero; también genera insatisfacción el que la sociedad los identifique como auxiliares de los médicos. Asimismo hallaron que la deficiencia de personal en las instituciones de salud ha contribuido a que Enfermería asuma tareas que no se corresponden con el nivel de formación, a sobrecarga laboral y a abandono institucional. También se registró baja remuneración y falta de reconocimiento económico por turnos dominicales y festivos.

En Argentina, según el estudio realizado por Heredia, Felizzia, Piovano y Bonelli, en el 2001, la situación de enfermería fue afectada por la reforma en salud de la siguiente manera: falta de relevo generacional con la consiguiente pérdida de puestos de trabajo; escasa planificación en las intervenciones de enfermería; ausencia de una estructura organizacional y la sobrecarga laboral (menos enfermeras para atender una mayor cantidad de pacientes).

Dentro del modelo de salud brasilero los profesionales de enfermería, han manifestado la dificultad para la articulación de los servicios en salud de manera interdisciplinar aunque consideran que algunos aspectos mejoraron con la reforma. Otro tópico a tener en cuenta es que se facilitó un mayor uso de equipos sofisticados y complejos a los enfermeros y la introducción de nuevos procedimientos, principalmente en el área quirúrgica (Ferraz y et al; 2001). Dentro de este mismo estudio, los profesionales verbalizaron el inconformismo por la precariedad en el pago al profesional de enfermería y un alto grado de insatisfacción con el trabajo hospitalario

En Estados Unidos, en el estado de Texas, los profesionales de enfermería participantes del estudio realizado por Drew, 2001, demostraron un inconformismo dado que la mayoría de su tiempo laboral es dedicado para la realización y cotejamiento de papelería, y no al cuidado directo del paciente como debería ser.

En México, según el estudio realizado por Paz & Martínez, 2001, el cambio en enfermería según la reforma en salud no fue significativo frente a la toma de decisiones, mejoras en el empleo y retribución salarial, puesto que el papel del enfermero no se encuentra con un suficiente posicionamiento en los niveles educativos superiores y no permiten brindar alternativas académicas para mejorar la situación del sector.

En estudio multicéntrico sobre la problemática de enfermería en América Latina, derivada del cambio en los sistemas de salud, según Guevara & Mendias, se muestra que en algunos países como México y Brasil la Enfermería no es una profesión liberal ni autónoma mientras que en países como los Estados Unidos se incluyen funciones con cuidados gerenciados e integrales. En la mayoría de países latinoamericanos donde se realizó el estudio, se identifica que al personal de enfermería se le asigna una mayor carga laboral, tareas que no son pertinentes y trabajos de secretariado, hay disminución de la seguridad en el trabajo por la modalidad de contratación debido a que no se brinda estabilidad laboral, se encuentra muy poco material para realizar intervenciones específicas de enfermería, precariedad y disminución en los salarios, insatisfacción con el trabajo hospitalario, la disminución del tiempo para el cuidado directo con el paciente. También se evidenció incremento de personal auxiliar que sustituye algunos quehaceres propios del personal profesional de enfermería. Concluye que las fuerzas generadoras de cambios como la políticas gubernamentales y la economía han forjado un sin número de problemas lesivos al sector salud y también directamente al profesional de enfermería, proletarizando aún más su fuerza de trabajo generadora de cambio e innovación.

Es de aclarar que en este estudio se recomienda la transformación de las estructuras curriculares de los programas profesionales e implementación de estándares de acreditación como medida para propiciar estrategias generadoras de cambio, transformación y desarrollo de la disciplina de enfermería.

En investigación para medir la satisfacción de enfermeros comunitarios, Gonzáles, Loconi, Sánchez & Ochoa; realizada en Lima Perú, indicó que hay insatisfacción con la relación entre el personal de enfermería y sus jefes inmediatos, manifestando que la comunicación entre ellos es vertical, lo que no promueve un nivel razonable de socialización. Los enfermeros desean una comunicación horizontal que promueva un grado razonable de socialización, contribuyendo a aumentar la dedicación y el compromiso con el trabajo. En los resultados no se encontró insatisfacción en cuanto al desempeño del rol de enfermero, por lo que podría pensarse que en enfermería comunitaria el enfermero puede desempeñar el perfil que le fue enseñado en su formación.

En Colombia, según estudio de Castrillón, Orrego, Pérez, Ceballos y Arenas; 2001, hay precarización de las condiciones laborales, aumento de la carga laboral, inestabilidad, baja remuneración, desprecio hecho que empeora con la división sexual del trabajo, al considerar a la enfermería como disciplina netamente de mujeres. Al parecer, la incursión del capital privado con su pensamiento financiero y neoliberal, el cual racionaliza el flujo de capital y minimiza gastos para generar lucro al inversionista, conlleva a la contratación con mínimas garantías prestacionales y económicas para el profesional de enfermería. A manera de conclusión el estudio demuestra que el rol y el perfil ocupacional del profesional de enfermería se han distorsionado debido a las debilidades en la formación académica, la actitud tomada por los mismos profesionales y la falta de tiempo para el cuidado directo del paciente.

En estudio realizado por Zapata, 2008; en la ciudad de Medellín, se enuncia que se considera a la profesión de enfermería netamente femenina, y por tanto se le clasifica como una disciplina con estatus social menor si se compara con otras que tradicionalmente han sido ejercidas por hombres; además, se considera que la falta de identidad y desempeño autónomo de los roles del enfermero afecta negativamente la praxis del cuidado.

En el Huila, según el estudio realizado por Arias, 2010, hay un déficit importante de personal de enfermería en las instituciones prestadoras de salud de los 37 municipios; por tal motivo implica un aumento en la carga laboral y desmejoramiento en la calidad del servicio prestado al paciente. Además en este estudio se refiere que el departamento del Huila al igual que el Tolima, mantiene la

tendencia de contratar personal auxiliar, lo que estimula que se deleguen funciones que son responsabilidad del profesional; esta situación supone un efecto negativo para la profesión por constituir un alto riesgo para la salud colectiva y afectar la calidad de atención en los servicios de salud.

Con base en estudios antes referidos, se puede identificar una tendencia al inconformismo, a la falta de identidad, a la insatisfacción laboral, a la precariedad económica y a la imposición de órdenes fuera del ámbito del ejercicio profesional de enfermería.

4.2 APROXIMACION AL CONCEPTO DE IDENTIDAD

Toda disciplina tiene una razón de ser o identidad; por ello a Enfermería le corresponde demostrar su autenticidad en el área de las Ciencias de la Salud, condición que la hace única y permite diferenciarse de otras disciplinas.

Según Habermas, referirse a la identidad no implica hablar “de algo que nos hayamos encontrado ahí, sino algo que es también y a la vez, nuestro propio proyecto” (Habermas, 1989 p.21, citado en Sayago, Chacón y Rojas). La identidad no nace de la nada, es un proceso, que se va desarrollando a medida que nos planteamos nuestras metas, parte vital del desarrollo de nuestros objetivos. De acuerdo con Etking y Schvarstein (1992, p. 8), el concepto de identidad “nos lleva a comprender cualitativamente diferente y con profundidad”. Para identificarse hay que comunicarse, transmitir mensajes y hacerse identificar por determinados conjuntos sociales, porque el fin último “de la noción de identidad es diferenciar”. Costa (1993, p. 9). No todos poseemos la misma identidad, esta hace parte tanto los valores con que nos forman como nuestras creencias que ayudan a ubicarnos en la sociedad. Morin (2001) habla de la identidad como un proceso dual, en el cual hay que enseñar al sujeto a reconocerse a sí mismo y permitirle que reconozca la diversidad inherente a todo aquello que es humano. Conciencia de sí y diversidad del otro, son esenciales para que el sujeto asuma su condición de ciudadano planetario. Por su parte, Fernández (2006, p. 102), señala que la identidad “es un proceso continuo de construcción de sentido sí mismo atendiendo a un atributo cultural o a un conjunto relacionado de atributos culturales, de los cuales se da prioridad sobre el resto de fuentes de sentido”.

Podemos referirnos a la identidad como algo que se construye diariamente, puede estar influenciado por los medios, nuestro círculo social, nuestra familia, etc. El carácter con el que somos formados nos ayuda a enfrentarnos a la sociedad, una

sociedad que espera el más mínimo descuido y hacerse para ellos lo que por derecho nos pertenece.

Según Dubar (2001), da una definición primaria dual de la identidad: “definición de sí, de lo que somos o queremos ser, hecha por nosotros mismos (identidad con frecuencia llamada individual) y definición de nosotros, hecha por los otros, en función de la pertenencia a una categoría principal (identidad a menudo llamada colectiva”. (Dubar, 2001 pág. 5). “La identidad no es otra cosa que el resultado, a la vez estable y provisorio, individual y colectivo, subjetivo y objetivo, biográfico y estructural, de los diversos procesos de socialización que, conjuntamente, construyen los individuos y definen las instituciones.” (Dubar, 1991). Estas definiciones ponen de manifiesto la identidad no como un atributo o característica sino más bien como una interrelación entre lo subjetivo y el mundo real que diariamente influye en la formación de una identidad.

Así mismo Dubar nos habla de cuatro figuras de identidad en función de la división del trabajo 1) cultural, en tanto que la identidad no puede reducirse al ámbito laboral sino al amplio espectro de la cultura; 2) de categoría, es decir, cuando se es identificado en un grupo (profesional o de oficio); 3) instrumental en función de una relación precisamente instrumental con el trabajo y 4) de status en tanto una identificación con la empresa. Además añade la identidad de empresa (por la continuidad de la carrera y el reconocimiento), de red (como rupturas voluntarias de trayectoria y reconocimiento externo), de categoría (continuidad de carrera pero sin reconocimiento) y de no trabajo (rupturas sufridas y amenazas de exclusión). Los primeros dos responden a un modelo de competencia que ha sustituido al de calificación, los otros dos a un modelo de exclusión. (Dubar, 2001) Ahora bien, estas figuras de identidad en relación con el trabajo son perpendiculares por la dualidad señalada (“identidades por sí” e “identidades por los otros).

Por su parte, Revilla (2003) profundiza en cuatro elementos constitutivos de la identidad, que denomina anclajes: “el primero relacionado con el cuerpo, expresado en apariencia física, espacio temporal, evolución y desarrollo, puestos de manifiesto en las actuaciones de cada ser”. Hace referencia a nuestra expresión corporal y de cómo nos hacemos notar frente a la sociedad y como ella nos percibe. El segundo anclaje, “el nombre propio, relativo a cómo nos conocemos y nos conocen”. Este elemento es importante, desde que nacemos se nos es otorgado un nombre al que respondemos y en ocasiones es usado como garantía en diferentes procesos y por tal nos hace responsables de nuestros actos. El tercer elemento, es referido a “la autoconciencia y la memoria; la autoconciencia es definida como la cualidad de verse y pensarse a sí mismo, asumirse como sujeto activo con una historia personal en el tiempo y en el espacio. La memoria desde la narración de sí mismo, con base en el recuerdo

selectivo, dada nuestra condición cognitiva que impide almacenar toda la información experiencial”. La autoconciencia y memoria son elementos fundamentales de la identidad; el primero, muestra los diferentes caminos que llevarán a una determinada acción y esta última, la memoria es la que permite buscar situaciones de apoyo para el actuar.

Por último, el cuarto anclaje, caracterizado por “las demandas de la interacción social fundamentada en la coherencia comunicativa y el compromiso de intercambio con los otros, exige confianza y estabilidad personal para comunicarse fácilmente, con un mínimo de conflicto y establecer negociaciones y consensos”. Ello da cabida a la representación en correspondencia con la identidad social y personal.

Según Álvarez (2004 pag.2), “La identidad profesional es concebida como una entidad individual construida en relación a un espacio de trabajo y a un grupo profesional de referencia”. “También como un fenómeno social de apropiación de modelos que se interrelacionan partir de políticas sociales y opciones políticas, en un sentido amplio. Desde esta perspectiva el estudio de la identidad profesional es sobre individuos situados en un contexto donde se están implementando estrategias de cambio que explícita o tácitamente se orientan a generar nuevos modos de operar, tanto en el plano de concepciones y herramientas conceptuales como en el de su práctica”. Entonces el ambiente en que un menor desde su nacimiento crece y se desarrolla como ser humano, influirá fuertemente en su presentación ante la sociedad y en su manera de analizar y reaccionar frente a eventualidades de su trabajo y la realización del mismo.

Es propio del concepto de identidad su carácter dinámico y de transformación permanente. Contextos de transición o de cambio, situaciones amenazantes, nuevos referentes, nuevas experiencias y los permanentes intercambios con el medio que realiza el sujeto y sus necesidades de adaptación, llevan a las personas a reacomodar aspectos de su identidad, tratando siempre de mantener una cierta coherencia y valorización de sí mismo (Camilleri, 1999) . “La identidad es entonces una entidad a la vez dinámica, en evolución permanente y relativamente estable, coherente, generando el sentimiento de continuidad y de unicidad” (Tap et al, 1990, citado por Cohen-Scali , 2000, p. 44) .

4.2.1 Identidad Profesional en Enfermería. Es ese actuar consciente, autónomo, responsable y lejos de rutinas que a veces convertimos en normas para no hacer algo diferente, donde se fundamenta la verdadera identidad profesional. No podemos continuar creyendo que la identidad se nos es dada con la construcción una gran cantidad de manuales, protocolos, modelos y otros

instrumentos que nos enmarcan en un trabajo rutinario y afanoso, que propicia más por el hacer, que por el desarrollo del ser. (Zamorano, 2008).

En el ámbito de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se identifica a la Enfermera cuando ejerce el rol directivo y orientador del equipo de salud para el desarrollo de los programas, cuando educa colectivos o pequeños grupos o a individuos usuarios de la salud. Ella, como miembro del equipo de salud, ejerce un papel clave en la acción preventiva que ofrecen las instituciones. Siempre está presente y se hace imprescindible su participación en la planeación y organización de los programas. Ella orienta las acciones a realizar: participa en la supervisión y control que se requiere para que la calidad sea elemento intrínseco de los programas, de tal manera que los usuarios superen las expectativas sobre la atención recibida. (IMS, 2009-2010)

En el ámbito de la gestión, el profesional de enfermería proyecta su identidad en la medida que comprende y asimila holísticamente la filosofía de la gestión y la administración. Filosofía que considera al hombre, sus necesidades y valores, como también el desarrollo de las instituciones.

Según Baumann (2007), la identidad profesional independientemente a su tipo de práctica, las enfermeras la han definido como profesionales comprometidos que abrazan una filosofía holística de la atención en salud.

Como profesionales, los enfermeros necesitan una práctica tal como se define en cada país y la legislación reguladora para la disciplina (Rowell 2003). Además, las políticas de las instituciones deben reconocer la importancia de la educación en curso y el aprendizaje, haciendo hincapié en el trabajo en equipo e interdisciplinario, fomentando el compañerismo, la creatividad e innovación.

4.2.2 Roles de Enfermería. El Consejo Internacional de Enfermería CIE, propone como funciones esenciales de la profesión “la defensa y el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación”.

En correspondencia con la definición del CIE, la enfermería en Colombia se ha destacado por ejercer principalmente los siguientes roles (Velandia 2010):

Asistencial: tiene como objetivo alentar al usuario en el mantenimiento de la salud, brindando apoyo en la recuperación de los procesos patológicos; siendo las actividades de cuidado hospitalario las más conocidas, aunque también existe el cuidado asistencial comunitario o extra hospitalario.

Docente: siendo la enfermería una ciencia del área de la salud, posee un cuerpo de conocimientos técnico-científicos específicos, creando la necesidad de transmitirlos y promoverlos a las nuevas generaciones de profesionales.

Gerencial: desarrollando destrezas de liderazgo, e independencia, administración de recursos y talento humano, búsqueda de soluciones y toma de decisiones.

Investigativo: para fomentar y fortalecer el avance de la enfermería por medio de su propia producción intelectual, haciendo énfasis en los campos en que enfermería debe profundizar, como lo son la comunidad donde actúa, el alumnado a quien se enseña, los procedimientos de enfermería y su efectividad, entre otros.

Velandia (2010) por su parte identifica ocho perfiles ocupacionales en enfermería:

Cuidadoras: Enfermeras dedicadas a asistencia directa en instituciones de salud.

Maestras: Enfermeras dedicadas a la docencia en enfermería.

Administradoras: Enfermeras dedicadas a la administración de programas de salud o de instituciones.

Comunitarias: Enfermeras que desarrollan su trabajo directamente con y en comunidades.

Investigadoras: Enfermeras que descuellan por su producción científica.

Gremialistas: Enfermeras con intereses marcados en actividades organizativas del gremio.

Políticas: Enfermeras que han orientado su actividad a la participación en actividades políticas partidistas.

Ejercicio privado: Enfermeras que han orientado su trabajo hacia el ejercicio libre de la profesión.

4.3 DESARROLLO Y ENFERMERÍA

Enfermería, al igual que muchas profesiones, ha tenido una evolución en cuanto a su forma de ver el mundo, esto lo ha logrado por medio del desarrollo de teorías, que fundamentan su praxis y cuerpo teórico, con el propósito del desarrollo social y de la salud de los colectivos

A continuación se presenta una síntesis de los acontecimientos del último siglo que han contribuido al desarrollo de la Enfermería en América Latina]:

Periodo de 1900 -1930: En esta época las prácticas en salud estaban destinadas al saneamiento y vigilancia contra las enfermedades que exigían cuarentena; de la misma manera, en esta época se inició el desarrollo de campañas sanitarias contra enfermedades debilitantes (malaria y fiebre amarilla), dirigidas principalmente a los centros de producción agrícola y de extracción minera. También comienza la colaboración internacional con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1902) y la Fundación Rockefeller, por medio de la Comisión Internacional de la Salud (1913).

La creación de escuelas de enfermería coincide con el desarrollo de la práctica sanitaria estatal; en 1890 se crea en Argentina la primera escuela de enfermería, seguida de Cuba en 1900, posteriormente Colombia en 1903, Chile en 1905, México en 1907, Uruguay en 1912 y Brasil en 1923.

Periodo 1930 – 1960: El modo de producción y la estructura económica influyeron en los sistemas de salud y en la formación del personal; las prácticas se centran en la enfermedad y su curación. El proceso de industrialización en América Latina, demanda la necesidad de proteger al trabajador, con el propósito de aumentar su productividad y asegurarle las atenciones en salud; por tal motivo, se crean los Institutos de Seguro Social a cargo del Estado con el propósito de velar por el trabajador. Los Ministerios de Sanidad asumen la responsabilidad por la población desprotegida. Los antiguos hospitales de caridad y beneficencia son controlados

por los Ministerios de Sanidad. También se incrementa el desarrollo de nuevas especialidades y la aparición de centros hospitalarios de alta complejidad, algunos ligados a universidades. El campo de la salud preventiva empieza a posicionarse.

En este periodo, se afianza la importancia de los servicios de enfermería tanto en el área hospitalaria como preventiva, condición que facilitó el posicionamiento social de la mujer en esta área, ya que fue la pionera y participó en el desarrollo de la enfermería. Posteriormente, los avances científicos y la sofisticación en la atención en salud, estimularon el crecimiento de la preparación de personal de enfermería. En 1949, según estudio realizado por la OPS, 5121 enfermeras trabajaban en hospitales y 1124 en salud pública. Asimismo se observó un incremento de las escuelas de enfermería y la exigencia de un mayor nivel de escolaridad para el ingreso a los programas de formación.

Periodo 1960 hasta el presente. La práctica de enfermería con enfoque clínico se intensifica y surgen especialidades en médico-quirúrgica, materno-infantil y psiquiatría; se empiezan a asumir mayores responsabilidades en el área del tratamiento y el control de la salud.

En 1970 existían en América Latina 257 escuelas de enfermería, 124 de las cuales exigían como requisitos de ingreso estudios preuniversitarios (12 años de escolaridad) y 133 exigían el primer ciclo secundario (9 años). De estas escuelas, 73 estaban en las universidades. El número de escuelas de enfermería a nivel de educación superior, que en 1949 representaba el 19% de las escuelas existentes y en 1959 el 26%, en 1970 alcanzaba casi el 50%.

En 1974, la OMS publica un informe sobre *Enfermería y salud de la comunidad*, donde se recomienda hacer cambios en las estructuras curriculares de la formación de enfermería, enfocando la planificación y organización de servicios según los problemas básicos de la comunidad.

En 1978, en documento de la OPS, se reafirma la responsabilidad de enfermería en la coordinación de las acciones del primer nivel de atención en salud, asumiendo como un compromiso la atención primaria en salud.

4.4 CRISIS EN EL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA

La enfermería al igual que todas las profesiones, está inmersa en un sistema dinámico y cambiante que puede derivar en crisis. Según Techera *“Las crisis, se vinculan generalmente a una situación anormal, que produce desánimo o insatisfacción; a la vez la experiencia indica que a cada una de ellas le sucede un cambio, por lo que, la crisis y el cambio se asocian regularmente. Lo que no nos animamos a aventurar es hacia dónde se da ese cambio. Lo cierto es que ante la crisis, los esfuerzos se dirigen a un futuro deseado”*.

El neoliberalismo, política económica, basada en el libre mercado capitalista que disminuye las intervenciones del Estado en materia económica y social, con el fin de ampliar al máximo la empresa privada ha sido el principal generador de crisis en el sector de la salud y de la Enfermería. Según Miranda (2007) las políticas neoliberales por parte del Estado, han actuado de manera desreguladora en la economía; porque han disminuido la intervención del Estado, principalmente en la entrada y salida de divisas del país, legitimando la especulación financiera desenfrenada. Son bastantes las evidencias que dan cuenta de la crisis sanitaria a consecuencia de la implementación de políticas macroeconómicas que han dejado a la salud a las leyes del mercado con la consiguiente precarización del trabajo e insatisfacción de los trabajadores del sector. Este modelo ha disminuido los salarios y la inversión del Estado en el área de salud, ha promovido el individualismo y la competencia desde la ética capitalista.

4.5 ¿QUÉ HACER EN TIEMPOS DE CRISIS?

Para resolver este interrogante se puede optar por dos opciones, o me quedo como me encuentro o planteo alternativas de solución. Según Florence Nightingale, la enfermera desarrolla habilidades de liderazgo para influir y modificar, para producir un cambio cuando la situación lo requiere. La enfermería se encuentra en la disposición de asumir funciones de liderazgo en tres sentidos:

- Influyendo en las actividades de los individuos y grupos en materia de salud
- Promoviendo el desarrollo profesional, a través de la motivación y dirección del equipo de enfermería.

- Participando en los órganos de gestión sanitaria

Para Amaro “El proceso de liderazgo puede ser aprendido. Las cualidades de líder se pueden aumentar y potenciar”. Para CIE el liderazgo es un componente esencial de la gestión. Asimismo, es de importancia crítica preparar a enfermeros líderes para la enfermería. El liderazgo de enfermería comprende las actividades de instruir a otras personas y ser sus mentores, y crear un entorno y condiciones para el mejoramiento y perfeccionamiento constante de la calidad de los cuidados.

Identificamos que en ninguna de las cualidades del líder se encuentra, esperar que otros decidan por él y menos aún a que las circunstancias lo hagan. Según Lao Tse “el peor líder es aquel que es odiado, el mediocre es el que busca ser alabado y el mejor es el que no le importa pasar desapercibido”.

Para Jiménez (2006 pág.7-9) “el liderazgo es concebido como algo innato y adquirido, lo cual significa que el líder de enfermería es alguien que “nace” con esta condición y a la vez se “hace”. Con respecto a otros factores que se consideran influyentes cabe mencionar la falta de cohesión profesional ya que se cree que enfermería debe mostrarse más cohesionada en lo científico y en lo laboral, para que pueda visualizarse como una profesión y un gremio líder que promueve cambios importantes en las instituciones de salud. Se requiere pues que el profesional de enfermería desempeñe un nuevo papel, más orientado hacia el grupo y hacia el futuro, más flexible, dinámico y dispuesto a asumir riesgos, en contraposición con el papel controlador, centrado en la posición de “jefe” que ha desempeñado por años. Deben estar dispuestos a modificar la rutina, confrontar cuestiones e implementar acciones que lleven al cambio y para que todo esto se dé es necesario que los docentes y empleadores posibiliten el desarrollo y la maduración de nuevos tipos de liderazgo, entre ellos el liderazgo participativo y el transformador.

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, siglas en inglés (RNAO) (Jun. 2006 pág. 27) nos muestra el eje del modelo conceptual para el desarrollo y mantenimiento del liderazgo, el cual consta de cinco prácticas de liderazgo transformacional basadas en la evidencia que son fundamentales para la transformación de los lugares de trabajo en entornos de trabajo saludables para las enfermeras. Los factores predisponentes relacionados con los apoyos de la institución y los recursos personales influyen en la capacidad del líder para llevar a cabo la práctica del liderazgo de manera eficaz. Las prácticas de liderazgo han demostrado dar resultados positivos para los pacientes, enfermeros y las instituciones. Las cinco prácticas de liderazgo transformacional son:

- El fomento de las relaciones y la confianza es una práctica de liderazgo fundamental que constituyen la base sobre la cual se apoyan el resto de las prácticas.
- La creación de un ambiente de trabajo empoderado depende de la relación respetuosa de confianza entre los miembros en el lugar de trabajo. Un ambiente de trabajo empoderado implica tener acceso a información, apoyo, recursos y oportunidades para aprender y crecer en un entorno que apoya la autonomía profesional y las redes solidas de apoyo colegial.
- La creación de un entorno que apoye el desarrollo de conocimiento y la integración, implican fomentar tanto el desarrollo y la difusión de nuevos conocimientos como la introducción de un enfoque de investigación continua para la práctica dentro del entorno de trabajo. Este conocimiento se utiliza para documentar los esfuerzos realizados para mejorar de forma continua, tanto los procesos clínicos y organizativos, como los resultados.
- Dirigir y mantener el cambio implica poseer un enfoque proactivo y participativo para aplicar los cambios lo que implica la mejora de los procesos clínicos y de organización así como los resultados.
- Equilibrar valores y prioridades en competencia implica abogar por la obtención de los recursos de enfermería necesarios para asegurar unos cuidados de alta calidad a los pacientes, al tiempo que se reconocen las múltiples demandas que deben ser abordadas en la toma de decisiones institucional.

Con el máximo de cualidades de un líder en el profesional de enfermería en todos aquellos que actualmente laboran, podemos brindar una mejor calidad en la labor que prestamos, cambiar la imagen de subordinados y tendríamos una mejor postura frente a la sociedad. Dejar de subvalorar la profesión de enfermería por nosotros mismos es la mejor forma de llegar a una propuesta que mejore la calidad de vida para nosotros.

La teoría del cambio muestra el análisis de una situación que se desea modificar con el propósito de llegar a un mejor cambio; parte de la visión de éxito, que puede ser considerado como un cambio a largo, mediano o corto plazo, o también como la imagen objetivo o el macrocambio a desarrollar. Por otro lado, permite identificar los resultados primarios o secundarios. Una teoría del cambio da una

explicación lógica, permitiendo observar los lazos conectivos entre las precondiciones y las intervenciones que han sido identificadas. En conclusión las acciones consistentes, de manera lógica, predecibles y probadamente llegaran al cambio deseado (Ortiz & Rivero, 2007).

La teoría del cambio identifica, define y mapea las relaciones entre los diferentes niveles de una intervención; explica cómo las actividades causarán impactos; sustenta el modelo de intervención con supuestos y argumentos detallados; desarrolla argumentos explicando cómo un cambio afecta a otro; describe un proceso de cambio sistemático; identifica las conexiones lógicas entre resultados (precondiciones) e intervenciones para lograr un cambio de largo plazo, considerando supuestos relevantes y facilita ver qué es posible y qué no es posible de realizar

La teoría del cambio está conformada por los siguientes elementos: visión de éxito, precondiciones, intervenciones, supuestos e indicadores.

Visión de éxito: Es el cambio más significativo esperado, la imagen objetivo, el macro cambio deseado para una situación particular.

Precondiciones: Son resultados clave, para la consecución de la visión de éxito. Existen precondiciones de primer nivel, segundo, tercero y así sucesivamente.

Supuestos: Representan situaciones fuera del control organizacional que influyen las precondiciones.

Indicadores: Unidades métricas que permiten conocer si se alcanza o no el éxito en la implementación de precondiciones.

Los pasos para realizar la teoría del cambio son los siguientes:

- Identificar la visión de éxito: definir la visión de éxito, para esto se debe responder la pregunta ¿Cuál es el cambio de largo plazo que se desea lograr?

- Definición de los resultados: determinar las precondiciones (resultados) necesarias y suficientes para alcanzar el macro resultado; consideran entre 3 y 4 niveles de precondiciones; enfocarse en las precondiciones críticas.
- Operacionalización de precondiciones: establecer los indicadores para evaluar el progreso en el logro de las precondiciones; definir el valor/nivel de los indicadores en la actualidad (línea de base); definir el valor/nivel futuro de los indicadores (meta) de acuerdo a la planificación y considerar indicadores cualitativos y cuantitativos
- Identificación de intervenciones programáticas: seleccionar las precondiciones en las que se desea actuar y determinar el tipo de intervención a implementar sobre las precondiciones
- Articulación de supuestos: identificar los supuestos y resultados que deben cumplirse.

5. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Las categorías resultantes en el estudio, después del procesamiento de la información se exponen a continuación:

Tabla 1. Categorías de análisis.

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	SUBCATEGORÍA	DIMENSIÓN
Sentido de Identidad Profesional	Es la situación que identifica a un enfermero, incluye la definición de su disciplina, la diferenciación entre el quehacer propio y el de otras profesiones.	Definición de Enfermería	Concepto de Enfermería que tienen los participantes del grupo focal con respecto a la disciplina. Responde a la pregunta: ¿Qué es Enfermería?
		Roles de Enfermería	Consiste en el quehacer específico y los campos de acción que el profesional de enfermería desempeña.
		Diferenciación del quehacer propio respecto al de otras Profesiones	Son las labores que hace a diario la enfermera o características de su quehacer, que la diferencian de otros profesionales de la salud.
Imagen del Profesional	Es la percepción que se tiene acerca del rol del profesional de enfermería	Imagen en las Instituciones	Percepción que tienen las entidades acerca de los roles propios del profesional de enfermería.
		Imagen en la Comunidad	Percepción que tiene la comunidad acerca de los roles propios del profesional de enfermería.
		Autoimagen Profesional	Es la forma como se ve a sí mismo o a sus colegas, respecto a la profesión. Un ejemplo: <i>(el enfermero autoritario o el</i>

			<i>que utiliza su estatus para pasar por encima de los demás, o el que crea o genera conocimiento, entre otras.)</i>
Problemática más Sentida del Profesional	Identificación de las condiciones que más afectan el desarrollo de la profesión.	Falta de Estructura Organizativa	Ausencia de una organización en procura del desarrollo profesional.
		Barreras para el acceso a Educación Continua	Son todos los obstáculos que limitan la posibilidad de acceder a programas de capacitación permanente.
		Ausencia de acción política	Poco o nulo desarrollo de actos dotados de sentido y significación política, es decir, relacionados con la conquista y ejercicio del poder, para la construcción de un orden social deseable según la idea de quienes los realizan
		Afectación del cumplimiento de roles familiares	Alteración en el cumplimiento de las funciones asignadas o asumidas, tanto como instrumentales como afectivas, que cada uno de los integrantes de la familia realiza
		Normatividad deficiente	Deficiencia normativa sobre estándares de calidad del cuidado de enfermería, ausencia de políticas para el desarrollo del talento humano en salud)
		Falta de Reconocimiento a la Labor de la Enfermera	Poca valoración de la comunidad o las instituciones respecto a las prácticas de enfermería.
		Poca Identidad del	Confusión de roles o

		Profesional	escasa diferenciación del quehacer propio y el de otras disciplinas.
		Bajo Reconocimiento Salarial	Escasa remuneración económica recibida como retribución por los servicios profesionales prestados a un empleador.
		Condiciones de Trabajo indignas	Cualquier característica del trabajo que puede tener influencia negativa en la satisfacción o generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador.
Alternativas para el Cambio	Propuestas estratégicas, que surgen para implementar durante un periodo de tiempo, con el objetivo de realizar determinadas actividades que permitan el cambio de la situación de enfermería.	Reestructuración de Políticas Públicas en Salud y Enfermería	Propuestas de reforma política en pro del progreso del profesional de enfermería
		Agremiación	Capacidad que tiene un gremio de unirse, con el fin de consolidar determinadas acciones de grupo.
		Interiorización de la Situación Actual	Reflexión consciente de la problemática que afecta directa o indirectamente a la profesión.
		Participación Política	Forma que tiene el profesional para involucrarse, en el ámbito político y tomar decisiones en pro de la enfermería y la comunidad.
		Promoción del Quehacer	Trabajo orientado a visibilizar y promocionar los diferentes roles de la enfermería en las instituciones de salud y a nivel comunitario.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio con enfoque cualitativo, tipo Investigación Acción Participación - IAP-, orientado a la producción de conocimiento propositivo y transformador, mediante debate, reflexión y construcción colectiva de saberes entre los diferentes actores de un territorio para la transformación social. El propósito fundamental del mismo fue la formulación de una propuesta participativa a partir de la identificación de aspectos básicos relacionados con el sentido de identidad profesional y problemáticas más sentidas del gremio en el departamento del Huila con el fin de establecer alternativas de acción para mejorar la situación actual de Enfermería.

6.2 POBLACIÓN

La población estuvo conformada por 488 profesionales de enfermería registrados en el departamento del Huila a primero de julio de 2012, según base de datos “Registro, autorización e inscripción para personal profesional y auxiliar en el Área de la Salud” que se encuentra en la Secretaria de Salud Departamental del Huila.

6.3 MUESTRA

Se tomó una muestra no probabilística, de tipo teórico, integrada por profesionales de enfermería de tres municipios del departamento que concentran más del 60% de la población de enfermeros del Huila (Neiva, Garzón y La Plata). Inicialmente se había proyectado trabajar con los enfermeros del municipio de Pitalito, pero en atención a saturación de datos se excluyó del estudio.

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se incluyeron en el estudio Profesionales de Enfermería registrados en la base de datos “Registro, autorización e inscripción para personal profesional y auxiliar en el Área de la Salud” de la Secretaria de Salud del Departamento del Huila y que a voluntad propia decidieron participar en el estudio luego del diligenciamiento del respectivo consentimiento informado. Se excluyeron a los enfermeros que laboraban fuera del departamento y a quienes no aceptaron la participación.

En total se contó con la participación de 32 enfermeros; 15 de la ciudad de Neiva, 11 de Garzón y 6 de La Plata.

6.5 MÉTODO – TÉCNICA – INSTRUMENTO

El método utilizado fue la encuesta; la técnica fue la entrevista a través de grupos focales y el instrumento fue una guía de entrevista (ver anexo).

6.6 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

6.6.1 Validez. La valoración de validez del instrumento se hizo a través de juicio de expertos integrado por un sociólogo, una antropóloga y tres enfermeras especialistas (ver anexo).

6.6.2 Confiabilidad. Una vez validado el instrumento se aplicó, en dos momentos diferentes, a ocho estudiantes de último año del Programa de Enfermería de la Universidad Surcolombiana.

6.7 CONSIDERACIONES ÉTICO-PROFESIONALES

Según lo dispuesto y considerado en la Resolución 8430 de 1993, en el estudio se respetó la dignidad humana y se protegieron los derechos y bienestar de los participantes, Artículo 5.

El trabajo se clasificó en la categoría de investigación sin riesgo ya que no se realizaron mediciones fisiológicas, físicas, psicológicas o cualquier otro tipo de procedimiento que pusiese en riesgo la integridad física, mental o espiritual de los sujetos de estudio. Se contó con aval del Comité de Ética de la Facultad de Salud y cada participante firmó el consentimiento informado respectivo.

Conforme a la ley 911/04, se amparó y salvaguardó la protección de la dignidad humana, la integridad y los derechos de los seres humanos como principios éticos esenciales. No se trabajó con personas jurídicamente incapaces, privadas de la libertad, grupos minoritarios o de las fuerzas armadas.

6.8 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la ubicación de las unidades muestrales se contactó, vía telefónica, a los coordinadores de enfermería de cada una de las instituciones de los municipios seleccionados y se les solicitó información sobre el número de Enfermeros de cada localidad, sus direcciones, números telefónicos y correos electrónicos. Seguidamente se ubicó y cursó invitación personal y escrita a 20 profesionales para el desarrollo de cada una de las reuniones de grupos focales, actividad que fue reconfirmada mediante correo electrónico y llamadas al móvil personal. Cabe resaltar, que en Neiva fue preciso reprogramar en cuatro oportunidades las sesiones debido a la inasistencia de los invitados. En los municipios de Garzón y la Plata, las Enfermeras Coordinadoras del Departamento de Enfermería de cada una de las Empresas Sociales del Estado (ESE), apoyaron en el proceso de convocatoria y realización de las sesiones.

Después de efectuadas las reuniones de grupos focales se transcribió la información, se definieron las categorías y subcategorías; luego, se devolvieron los documentos respectivos a los participantes en los grupos focales para su retroalimentación. Con base en las contribuciones de, quienes a bien lo hicieron, se enriqueció el análisis y la discusión contenidos en este informe.

6.9 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

El procesamiento de la información se hizo a través del programa de análisis cualitativo ATLAS.ti ® versión 6.2.28, actualizada a 30 de octubre de 2012 mediante la utilización de redes conceptuales; además se utilizó la ayuda de la hoja de cálculo de Microsoft Excel ® versión 2007 para exportar la información de co-ocurrencias; ello facilitó el diseño de gráficos y tablas de resultados.

7. DESCRIPCIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

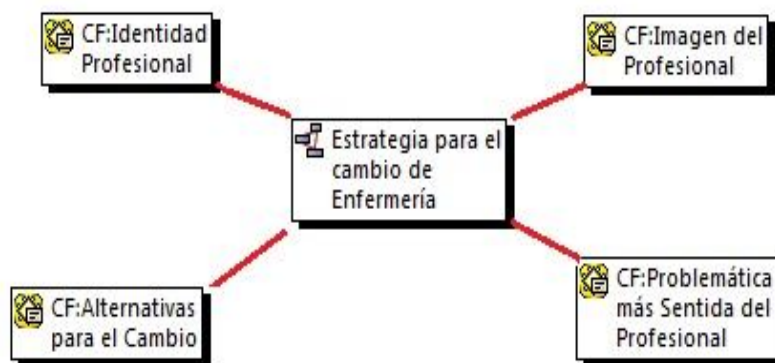
7.1 DESCRIPCIÓN

Para facilitar la comprensión de los resultados, se presenta la codificación de los participantes en los cinco grupos focales. La primera letra corresponde a la inicial del municipio donde se realizó la entrevista, así: (N) Neiva, (G) Garzón ó (P) La Plata; la segunda denota el grupo focal con la letra F seguida del número según consecutivo del grupo: 1, 2, 3 y así sucesivamente; y la letra P con un número asignado a cada participante de su respectivo grupo focal. Ejemplo, si José Hernández acudió al primer grupo focal desarrollado en Neiva y él fue el participante 2 su código sería NF1P2.

7.2 CATEGORÍAS DEL ESTUDIO

De las cuatro categorías planteadas inicialmente quedaron tres: “identidad profesional”, “problemática más sentida” y “alternativas para el cambio”; la cuarta, “imagen del profesional o percepción que tienen las instituciones y la comunidad en general acerca del rol que desempeña el profesional de enfermería”, surgió en el transcurso de la investigación:

Figura 1. Categorías del estudio.



Fuente: Propia del estudio.

7.2.1 Categoría “Identidad del profesional”. En la exploración de la identidad profesional se abordaron tres subcategorías: definición de la disciplina, los roles de desempeño y diferenciación del quehacer de la profesión.

7.2.1.1 Subcategoría “Definición de Enfermería”. Los 22 comentarios relacionados con esta subcategoría dieron origen a los siguientes constructos: la Enfermería es una disciplina técnico-científica, perteneciente a la rama de la salud que tiene como propósito brindar cuidado integral, en todas las dimensiones, al individuo, familia y comunidad y a su entorno.

NF2P4: *“La enfermería es una profesión científica, que brinda atención integral al paciente”*

NF2P7: *“Es una profesión técnico-científica, que busca brindar cuidado a los usuarios de un sistema de salud. Ese cuidado puede ser brindado a un individuo o una comunidad, o a un colectivo de comunidades.”*

NF1P3: *“...es la disciplina que ha de brindar y garantizar el cuidado en las diferentes esferas del individuo, familia y comunidad; para mí cuidado, no es solo tener al paciente al lado y sacarlo de un estado patológico o de enfermedad o conservar su estado de salud; desde las labores administrativas no se brinda cuidado pero indirectamente uno está garantizando el cuidado de los pacientes porque se hacen funciones de abogacía, cosas sencillas como trámites que les facilita a ellos mejorar su estado de salud.”*

NF3P2: *“...es la profesión, disciplina encargada de proporcionar cuidado, en términos generales este es su quehacer.”*

GF4P2: *“Enfermería se dedica al servicio, al cuidado directo, al cuidado integral, no sólo al paciente, también a su entorno. El enfermero no sólo está en el cubículo; nosotros debemos tener en cuenta su entorno familiar.”*

NF3P2: *“...enfermería es la profesión de la rama de la salud encargada de proporcionar o brindar el cuidado con unos procesos y unos patrones establecidos; pero, en la realidad uno encuentra que se realizan muchas otras cosas más.”*

GF4P5: *“Para mí es la ciencia que se encarga del cuidado del ser humano”*

La Enfermería también se concibió como arte, acto humanista o humanizado, con visión holística y capacidad de entrega.

NF1P2: *“...es el arte de cuidar, una profesión que desprende de la rama de la salud.”*

NF1P2: *“...la enfermería tiene una visión más integral del individuo puesto que cuando habla de persona habla de los seres que tiene a su alrededor, de su micro círculo social, dentro de su gran círculo que se mueve en lo personal y lo social.”*

NF2P6: *“Es una ciencia, también la considero como un arte, la esencia es el cuidado, la calidad con que uno se le entrega a un paciente, pienso que uno debe ser un enamorado de la profesión para poder realizar las cosas, porque es una vida que hay de por medio.”*

PF5P1: *“...son actividades relacionadas con la salud y son humanizadas.”*

PF5P2: *“...es la profesión donde se está en contacto con el paciente, y el contacto debe ser humanizado.”*

PF5P6: *“Es una profesión del área de la salud que se caracteriza ser una labor humanizada.”*

Hubo enunciados que definieron a la Enfermería como la profesión asociada a la ejecución de actividades de confort; labor caracterizada por la combinación de muchas disciplinas; uno de sus énfasis es el desarrollo de acciones de carácter administrativo en el sistema de salud colombiano.

GF4P1: *“Estudí enfermería por esa inclinación hacia el ser humano, para ayudar buscar el confort de las personas.”*

NF3P1: *“...pienso que es una combinación de muchas disciplinas; pero, básicamente es la ciencia que se dedica al estudio del cuidado al paciente.”*

NF3P4: *“Creo que lo que han dicho los colegas es suficiente; pero voy a definir a la enfermería en Colombia como aquella disciplina que está encargada de casi todo el proceso administrativo en salud del sistema de salud colombiano...”*

GF4P7: *“...la enfermera es la que planea y ejecuta de manera científica para que el paciente resulte con una salud óptima...”*

7.2.1.2 Subcategoría “Roles de Enfermería”. Los participantes identificaron a la Enfermería como una disciplina con un amplio campo de acción; ésta se desarrolla en los ámbitos clínico, comunitario, salud pública, administrativo y de auditoría, investigativo, político y de proyección social; todas estas áreas de la salud se encuentran ligadas mediante un eje conductor que es el cuidado. La enfermería además interviene en salud y en enfermedad, actúa en promoción, prevención, rehabilitación y reintegración del usuario o individuo a la sociedad; participa en todos los niveles de atención en salud. También expresaron que el enfermero y/o la enfermera es líder y gestor de cambios en de los sistemas de salud.

NF1P2: *“...tiene un campo bastante amplio, asistencial tanto clínico como ambulatorio, comunitario, de salud pública, administrativo, salud ocupacional, si quisiera político-administrativo, investigativo, de proyección social.”*

NF2P1: *“Además de la política también se desempeña en la parte administrativa, estamos presentes en todos los ámbitos de la salud, somos una profesión con un campo muy amplio.”*

NF1P3: *“...en enfermería hay diferentes ramas como la salud ocupacional, el área asistencial administrativa, pero el eje conductor siempre va a ser el cuidado”*

NF2P5: *“Estamos evaluando a las personas, en todas las etapas, promoción, prevención, curación, rehabilitación y reintegración.”*

NF3P1: *“Enfermería, es una disciplina que consiste en observar las reacciones del paciente frente a la situación patológica que está presentando y este cómo afronta el proceso psicológico salud-enfermedad; enfermería no solo se dedica al cuidado del paciente, también aborda el cuidado a la familia y a la comunidad.”*

NF3P4: “...somos una profesión con mucho campo de acción que va desde lo comunitario hasta lo clínico-asistencial y somos agentes promotores de salud en todos los niveles de atención.”

NF1P1: “El profesional de enfermería es siempre seleccionado para coordinar grandes cosas, por ejemplo en el manejo de las auditorías.”

NF2P1: “¡Los enfermeros somos líderes!, líderes en salud y gestores de cambio del sector salud”.

La Enfermería fue vista como una disciplina versátil, capaz de adaptarse con facilidad y rapidez a diversas funciones, es “la todera”; se anticipa y adapta a cualquier situación asignada, incluso a aquellas que no le enseñaron en su formación académica. Disciplina que adopta valores como el respeto, la responsabilidad y el perfeccionismo en el acto de cuidado individual, familiar y colectivo. Profesional con quien el usuario tiene el primer contacto y quien participa de manera activa en el proceso de recuperación, rehabilitación y egreso de los usuarios. El puente o el eje entre la comunidad y otros profesionales de la salud o el que simplemente aplica inyecciones y realiza una curación.

NF3P2: “...la enfermería prácticamente es la disciplina en la que usted recibe una formación para prácticamente realizar de todo, hasta de lo que no le enseñaron; entonces, es una profesión donde uno tiene que ser muy versátil, adaptarse mucho, anticiparse...”

NF3P2: “El enfermero administra al personal, recursos y procesos; entonces es una profesión que tiene un amplio rango de acción, diría que muy amplio; por eso dicen que el enfermero es el todero.”

NF1P3: “En las instituciones se resalta la integralidad de los enfermeros pero se tiene la percepción de que somos los toderos, el que hace, el que administra desde lo más sencillo hasta lo más complejo, si surge una función nueva se le asigna a un enfermero...”

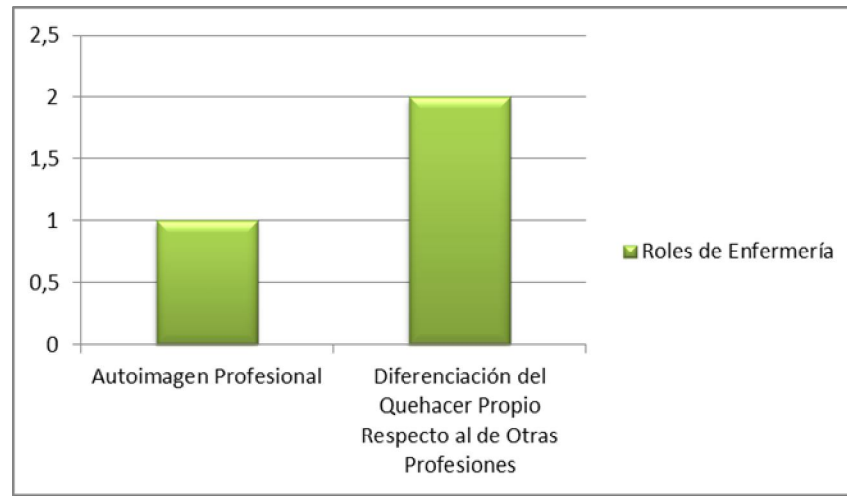
NF1P2: “Enfermería es la profesión que tiene más cualidades, casi que al punto de ser perfeccionista, es respetuosa, responsable, aparte de echarse al paciente se echa al hombro la familia y al equipo de salud.”

PF5P3: *“...Es ese apoyo fundamental en la recuperación y rehabilitación, como enfermeros les damos la entrada al usuario, estamos en el primer contacto, somos los que siempre iniciamos esa recuperación, continuamos en la rehabilitación, hasta que egresamos un paciente.”*

GF4P1: *“Nosotros somos el puente entre el paciente y las otras especialidades, pero desafortunadamente no nos valoran.”*

PF5P5: *“...Está claro, el enfermero es el que hace las curaciones, el que pone las inyecciones...”*

Grafico 1. Co-ocurrencia en roles de Enfermería.



Fuente: Propia del estudio.

La co-ocurrencia indica que hay una relación de asociación entre dos o más categorías o subcategorías. En este caso al abordar roles de Enfermería se hizo alusión a aspectos de la subcategoría diferenciación del quehacer propio y autoimagen profesional.

GF4P7: *“...además de eso en la parte primaria vigila para que el paciente no termine en un hospital o en una unidad de cuidados intensivos, de pronto nos hemos desviado y pensamos que la enfermera debe hacer de todo; por ejemplo yo veo que en el hospital la enfermera hace cuentas y factura, está pendiente de que no le entren a los usuarios la comida que no deben consumir, está pendiente absolutamente de todo; pero en la parte de atención directa como enfermera, está siendo muy descuidada porque empieza a hacer actividades que no le corresponden.”*

GF1P3: *“...en enfermería hay diferentes ramas como la salud ocupacional, el área asistencial administrativa, pero el eje conductor siempre va a ser el cuidado; eso es lo que lo que nos diferencia de un administrador de empresas, de un médico, de un técnico en salud ocupacional.”*

7.2.1.3 Subcategoría “Diferenciación del quehacer del profesional de Enfermería”. Respecto a la diferenciación del quehacer de Enfermería con el de otras profesiones se resaltó la experticia en el cuidado integral y holístico que se brinda al individuo, familia y comunidad; este cuidado se encuentra acompañado de acciones técnico-científicas, administrativas y de liderazgo con el propósito de mantener un equilibrio en la situación de salud-enfermedad. Se hizo énfasis en que el personal auxiliar actúa de forma instrumental y por otra parte se resalta la marcada diferenciación de las actividades que realiza el médico, en esencia de carácter terapéutico y de diagnóstico.

NF1P3: *“...el eje conductor siempre va a ser el cuidado; eso es lo que lo que nos diferencia de un administrador de empresas, de un médico, de un técnico en salud ocupacional.”*

NF2P7: *“Considero que se diferencia de otras profesiones porque buscamos ser expertos en el cuidado del paciente, nosotros participamos en todo el proceso de salud-enfermedad, podemos estar brindando cuidado a un paciente saludable, o brindando cuidado a un paciente que tiene un desequilibrio de su salud o a otro que ya está en una etapa avanzada de alguna enfermedad; podemos estar en prevención, en tratamiento, rehabilitación y reintegración a la sociedad; eso es lo que nos hace diferentes, que somos expertos en cuidado.”*

NF3P1: *“Nuestra esencia es cuidar, comparado con la del médico que es diagnosticar.”*

NF3P2: *“...la enfermería se dedica más al cuidar que al curar, el curar es más para los médicos...”*

NF2P5: *“¿Qué nos hace diferentes? además de que planeamos, de que organizamos, nosotros ¡gestionamos!; a diferencia de otras carreras, hacemos seguimiento a esa comunidad o a esa persona; tenemos un acercamiento mayor; diferente a la de otras profesiones de salud; tenemos un conocimiento muy amplio, vemos a la persona o a la comunidad como un todo, enfermería es holística.”*

NF3P3: *“...es básicamente en el cuidado integral que brindamos a todas las personas que intervenimos con nuestras acciones técnico-científicas que hemos adquirido en nuestra formación profesional; el médico solo se dedica al diagnóstico, tratamiento y parte de contar, mientras nosotros tenemos que saber*

de todo un poco para poder brindar este cuidado, incluyendo lo que sabe el médico, en pocas palabras somos como los que ponemos el conocimiento médico al alcance de la comunidad y lo hacemos práctico.”

NF3P4: *“...básicamente es el cuidado y la forma de ver integralmente al individuo en sus procesos patológico y de recuperación, realizando intervenciones que mejoren su bienestar físico, psíquico, biológico y pues el de reintegración a la comunidad, estamos ahí en de primera mano en contacto con el paciente.”*

También se expuso que la enfermería actúa como punto intermedio o un “eslabón” con otras profesiones y la comunidad, efectuando una labor muy importante en los sistemas de salud; por esta razón le asignan la dirección de programas, puesto que una de sus cualidades es la capacidad de organización.

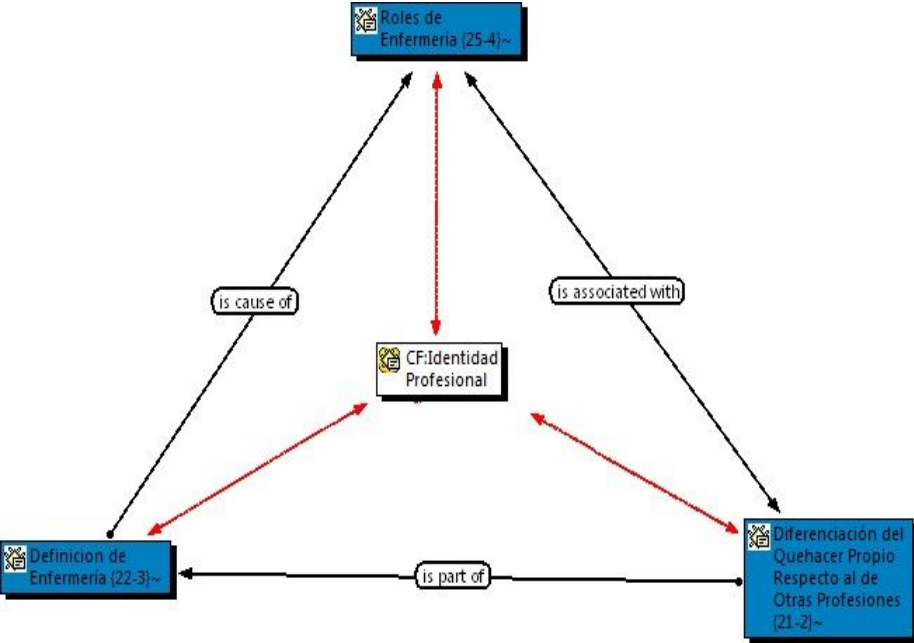
NF1P1: *“Enfermería a diferencia de otras profesiones de salud, es el eje, el punto intermedio; trabajamos con la auxiliar de enfermería, con los médicos y diferentes personas que nos apoyan como especialistas. Enfermería maneja una visión global, el auxiliar de enfermería está enfocado a ejercer su función muy operativa y el médico se centra en diagnóstico y tratamiento, pero no en la parte humana de la persona mientras Enfermería está al tanto de todo.”*

GF4P4: *“...enfermería está en contacto directo con el paciente es como un eslabón entre paciente-enfermería-medico, paciente-enfermería-terapista, paciente-enfermería-nutricionista, tenemos una labor muy importante y no es reconocida.”*

NF1P4: *“En la dirección de los programas somos más organizados, los médicos se encierran en dar su tratamiento.”*

Entre las subcategorías se encontraron relaciones de asociación causal y conjunta tal como se muestra en la siguiente figura:

Figura 2. Relaciones de asociación entre las subcategorías de “Identidad Profesional”

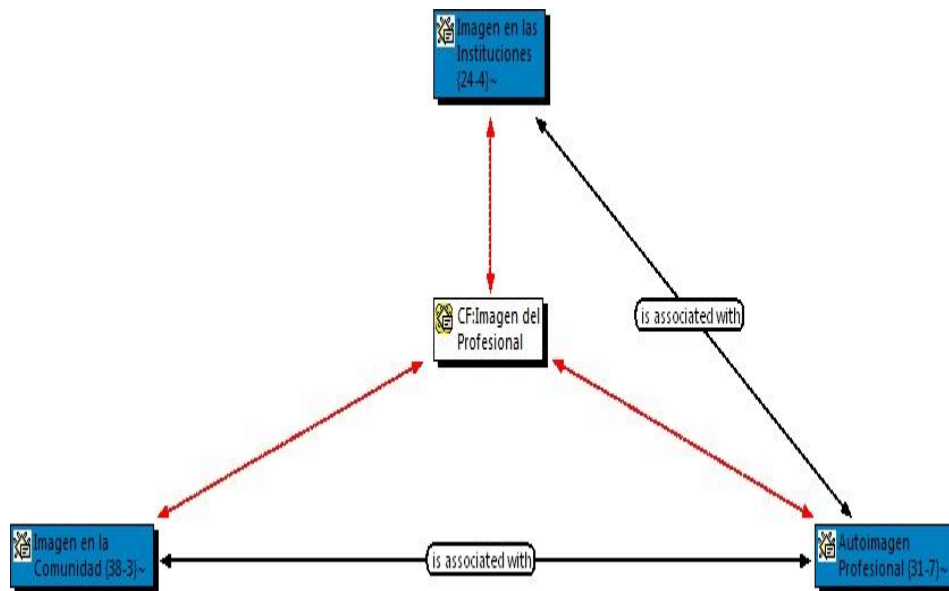


Fuente: Propia del estudio.

Como se puede apreciar en la figura, la definición de Enfermería tiene injerencia directa en la identificación de roles propios y los de incumbencia de otras disciplinas. La interrelación entre las tres categorías determina el sentido de identidad profesional.

7.2.2 Categoría “Imagen del profesional de Enfermería”. Esta categoría se refiere a la percepción que se tiene del rol del profesional de enfermería por parte de las instituciones, de la comunidad y de los mismos profesionales o autoimagen:

Figura 3. Imagen del Profesional de Enfermería.



Fuente: Propia del estudio

Hubo 38 comentarios acerca de la imagen que tiene la comunidad respecto al profesional de enfermería, 31 relacionados con la autoimagen profesional y 24 correspondientes a la percepción que tienen las instituciones. Se observa una marcada asociación entre la imagen del enfermero en las instituciones y la comunidad con la autoimagen profesional.

7.2.2.1 Subcategoría “Imagen en las instituciones”. En general, la imagen percibida del enfermero por parte de las instituciones de salud es la siguiente: profesión fundamental e indispensable, pilar o “columna vertebral” en la prestación de servicios de salud; gremio más grande con una característica especial: son buenos administradores y coordinadores de programas e instituciones. No obstante, su labor no tiene el merecido reconocimiento económico. Según los sujetos de estudio la percepción que tienen las instituciones de los enfermeros depende de las características de la organización o empresa (EPS, IPS o ARL) y del campo de acción; hay un aspecto en común, la denominación de “Jefes”, estatus u orden jerárquico dado por el título.

NF2P2: “...para las entidades el enfermero profesional es muy importante e indispensable.”

NF3P4: *“A nivel institucional, somos el pilar y el más grande gremio que hay en una institución, ellos saben la importancia de los enfermeros profesionales en la institución porque somos muy organizados y disciplinados en nuestra labor como enfermeros...”, pero no nos pagan lo justo*

GF4P7: *“...en la parte clínica la enfermera es realmente la columna vertebral, la que dirige, la que maneja, la que administra, la que brinda información, la que está al tanto de absolutamente todo. Las instituciones sin enfermeros no pueden funcionar, la labor de enfermería jamás la podrá hacer una máquina.”*

NF1P1: *“En la coordinación de programas es muy extraño encontrar en una IPS a un médico, siempre están colocando a un enfermero porque tiene una visión administrativa amplia; otros profesionales de la salud no están formados de la misma manera...”*

NF1P2: *“A nivel institucional se tiene una imagen diferente del enfermero en dependencia del tipo de institución donde labora , no es lo mismo estar en una IPS, EPS, ARP u otra entidad, sin embargo, hay algo en común, el orden jerárquico definido por el título.”*

La imagen del profesional de Enfermería ante cada institución la proyecta cada enfermera-o; de tal forma que a cada profesional lo perciben de manera distinta, en correspondencia con su desempeño; no importa que sean de la misma disciplina.

GF4P6: *“...la imagen del enfermero ante la institución depende de cada uno, porque nosotros somos un grupo de enfermeras y a cada uno nos ven distinto, y así lo hacen por la manera como cada uno de nosotros nos mostramos...”*

El profesional de enfermería es fundamental en el manejo de personal, en la organización y administración de los servicios de salud y de enfermería; hacen de todo, “son hormiguitas”; tal vez, por esta razón, han descuidado o dejado de lado el cuidado de Enfermería.

NF3P3: *“En las instituciones somos indispensables para el manejo de personal y del servicio, somos organizados, mantenemos pendiente del paciente; mejor dicho somos unas hormiguitas y hacemos de todo; pero por hacer de todo hemos olvidado nuestro quehacer que adquirimos en la formación profesional que es*

básicamente el cuidado. Reitero creo que somos fundamentales en las instituciones.”

A las Enfermeras, pese a ser pilar fundamental en los servicios de salud, no se les tiene en cuenta en la toma de decisiones administrativas, tampoco se les retribuye salarialmente lo justo, se subvalora su trabajo; ellas asumen incluso actividades que no son de su competencia, hacen de todo, en algunas instituciones la enfermera asume más de dos programas o servicios. Tener un “Jefe” se volvió una necesidad para las instituciones según estándares de habilitación (condiciones mínimas para la apertura de un servicio de salud en Colombia), pero no en todos los casos se valora la importancia de su presencia institucional.

PF5P6: *“...a nivel de las entidades, ellos saben de la necesidad en el servicio de los profesionales y auxiliares de enfermería, ellos saben que son un pilar fundamental, pero a la hora de decisiones administrativas, ese concepto se pierde.”*

NF3P1: *“Con respecto a los patronos, pienso que es muy parecido, pero en general se subvalora el trabajo que hace la enfermera”*

PF5P6: *“La imagen de las instituciones se debe a la importancia que ellos le dan al servicio a nivel institucional, casi que todo el proceso administrativo es enfocado hacia el profesional de enfermería, las embarradas, lo que no se hizo o lo que se hizo mal.”*

NF2P2: *“...pienso que el profesional de enfermería es muy importante para la entidad de salud por nuestra pluralidad de funciones y capacidad que tenemos.”*

NF1P4: *“Las instituciones no nos reconocen por nuestro trabajo, puede ser porque el enfermero se deja echar todo el trabajo encima; ejemplo, hay instituciones en las que los enfermeros asumen más de dos programas”*

NF2P4: *“Ante las instituciones, somos los profesionales que tenemos capacidad de realizar cualquier actividad, organizamos, gestionamos, solucionamos, en pocas palabras, funcionamos en todos los puestos con diferentes actividades.”*

NF2P5: *“Tener un jefe se volvió una necesidad para las instituciones, pero no veían la importancia y de pronto algunas personas han o hemos contribuido en mayor o en menor grado como dicen los compañeros con la imagen gracias al liderazgo que se ha demostrado.”*

7.2.2.2 Subcategoría “Imagen en la comunidad”. Los participantes consideraron que la imagen del profesional en la comunidad es buena por su actuación como agente educativo e informativo, es él quien brinda educación según conducta médica para evitar la progresión de la enfermedad. La comunidad identifica el rol de la enfermería en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para ella el enfermero es líder en esta área. El 50% de la comunidad identifica al profesional como el colaborador, el único que presta atención a los pacientes y ayuda a solucionar los problemas, es amable en la prestación del servicio de salud. Se ha rescatado y posicionado el concepto de la función de la enfermería en comparación con la imagen que se tenía años atrás, ello ha mejorado un poco el estatus social de la disciplina. El papel del enfermero en servicios de primer nivel de atención es ampliamente conocido y valorado por la comunidad; es visto como el encargado de coordinar, organizar y ejecutar acciones de diferente orden; su trabajo se ve reflejado en los indicadores de servicio. Finalmente se consideró que la imagen del profesional de enfermería por parte de la comunidad depende de cómo le haya ido en el proceso de atención.

GF4P2: *“Ante la comunidad somos la parte informativa, nosotros terminamos dándole más información al paciente y a su familia que la que por obligación tiene que darle el otros profesionales...”*

NF2P6: *“La imagen que tiene el usuario depende muchísimo del cuidado o del servicio que se le preste, así mismo evalúa a esa persona...”*

NF3P1: *“...creo que las personas tienen un concepto negativo o positivo dependiendo de las experiencias que hayan tenido con la enfermera.”*

GF4P7: *“En la parte ambulatoria la enfermera es vista como la persona que brinda educación; por ejemplo si usted va a una consulta de Hipertensión, el médico lo pesa, lo talla, lo ausculta, le hace fondo de ojo, le mira las piernas a ver como están, examina los pulsos y todo esto. Yo como puedo transcribir lo que el médico formuló, pero yo me dedico a la parte educativa; qué debe comer, respondo ante dudas, explico por qué tiene que tomarse el medicamento, le explico que puede terminar en la unidad de cuidados intensivos, con enfermedad*

renal crónica, amputado etc. Yo soy la puerta de entrada para que el paciente no se vaya a complicar.”

NF2P1: *“...en la parte comunitaria donde nosotros somos los mayores líderes, mejor dicho somos los principales en el campo de la Prevención y la Promoción, yo creo que todos se quedan callados porque saben que somos el eje principal.”*

NF1P3: *“El otro 50% lo ven como el colaborador, el único que presta atención a los pacientes, el muy amable, muy querido, el que se encargó de todo y el que hizo que todo saliera bien.”*

NF2P4: *“La imagen ante los usuarios es de las personas que los escuchamos y siempre le solucionamos los problemas; pero todo depende de cada profesional.”*

NF2P5: *“A nivel comunitario yo pienso que ha cambiado el concepto porque se han dado cuenta que en general a nivel comunitario enfermería, es líder y gestor de cambio. ¿Nos falta?, ¡sí nos falta!; pero en términos generales vamos por buen camino; siempre y cuando cada quien dentro de su empresa, se empodere y demuestre toda esa capacidad que tiene o tenemos.”*

NNF3P2: *“En general, la comunidad suele ser agradecida y la enfermería profesional se ha ganado el respeto, no total; pero si mejor que antes, con respecto a la percepción social que se tenía antes de la enfermería, ahora se tiene un poco más de estatus.”*

NF3P1: *“Pero también hay un grupo de gente que si reconoce el trabajo del enfermero, tuve la experiencia de trabajar en primer nivel un año, y pienso que la gente si reconoció a la enfermera como aquella que coordinaba todo en la institución, que respondía por el personal, las promotoras, el auxiliar, porque todo marchara bien y que los indicadores se cumplieran, esa enfermera en primer nivel...”*

En algunos casos la comunidad no reconoce el papel que cumple el profesional de Enfermería, atribuyen mayor reconocimiento a otras profesiones no le dan relevancia a las actividades que realiza la enfermera. Todavía falta que la comunidad diferencie el rol de la enfermera y el del personal auxiliar; en ocasiones es preciso hacer uso de la palabra “Jefe” como precondition para lograr dicha diferenciación. Al parecer, esta notable confusión se debe a que

inicialmente la labor de enfermería era realizada por personal. En algunos casos se identifica a la enfermera como aquella que aplica inyecciones, realiza curaciones o la auxiliar del médico. Hay usuarios que ven al enfermero o enfermera como el ogro, la mala persona, el regañón o el gruñón. Según un comentario, los usuarios no conocen al enfermero porque todos visten uniforme blanco.

NF2P2: *“...hasta ahora se está mostrando el cambio hacia la comunidad; porque la comunidad aun no reconoce al enfermero.”*

NF1P1: *“La comunidad no tiene un reconocimiento tan alto de la enfermera; la comunidad reconoce más la labor del médico quien hace el tratamiento y el diagnostico; la comunidad no reconoce que quien aplicó un medicamento fue un enfermero y cuando las personas no conocen lo que hacemos pues no valoran lo que hacemos.”*

NF1P3: *“En cuanto a la comunidad, desde mi percepción, no hemos logrado que nos diferencien del personal auxiliar, para ellos seguimos siendo prácticamente la misma cosa, cuando uno dice que es un enfermero tiene que resaltar que es un enfermero jefe”*

NF1P2: *“En relación con la comunidad depende de cómo nosotros nos desempeñemos; si lo hacemos bien la comunidad nos valora como profesionales; en algunos casos no nos diferencian de las auxiliares ni del médico, algunos piensan que el enfermero solo trabaja en la parte clínica asistencial.”*

NF3P2: *“En el ámbito clínico, el paciente egresa y dice: que médico tan acertado y todas esas cosas. Algunos creen que enfermería solamente pone inyecciones, el que administra el fármaco; hay personas que no reconocen procedimientos y actividades en las que intervenimos y por ende, no nos dan crédito a lo que hacemos...”*

NF4P4: *“A nivel comunitario hay personas que viven muy agradecidas con la labor de nosotros, pero hay otros que hablan muy mal del profesional, creo que esto depende de cada uno, de cada profesional como presta la atención; pero en general creo que tenemos una buena imagen y status social; aunque hay veces que para que nos diferencien del personal auxiliar hay que poner la palabra “jefe” de por medio.”*

NF1P4: *“...dentro de la comunidad hay gente que nos confunde mucho con los auxiliares de enfermería. Algunos piensan que el enfermero es el que aplica la inyección, pero a veces cuando uno tiene contacto con los usuarios ellos se van dando cuenta que realmente las funciones del enfermero son más complejas, que son ellos los encargados de hacer seguimiento, de estar pendiente de los usuarios, de comunicarse con el médico y de opinar”*

NF3P3: *“creo que el papel del enfermero a nivel comunitario es un poco confuso, no hemos podido diferenciarnos del personal auxiliar y por ende siempre nos van a ver como enfermeros auxiliares, al contrario cuando utilizamos la palabra jefe, nos da un poco más de status a nivel comunitario.”*

NF3P1: *“...es una imagen muy devaluada, no podría decir por qué esa imagen ha estado tan decaída, la gente ni siquiera sabe la diferencia que existe entre una auxiliar y un enfermero, y es a veces por nuestra propia culpa; porque cuando atendemos a los pacientes no nos presentamos y no hacemos la diferencia entre los dos rangos.”*

NF2P5: *“...la imagen de enfermería, como lo dice aquí el colega, no es muy clara para la comunidad en algunos aspectos, porque enfermería inicialmente era el auxiliar de enfermería y era la única persona que tenía mayor contacto con el usuario, a nivel comunitario o a nivel hospitalario; (a veces nos enfocamos más hacia la parte hospitalaria porque ha sido lo tradicional en enfermería). La gente une a la auxiliar con la enfermera y al profesional lo distinguen como jefe.”*

NF1P3: *“Creo que un 50% tiene la siguiente imagen del enfermero: el jefe ogro, el que mira mal a todo el mundo, el que regaña, el que trata mal a los pacientes.”*

NF3P1: *“Una compañera que estaba terminando el posgrado de cuidado intensivo hizo un trabajo referente a la imagen que tenían los pacientes y los familiares del enfermero, muchas de las percepciones que la gente exclamó fue: yo no sé quién es el enfermero, el que aspira las secreciones al paciente debe ser el terapeuta. Otros decían, sí yo sé quién es, esa enfermera un día se me presentó, se me puso a la orden, me invitó a hacerle preguntas sobre mi situación; fue entonces cuando yo me animé a hablar. Otros decían, yo no sé quién es pues todos están de blanco. Entonces hay diferentes percepciones porque así como hay malas, hay un grupo de personas que identifican muy bien a los enfermeros por el trabajo y la imagen que han desarrollado.”*

7.2.2.3 Subcategoría “Autoimagen profesional”. Apreciaciones sobre esta subcategoría: hay una mala utilización de la palabra “jefe”, pues el profesional recurre a esta solamente con el propósito de ganar estatus, la palabra por sí sola no proporciona el valor en la justa dimensión. En las IPS hay mucha sumisión, se irrespeta y subvalora el trabajo desarrollado por Enfermería. Toda función nueva que surge en el servicio se le asigna a la enfermera, así no sea de su incumbencia. En las EPS y ARL la enfermera actúa con más independencia, reconocimiento y estatus; allí se ejerce como profesión más liberal, aunque se gana un poco menos. En la parte asistencial no hemos aprendido a hacernos respetar frente a otras profesiones, tal vez porque a veces nos hace falta la seguridad para hablar con criterio científico.”

NF1P2: *“Hay colegas que utilizan la palabra jefe, pero no todas las veces se ejerce el liderazgo que la misma palabra implica, muchas veces acudimos a esa jerarquía para tener cierta posición en las organizaciones.”*

NF1P2: *“En las IPS se ve mucha sumisión, hay irrespeto por parte de otras profesiones; si bien es valorado por el conocimiento, toda función nueva se le asigna al enfermero porque seguramente lo hará bien, muchas veces confundimos lo bueno con me aguanto de todo, le produzco lo que usted quiera. En la parte asistencial no hemos aprendido a hacernos respetar frente a otras profesiones, tal vez porque a veces nos hace falta la seguridad para hablar con criterio científico.”*

NF1P2: *“En otras organizaciones como las EPS, las ARP hay más independencia para el ejercicio profesional, el enfermero tiene un poco más de autonomía, un poco más de estatus, es un poco más liberal; sin embargo, salarialmente no se ve mucho la diferencia; en clínica se puede ganar un poco más que en la parte administrativa pero hay menos autonomía.”*

Se consideró que actualmente la profesión cuenta con limitaciones políticas y económicas que se traducen en limitaciones mentales para valorar la importancia de nuestra profesión y esto incide en la imagen que tienen otros de nosotros. No se le da valor al conocimiento y a la labor que hace el profesional, a pesar de considerarse una profesión fundamental en las instituciones;

NF1P2: *“En las IPS tenemos un problema, nosotros no dimensionamos la importancia de nuestro quehacer, tenemos limitaciones políticas y económicas que se traducen en limitaciones mentales para valorar la importancia de nuestra profesión; no hemos aprendido a reconocer el valor de nuestras intervenciones,*

creatividad, innovación y habilidades y esto incide en la imagen que tienen otros de nosotros.”

NF2P1: *“Yo estoy completamente seguro que un gerente, un administrativo de cualquier clínica, sabe que enfermería es el eje principal de una institución y sin enfermería una institución se desbarata”*

NF2P1: *“Yo pienso que todo lo que dicen nuestros compañeros, aquí presentes, es muy cierto, pero también he visto un lado de enfermería que es muy sumiso. A veces un poquito sumisos y a veces no le damos el valor suficiente a nuestros conocimientos y a lo que nosotros hacemos, por eso a veces en muchas partes no se nos reconoce como debería ser.”*

NF2P3: *“...en las actividades clínico-asistenciales, el enfermero no se muestra en todos sus campos; porque hay limitaciones para ejercer sus funciones.”*

Se estimó que la sobrecarga de trabajo ha afectado la calidad del cuidado directo del paciente pues la enfermera se concentra en las labores administrativas. Por otro lado, algunas veces, al profesional le da pena decir que es enfermera o enfermero, no valora su quehacer y tiene poca identidad. Hay profesionales que simplemente acatan las órdenes de los médicos. La imagen que el enfermero proyecta, la construye al desarrollar cualidades que lo hacen merecedor de un profesional importante. Sólo el día en que marquemos la diferencia y valoremos lo que hacemos, lograremos que nos reconozcan.

NF2P7: *“También considero que la sobrecarga de trabajo ha hecho que el enfermero se vaya para otro lado y se le olvida la palabra cuidado; entonces, gestiona y se vuelve más administrativo como todo los podemos ver, en clínica y comunitaria.”*

NF3P1: *“A veces al profesional le da pena decir que es enfermera o enfermero y que le voy a hacer un determinado procedimiento; entonces, si nosotros no valoramos lo que hacemos nadie nos va a valorar, solo desde ese día en que marquemos la diferencia y valoremos lo que hacemos, lograremos que nos reconozcan.”*

NF3P1: *“Como hacemos tantas cosas y lo hacemos bien, por esta razón nos han puesto mucho trabajo que a veces se desenfoca su quehacer de enfermería, que*

es el cuidado; cuidar implica muchas cosas, que van desde el conocimiento administrativo, de patologías y del quehacer mismo de enfermería; entonces nos han sumado tantas cosas que a veces no sabemos qué es lo que tenemos que hacer de verdad; entonces hay muchos profesionales de la salud que se dedican a la administración, como lo hablamos hace un momento; y a estos se les olvida que inicialmente son enfermeros, entonces se pierde la importancia de la enfermera.”

NF3P1: *“la imagen que tengan de nosotros como enfermeros la construimos nosotros mismos, como grupo desarrollamos unas cualidades que hacen que los pacientes, la comunidad y los patronos puedan reconocernos como personas importantes.”*

NF3P1: *“...somos importantes y sí nos reconocen, pero, ¿A través de qué? De la misma imagen que nosotros mismos proyectemos. Somos importantes, y creo que los administradores lo saben pero a veces a nosotros nos hace falta firmeza y decir cuánto valemos; cada uno y como grupo nos debemos dar el reconocimiento.”*

NF3P1: *“...creo que depende de la identidad que le da cada uno a la profesión, cada cual desarrollará su propia identidad; entonces, el enfermero al encontrarse en un determinado entorno laboral no pasará desapercibido, si este hace sentir su opinión como profesional y emite sus juicios.”*

NF3P1: *“Estoy completamente segura, de que cada uno desarrolla esa identidad profesional para poner en alto el nombre de la enfermería y depende de nosotros como enamorarnos de nuestra disciplina, siempre he dicho que enamorarse de enfermería es lo principal.”*

GF4P3: *“En enfermería uno tiene muchas responsabilidades; acatamos órdenes de los médicos, pero los que realmente estamos pendientes del paciente somos nosotros.”*

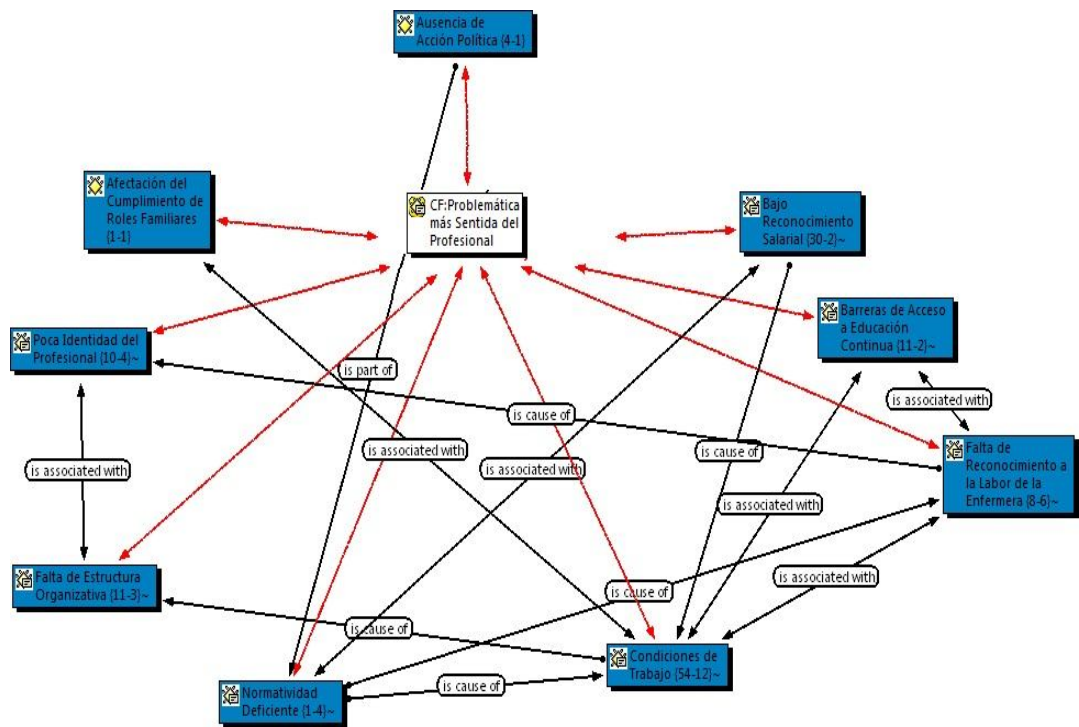
Profesionales del área de la salud con el mismo tiempo de formación académica en pregrado, son llamados “doctores”; esta situación hace sentir inferior al profesional de Enfermería; para que a una enfermera le digan doctora tiene que haber realizado estudios de postgrado a este nivel.

NF2P5: “Mi apreciación es que todavía nos falta, a los terapeutas y a los nutricionistas le dicen doctores. Yo no me muero porque a uno le digan doctor, lo que le digan es lo de menos, pero es como si ellos tuvieran un rango más, viendo que estamos en el mismo nivel.”

GF4P6: “A una nutricionista, bacterióloga o terapeuta le dicen doctora, pero a nosotras las enfermeras nunca nos dan esta categoría; la enfermera siempre va en un cargo más bajo que el de la doctora, no vamos a ser doctoras sino hacemos un doctorado.”

7.2.3 Categoría “Problemática más sentida”. En total, se identificaron nueve situaciones problemáticas que afectan a los profesionales de Enfermería del Huila, mismas que constituyen las nueve subcategorías siguientes:

Figura 4. Problemática más sentida.



Fuente: Propia del estudio

Tabla 2. Co-ocurrencia de la problemática más sentida.

Problemáticas Más Sentidas Subcategorías Con Relación	Ausencia de Acción Política	Bajo Reconocimiento Salarial	Barreras de Acceso a Educación Continua	Condiciones de Trabajo Inadecuadas	Falta de Estructura Organizativa	Falta de Reconocimiento a la Labor de la Enfermera	Poca Identidad del Profesional
Ausencia de Acción Política	0	3	0	1	3	2	0
Bajo Reconocimiento Salarial	3	0	6	15	8	5	7
Barreras de Acceso a Educación Continua	0	6	0	8	1	4	3
Condiciones de Trabajo	1	15	8	0	3	6	5
Falta de Estructura Organizativa	3	8	1	3	0	2	2
Falta de Reconocimiento a la Labor de la Enfermera	2	5	4	6	2	0	3
Poca Identidad del Profesional	0	7	3	5	2	3	0
Total	9	44	22	38	19	22	20

Fuente: Propia del estudio.

Como se puede apreciar en la tabla 2, los cinco primeros problemas, según orden descendente en grado de afectación son: bajos salarios, condiciones de trabajo inadecuadas, falta de reconocimiento a la labor de enfermería, barreras de acceso a educación continuada y baja identidad profesional.

Los bajos salarios están influenciados por condiciones de trabajo inadecuadas, falta de una estructura organizativa, poca identidad profesional y barreras de acceso a educación continua. Las condiciones de trabajo inadecuadas están asociadas a bajos salarios, barreras de acceso a educación continua y falta de reconocimiento a la labor de Enfermería. Esta última tiene relación directa con condiciones de trabajo inadecuadas, bajos salarios y barreras de acceso a educación continua.

Las barreras de acceso a educación continua están influenciadas por condiciones de trabajo, bajos salarios y falta de reconocimiento a la labor de enfermería. La baja identidad profesional está asociada a bajos salarios y condiciones de trabajo inadecuadas.

Los participantes asocian ausencia de acción política y de liderazgo con falta de una estructura organizativa y bajo reconocimiento salarial; este déficit ha permitido el accionar de políticos de turno que han aprovechado la debilidad del gremio para manejar su caudal electoral en el sector salud.

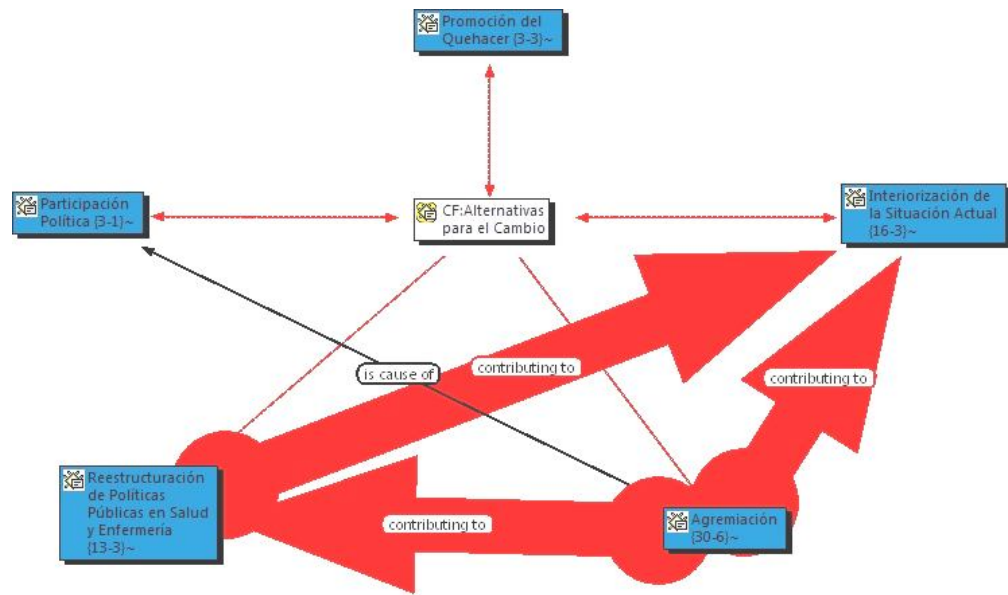
GF4P7: *“Sin enfermería no existiría el hospital, y somos muy importantes, pero nos falta liderazgo, más verraquera. ¿Pero qué pasa?, cuando a mi me contratan, me contratan por un recomendado, porque el alcalde es amigo mío, pero cuando se va el alcalde o gerente chao y te vi, y entra el nuevo grupito del próximo mandato, la mayoría de personas que están en cargos públicos es porque están recomendadas.”*

PF5P6: *“...en nuestra institución las auxiliares son miradas como un fortín político, este es el único puesto del que se han agarrado para cumplir sus compromisos, eso hace parte de la imagen que tienen las entidades ante el personal de enfermería.”*

PF5P6: *“Nosotros tenemos una ventaja frente a las auxiliares, y es que somos poquitos, con las auxiliares de enfermería hay una dificultad mayor, una gran demanda.”*

7.2.4 Categoría “Alternativas para el cambio”. Al indagar acerca de las alternativas para el cambio, los profesionales que participaron en los grupos focales centraron su atención en cinco aspectos fundamentales: agremiación, interiorización de la situación actual, reestructuración de políticas públicas de salud y enfermería, promoción del quehacer propio y participación política.

Figura 5. Alternativas para el cambio.



Fuente: Propia del estudio.

Como se observa en la figura 5, la agremiación es el factor determinante para lograr el cambio de la realidad de enfermería en el Huila; hallazgo que coincide con lo relatado en la categoría <<problemática más sentida>> donde los profesionales después de un consenso priorizaron “falta de una estructura organizativa” como el problema más urgente por resolver.

Con base en lo anteriormente expuesto y producto del trabajo de grupo se formularon los objetivos y las actividades a desarrollar para resolver cada uno de los problemas más sentidos:

Tabla 3. Plan de acción formulado para el problema “Falta de una estructura organizativa”.

PROBLEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES
Falta de una estructura organizativa	Fortalecer la identidad y la agremiación profesional en estudiantes y egresados del programa de enfermería.	Identificación de enfermeros y estudiantes líderes del departamento del Huila para la realización de una primera reunión de trabajo en torno al desarrollo de identidad profesional.
		Fortalecimiento de una organización estudiantil reconocida e impulsada por la Universidad Surcolombiana.
		Fortalecimiento de la asociación de egresados del programa de enfermería y articulación con la organización de estudiantes.
		Incurción en la política local y nacional
	Conformar una estructura organizativa y gremial de profesionales en enfermería del departamento del Huila articulada con ANEC.	Difusión de la situación actual de los profesionales de enfermería del Huila por diversos medios de comunicación.
		Invitación y reunión a la mayor cantidad de enfermeros de las diversas instituciones del Huila que estén interesados en la conformación de una estructura organizativa de enfermeros del Huila.
		Realización de reuniones programadas con profesionales del Huila para discutir estatutos, aprobarlos y definir fecha para legalizar la asociación.
		Vinculación al Tribunal Regional de Ética y al Consejo Técnico Departamental de Enfermería

Fuente: Propia del estudio.

Tabla 4. Plan de acción formulado para el problema “Bajo Reconocimiento salarial”

PROBLEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES
<p style="text-align: center;">Bajo reconocimiento salarial</p>	<p>Implementar estrategias que permitan el mejoramiento de condiciones salariales de los profesionales de enfermería del departamento del Huila.</p>	<p>Identificación y reunión con enfermeros y/u otras personas que tengan afinidad por la mejora de las condiciones salariales de los profesionales de enfermería y que incursionen en la política nacional.</p>
		<p>Asesoramiento acerca de legislación, experiencias y estado del arte en el tema de reconocimiento de derechos laborales en enfermería y/u otras profesiones de la salud a nivel nacional e internacional.</p>
		<p>Construcción de un escalafón salarial para profesionales de enfermería de acuerdo a estudios realizados y experiencia laboral para ser radicado en el Congreso de la República.</p>
		<p>Hacer una revisión del presupuesto de las instituciones dedicados al pago de los servicios del profesional de enfermería</p>
		<p>Coordinar con las entidades empleadoras y las formadoras de profesionales de Enfermería, la financiación y desarrollo de actividades de educación continuada</p>

Fuente: Propia del estudio

Tabla 5. Plan de acción formulado para el problema “deterioro de las Condiciones de trabajo”

PROBLEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES
Deterioro de las condiciones de trabajo	Implementar estrategias que permitan el mejoramiento de condiciones laborales de los profesionales de enfermería del departamento del Huila.	Conformación de un comité pro-defensa de los derechos laborales en el organigrama de la Asociación de enfermeros del Huila.
		Identificación de enfermeros líderes con habilidades creativas interesados en la creación de una campaña publicitaria en pro del trabajo decente de los profesionales de enfermería del departamento del Huila.
		Realización de reuniones de enfermeros líderes interesados en la realización de una campaña publicitaria con profesionales de publicidad para la construcción y difusión del proyecto.
		Revisión de la normatividad actual en cuanto a modelos de contratación de enfermeros en Colombia y difundirlo en un evento departamental y/o nacional.
		Generación de estrategias para asunción del rol profesional
		Preparación de propuesta dirigida a los empleadores para la programación de turnos fijos.
		Definición de estándares de calidad para el ejercicio de la profesión.
		Desarrollo de programas de educación continuada mediante módulos innovadores y que sean homologables a estudios de postgrado
		Creación de un sitio web para divulgar datos de interés del personal de enfermería, además de un banco de ofertas laborales y académicas.

PROBLEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES
		Construcción de un manual de funciones del profesional de enfermería enfocado a los roles y el cuerpo teórico de la profesión en busca de suprimir la sobrecarga laboral con funciones que no corresponden a su ejercicio profesional.
		Coordinación con los enfermeros de las diferentes IPS para formular y/o actualizar estándares de calidad de cuidado de los diferentes servicios.

Fuente: Propia del estudio.

8. DISCUSIÓN

Cuando se indagó sobre el sentido de identidad profesional hubo coincidencias en la identificación de la esencia, el propósito y el fin de la Enfermería, de los sujetos de cuidado y de los campos de acción profesional; sin embargo, en la definición de Enfermería no se verbalizaron aspectos claves consignados en el artículo tercero de la Ley 266 de 1996 (4), “profesión liberal”, “disciplina de carácter social”, “fundamenta su práctica en los conocimientos de las ciencias biológicas, sociales, humanísticas y sus propias teorías y tecnologías”.

Respecto a los roles se omitieron competencias fundamentales como la participación en la formulación, diseño, implementación y control de políticas, programas, planes, modelos y proyectos de atención en salud y enfermería; la definición y aplicación de criterios y estándares de calidad; asesorías y consultorías; todas ellas, características asociadas al desempeño autónomo. Llamó la atención la inclusión del desarrollo de acciones básicas o de confort y de otras que no se corresponden con el nivel de formación, lo cual puede indicar dificultad a la hora de asumir responsabilidades inherentes a la disciplina, estimular la sobrecarga de trabajo y la delegación de actividades propias. Todo ello con repercusiones negativas en la identidad profesional.

La identidad, como lo define Habermas (citas), es nuestro propio proyecto, no nace de la nada, es parte vital en el desarrollo de objetivos, se desarrolla en la medida en que nos planteamos metas. Etking y Schvarstein (citas) refieren que la identidad nos lleva a comprender cualitativamente diferente y con profundidad y Costa afirma que su fin último es diferenciar. La identidad se construye diariamente y está influenciada por el contexto.

Por tanto, se debe trabajar desde los primeros niveles de formación la interiorización de la identidad profesional.

Los enfermeros del departamento del Huila consideran que a nivel de las instituciones, enfermería es fundamental e indispensable, y que se les contrata por su capacidad de administración de los servicios y la buena coordinación de programas e instituciones. Sin embargo no se les da el reconocimiento salarial ni social que merecen y tampoco se les tiene en cuenta en las decisiones administrativas de su empresa, las mismas que a la larga terminan afectando sus condiciones laborales de manera negativa. Estos aspectos coinciden con lo expuesto por Castrillón (2001) en su estudio, donde menciona que en Colombia

hay precarización de las condiciones laborales, aumento de la carga laboral, inestabilidad, baja remuneración, situación de gran insatisfacción en enfermería.

En cuanto a la imagen que se cree tiene la comunidad de los enfermeros del Huila, es una manera de conocer las demostraciones de satisfacción de los usuarios del sistema de salud, la dimensión que tiene el quehacer del profesional, y el impacto del mismo a nivel tanto de las instituciones de salud como ante la sociedad. Mostrando las expectativas que tienen los usuarios, las fallas en la prestación del cuidado y las fortalezas de la profesión; información que puede ser utilizada posteriormente para la implementación de estrategias que permitan fortalecer el reconocimiento de la enfermería.

Acerca de qué imagen tiene la comunidad del profesional de enfermería, concluyeron que se les ve como agente educativo e informativo, quien brinda educación para evitar la progresión de la enfermedad. Esta situación está directamente relacionada con los postulados de Peplau quien contempla que la enfermería aborda las problemáticas empezando en la recogida de datos, hasta solución de las mismas, destacando igualmente el papel de educador de la enfermero, describiendo la enfermería como un instrumento educativo del que el usuario recibe todo lo que desea conocer de diagnósticos, procedimientos y el proceso de su enfermedad.

Aunque el nombre de la enfermería no se ha posicionado como se desea, la imagen del profesional en la comunidad ha mejorado en comparación a años atrás, se considera que enfermería ha adquirido un poco de estatus social sobre todo en servicios de primer nivel. Pese a este aspecto positivo, los profesionales perciben que la comunidad no ha logrado diferenciar al enfermero, y en muchas ocasiones se le confunde con el personal auxiliar.. Conscientes de esta problemática y como un intento por marcar la diferencia entre el enfermero y el personal auxiliar, los mismos profesionales recurren a recursos como el de hacerse llamar “jefes” hecho que podría agravar más la situación porque al usar esta denominación el profesional se estaría desligando de su naturaleza como enfermero promoviendo la falta de identidad. Otro recurso que fue referido por los profesionales para diferenciarse es el uso de uniforme blanco, símbolo que hoy ha perdido relevancia porque enfermeros, auxiliares e incluso otros profesionales usan este color en sus uniformes.

En conclusión el profesional de enfermería busca y es reconocido por el uso de la palabra “jefe” y el uniforme blanco más que por sus acciones; el 59% de los participantes identifican al auxiliar de enfermería como si fuese el profesional. Corresponde pues a los enfermeros, dedicar tiempo suficiente al cuidado de las

personas, las familias y los colectivos desde una perspectiva científica e imprimir el sello que le permita a todas las personas, independiente de su nivel de formación, establecer las diferencias entre el quehacer específico de cada uno de los integrantes del equipo de salud y de ésta manera tengan elementos suficientes para valorar su trabajo en las justas proporciones.

La imagen que tiene la comunidad huilense de sus enfermeros es similar a la encontrada por Quesada, Obando, Romero, Torres y Guzmán en *“Percepción de los usuarios y usuarias del quehacer de enfermería en el primer nivel de atención”*, estudio mediante el cual se identificó una percepción errónea de las personas adultas acerca del rol de Enfermería en el primer nivel de atención, debido a factores como desconocimiento del perfil y funciones de los enfermeros y a la superposición de funciones entre los integrantes de los equipos de trabajo en salud.

Pese a que la imagen de los profesionales de enfermería percibida por parte de la comunidad ha mejorado en las últimas décadas, los enfermeros del Huila identifican que la sociedad en general le da mayor peso a las opiniones de otros profesionales, en especial al personal médico, contribuyendo aún más a la subvaloración de la profesión. Esta situación puede estar influenciada porque a la enfermería, históricamente se le han atribuido valores como la sumisión, la abnegación y la falsa idea diseminada en la sociedad de que los enfermeros son los ayudantes del médico. Haciendo eco a esta realidad en estudio realizado por el Colegio Oficial de Enfermería de Málaga (2005) se concluyó que los enfermeros perciben que la población no puede apreciar las intervenciones de enfermería porque es opacada y desvanecida por otras profesiones.

Mejorar la imagen que se tiene de los enfermeros exige la formulación, implementación y evaluación de estrategias en dos direcciones: hacia dentro, desarrollando fuerte sentido de identidad y asumiendo lo propio en cada uno de los escenarios de práctica profesional. La segunda, irrumpiendo en los diferentes escenarios políticos y en los medios masivos de comunicación.

Según Álvarez (cita), la identidad profesional es concebida como una entidad individual construida en relación a un espacio de trabajo y a un grupo de referencia; de ahí que este esfuerzo deba ser colectivo. Se construye identidad cuando hay apropiación de un discurso coherente y consistente, cuando la praxis se soporta en referentes teórico científicos y cuando se interviene activamente en la toma de decisiones. Al unísono hay que buscar espacios políticos, trabajar en grupo, visibilizar el papel que desempeñan los profesionales del ramo en los diferentes campos de acción, entre otros. Estas estrategias acarrear

consecuencias prácticas y benéficas para la vida individual de los miembros de una profesión. Si a la profesión le va bien, a sus miembros también y cuando a los colectivos les va bien hay satisfacción y motivación. No es tarea fácil asumir este reto en tiempos caracterizados por un modelo económico, cultural, social y político actual que ha enfatizado en el individualismo y la competencia, llevándonos a adoptar actitudes defensivas y egoístas: *mirar al otro/a como un posible enemigo y/o competidor*. A causa del choque de intereses entre la misión social de las profesiones y la misión de mercado de las instituciones, hoy se vive una tensión permanente en las relaciones de trabajo, constituyendo la cohesión social un dilema profesional.

Además de una falta de identidad, los profesionales del departamento del Huila concluyeron que las problemáticas más sentidas por el gremio sólo podrían ser solucionadas si se establecía una estructura organizativa de enfermeros en el departamento. Dicha organización lucharía para mejorar situaciones como bajos salarios, deterioro de las condiciones laborales, falta de reconocimiento de la labor de enfermería, barreras de acceso a la educación continuada y la misma baja identidad.

Las problemáticas antes referidas son afines a los resultados obtenidos en estudios como el de Briseño & Et al, 2005 que identificó insatisfacción de los enfermeros porque la sociedad los identifica como auxiliares de los médicos, asumen tareas que no se corresponden con el nivel de formación, sobrecarga laboral y baja remuneración y el realizado en Argentina por Heredia, Felizzia, Piovano y Bonelli, que hallaron problemas como ausencia de una estructura organizacional y sobrecarga laboral.

En general, existe concordancia entre las inconformidades de los enfermeros del Huila y las de enfermeros de otros contextos geográficos, por lo tanto sería acertado indagar en futuros estudios si estos problemas dependen de la ausencia de estructuras organizativas, locales o nacionales, pues está demostrado que una organización consolidada influye positivamente en aspectos como la mejora del salario y las condiciones laborales.

Para dar solución a las problemática más sentidas, los profesionales formularon un plan de acción a corto, mediano y largo plazo centrándose en Agremiación, interiorización de la situación actual, restructuración de políticas públicas de salud y enfermería, promoción del quehacer propio y participación política.

Las anteriores alternativas concuerdan con actividades registradas en el plan de desarrollo 2008-2019 de ACOFAEN. Se puede destacar garantizar el intercambio de información y el establecimiento de vínculos académicos e investigativos que permitan la optimización de los recursos y las prácticas de enfermería, la colaboración en el Tribunal de ética de enfermería y la participación política.

Por su parte también en los objetivos de la ANEC definidos en sus estatutos, se pueden encontrar aspectos relacionados; centrados en dar solución a la falta de una estructura organizativa, el deterioro de las condiciones laborales y al poco reconocimiento salarial.

De esta manera se fundamenta la factibilidad y viabilidad del plan de acción formulado por los profesionales de enfermería del departamento del Huila, puesto que va articulado con los propósitos de los más importantes entes reguladores de la enfermería de Colombia, lo que facilitaría el proceso de conformación y el desarrollo de actividades de una estructura organizativa Huilense que pueda representar los intereses particulares de los enfermeros del departamento.

En la búsqueda de realización de un colectivo de profesionales, es justo y necesario la formulación de políticas públicas, mismas que surgen de la necesidad o el conflicto, o como lo señala Taylor, del “deseo de habitar dentro de un entorno predecible”, desde donde cobra vigencia el postulado aristotélico del Arte de gobernar. Uno de los más grandes errores es accionar sin conocer bien la situación que se quiere cambiar y actuar sin saber a qué política responde su accionar. Por otra parte, es necesario desarrollar en los actores sociales, los profesionales, los líderes y los mismos políticos, el arte de la conducción política, característica que algunos consideran es una habilidad innata porque es cuestión de tacto, pero en realidad es un conocimiento y un saber que, como la aplicación consciente de un arte, busca contextualizar, problematizar, analizar, describir realidades y futuros y consensuar. Formular una política, implica jugar con el PODER, entendido éste como un sistema de fuerzas que involucra tanto la lógica (los fundamentos del Enfoque), como los tiempos (los intereses) y los sueños (la historia y la tradición). Con la política, como en una guerra de trincheras, se privilegia no la acción rápida, a corto plazo, pero si la ocupación paulatina de posiciones firmes, desde donde se puede avanzar.

Los profesionales de Enfermería son parte esencial del equipo de atención de salud. Entendemos la interacción de los pacientes o clientes y de sus familias con los diversos dispensadores de salud que participan en los cuidados. Nos encontramos en una excelente posición para asesorar sobre las consecuencias políticas encaminadas a conseguir la calidad en la atención de la salud. Sin

embargo, ésta claro que esto no es suficiente para que los enfermeros y enfermeras puedan influir en la forma en que se adoptan las decisiones. Es esencial que entendamos claramente el modo en que nuestra política se elabora. Y si se aplica, sin esta comprensión de la elaboración de la Política, la Enfermería no formará parte del proceso. Es necesario diseñar hoy un futuro extraordinario, porque ahí pasaremos el resto de nuestras vidas.

9. CONCLUSIONES

Los enfermeros del departamento del Huila en conjunto asocian la enfermería al cuidado identificándolo como la esencia de la profesión, sin embargo existe una confusión entre la definición, roles y actividades de enfermería. Ello denota falta de identidad profesional.

Las problemáticas más sentidas por los profesionales de Enfermería del Huila son: bajos salarios, deterioro de las condiciones de trabajo, falta de reconocimiento a la labor de enfermería, barreras de acceso a educación continuada y baja identidad profesional. Sin embargo la “falta de una estructura organizativa” es la más urgente de solucionar; con ella se resolvería lo relacionado con “bajo reconocimiento salarial” y “deterioro de las condiciones de trabajo.”

En su mayoría las alternativas para el cambio propuestas por los profesionales, son afines o están contenidas en los planes de desarrollo de asociaciones como la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC y la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN.

Las alternativas para el cambio, con las cuales se espera dar solución a los grandes problemas de la Enfermería en el Huila se sintetizan en cinco aspectos: Agremiación, interiorización de la situación actual, estructuración de políticas públicas de salud y enfermería, promoción del quehacer propio y participación política.

10. RECOMENDACIONES

Fortalecer la identidad profesional desde el pregrado, promoviendo la participación, la agremiación y el reconocimiento de los roles y el quehacer propio de la Enfermería. Las labores propias de enfermería no pueden quedarse en una concepción abstracta.

Para la interiorización de la situación socio-laboral actual por parte de todo el colectivo de Enfermería y generar transformaciones pertinentes se recomienda la participación activa de este colectivo en actividades políticas, científicas y gremiales.

Es conveniente hacer seguimiento al plan de acción formulado para garantizar su trascendencia y retroalimentación permanente.

BIBLIOGRAFÍA

ALVAREZ M., F. *Perfeccionamiento docente e identidad profesional*. <http://mt.educarchile.cl/MT/Falvarez/PonenciaDOCENCIA.doc>. Educarchile. Chile, 2004.

ARIAS J., Milena. «Factores del clima organizacional influyentes en la satisfacción laboral de enfermería, concerniente a los cuidados intensivos neonatales del Hospital Nacional de Niños, 2004.» (Enfermería) XXVIII, nº 1 (2007).

BAUMAN, A. «Positive practice: Quality workplaces= Quality patient care. International Council of Nurses .» Consejo Internacional de Enfermería. 2007. <https://www.icn.ch/publications/2007-positive-practice-environments-quality-workplaces-quality-patient-care/> (último acceso: 23 de Marzo de 2012).

BELLO F., N. L., M. C. FENTON T., ZUBIZARRETA E., y M. «Elementos de transformación y humanización de la enseñanza de Enfermería Universitaria. Cuba. 1976-2006.» (Rev Cubana Enfermer) XXIII, nº 1 (2007).

BRISEÑO, Carlos E. «Satisfacción laboral en el personal de enfermería del sector público.» (Revist@ Electrónica de Medicina Intensiva -ReMI-) V, nº 4 (2005).

CASTRILLÓN M., y col. «La enfermería en Colombia y la reforma del sector salud.» (Invest. Educ. Enferm.) XVII, nº 1 (1999).

CISNEROS G., Fanny. «Introducción a los modelos y teorías de Enfermería.» *Unicauca*. Universidad del Cauca. Agosto de 2002. <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYMo delosDeEnfermeria.pdf> (último acceso: 09 de Abril de 2012).

COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE MÁLAGA. *El desarrollo de la Enfermería en la provincia de Málaga. Percepción de los profesionales*. 2005. http://www.colegioenfermeriamalaga.com/Web/Publicaciones/desarrollo_de_la_enfermeria. (último acceso: 24 de Abril de 2012).

COLOMBIA. Congreso de la República *Ley 266: "Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones."* Avance Jurídico Casa Editorial Ltda. 06 de Enero de 2012. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1996/ley_0266_1996.htm I (último acceso: 14 de Abril de 2012).

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. *Definición de Enfermería*. CIE. 12 de Abril de 2010. <http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/> (último acceso: 01 de Abril de 2012).

«GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA.» Biblioteca Lascasas. 22 de Mayo de 2006. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0159.php> (último acceso: 18 de Abril de 2012).

DEL RIO MORO, O., y M.C. PEREZAGUA G. «Satisfacción personal de enfermería. ¿Se cumplen nuestras expectativas? .» *Federación Argentina de Cardiología*. Enfermeros del Hospital Virgen de la Salud de Toledo, España. . Septiembre de 2005. <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/tl014/tl014.pdf> (último acceso: 06 de Abril de 2012).

FERRAZ C.A.,y MISHIMA, S. «La reforma del sector salud y sus implicaciones en la práctica, la regulación y la educación en enfermería en Brasil.» En *La reforma del sector salud y sus implicaciones para la práctica, la regulación y la educación de enfermería: un estudio de cinco países.*, de Mendias E, eds. Guevara EB, 67-79. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2001.

GONZÁLES H., D., y col. «Determinantes de la satisfacción en el trabajo de las enfermeras comunitarias de la DISA V, Lima Ciudad.» (Rev enferm Herediana) I, nº 2 (2008).

GUEVARA, Edilma B. y MENDIAS, Elnora P. « comparative analysis of the changes in nursing practice related to health sector reform in five countries of the Americas.» (Rev Panam Salud Publica) XII, nº 5 (2002).

HEREDIA A.M., y col. *La reforma del sector salud y sus implicaciones en la práctica, la regulación y la educación en enfermería en Argentina.*» En *La reforma del sector salud y sus implicaciones para la práctica, la regulación y la educación*

de *enfe*, de Mendias E., eds. Guevara E.B., 39-66. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, 2001.

HERNANDEZ C., Juana. *Cuestiones de Enfermería*. de España.: McGraw-Hill/Interamericana, 1996.

J., Drew. «La reforma del sector salud y sus implicaciones en la práctica, la regulación y la educación en enfermería en los Estados Unidos.» En *La reforma del sector salud y sus implicaciones para la práctica, la regulación y la educación de enfermería: un estudio de cinco países.*, de Mendias E, eds. Guevara EB, 115-128. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2001.

«Jefatura delegacional de prestaciones médicas, coordinación delegación de educación de salud, escuela de enfermería, incorporada a la UADY registro profesiones 71-XIII-338, 2009-2010.» . IMSS. 2009-2010. <http://es.scribd.com/doc/50750980/Historia-de-la-Enfermeria-en-Mexico> (último acceso: 03 de Abril de 2012).

JIMENEZ, Gloria Ángel. «CONCEPCIONES ACERCA DEL LIDERAZGO DE ENFERMERÍA.» (Enfermería Global), nº 9 (2006).

MARRINER, Ann & *et al.*. *Modelos y Teorías en Enfermería*. Madrid, España: Elsevier, 6da Ed., 2007.

MASLOW, A. H. *Motivation and personality*. New York, United States: Harper and Row Ed, 1970.

MATAMOROS Q., Karla ;OBANDO, Susana y cols. Percepción de los usuarios y usuarias sobre el quehacer de enfermería en el primer nivel de atención.» (REVENF), nº 12 (2007).

MIRANDA CAMACHO, Guillermo. «Política curricular, crisis de legitimación y hegemonía neoliberal. Una visión desde la sociología de la educación crítica.» (Revista de Ciencias Sociales) I, nº 115 (2007): 13-34.

ORTIZ, Alfredo, y Guillermo RIVERO. «Desmitificando la Teoría del Cambio.» Building Capacity Worldwide. 2007. http://www.rootchange.org/about_us/resources/publications/DemistificandolaTeoriadeCambio.pdf (último acceso: 26 de Abril de 2012).

PARRA L., Sarella, y Tatiana PARAVIC K. «Satisfacción laboral en enfermeras/os que trabajan en el sistema de atención médica de urgencias (SAMU).» (Cienc. enferm.) VIII, nº 2 (Diciembre 2002).

PAZ M.A., y MARTÍNEZ, G. «La reforma de salud y sus implicaciones en la práctica, regulación y educación en enfermería en Monterrey, Nuevo León, México.» En *La reforma del sector salud y sus implicaciones para la práctica, la regulación y la educación de enfermería: un estudio de cinco países.*, de Mendias E, eds. Guevara EB, 103-114. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, 2001.

PICO M., Maria E. «Universidad de Caldas.» *Nuevas condiciones laborales para el profesional de enfermería.* s.f. http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%207_9.pdf (último acceso: 01 de Abril de 2012).

Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). *Entornos de trabajo saludables, Guías de buenas prácticas, Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en enfermería.* Ontario: Investén, 2006.

ROLES DE LA ENFERMERA EN COLOMBIA EN EL SIGLO XX. Publicaciones & Reflexiones. 05 de Octubre de 2010. <http://analuisa-velandia-mora-publicaciones.blogspot.com/2010/10/roles-de-la-enfermera-en-colombia-en-el.html> (último acceso: 23 de Marzo de 2012).

SAYAGO Q., Z. B., y M. A. y cols. «Construcción de la identidad profesional docente en estudiantes universitarios.» (Educere) XII, nº 42 (2008).

SOCIEDAD MEXICANA DE MEDICINA DE EMERGENCIA A.C. «Liderazgo en Enfermería en .» CONAMED. s.f. <http://www.smme.org.mx/documentacion/LiderazgoEnfermeria.pdf> (último acceso: 23 de Abril de 2012).

TECHERA, J. *Ficha 3 de dinámica de grupos*. Facultad de Psicología, Universidad Católica de Uruguay Damaso Antonio Larrañaga. s.f. http://ipes.anep.edu.uy/documentos/curso_dir_07/modulo4/materiales/crisis.pdf (último acceso: 28 de Marzo de 2012).

VELANDIA M., A. L. *Roles de la Enfermera en Colombia en el Siglo XX*. Publicaciones & Reflexiones. 0 de 2010.

VERDERESE, O. «Análisis de la enfermería en la América Latina.» (Educ Méd Salud) XIII, nº 4 (1979).

ZAMORANO P., I. C. «Identidad profesional en enfermería: un reto personal y profesional.» (Invest. educ. enferm) XXVI, nº 2 (2008).

ANEXOS

Anexo A. Instrumento.

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

**ESTRATEGIA PARTICIPATIVA PARA EL CAMBIO DE LA REALIDAD DE
ENFERMERÍA. HUILA, 2012**

GUIA PARA ENTREVISTA DE GRUPOS FOCALES

Objetivo: Explorar con los enfermeros del Huila el sentido de identidad profesional, condición inicial para la reflexión crítica de la situación actual, que conduzca a la construcción de un plan de acción participativo para el mejoramiento de las condiciones socio-laborales.

PREGUNTAS A DESARROLLAR DURANTE LA ENTREVISTA

1. ¿Qué es enfermería y cuáles son las funciones que lo diferencian de otros profesionales de salud?
2. ¿Qué imagen creen ustedes que se tiene respecto a la labor del profesional de enfermería, a nivel de entidades de salud y de la comunidad en general?
3. ¿Cuáles son los problemas más sentidos por los profesionales de enfermería en el Huila?
4. ¿Qué estrategias pueden ser más efectivas para resolver la problemática de los profesionales de enfermería en el Huila?

Instrucción: Con base en la información suministrada por los sujetos de estudio, se agruparan los problemas por categorías afines; luego se establecerá el orden según prioridad y finalmente se formulara el plan de acción

Anexo B. Consentimiento informado.



**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PROGRAMA DE ENFERMERÍA**



**ESTRATEGIA PARTICIPATIVA PARA EL CAMBIO DE LA REALIDAD DE
ENFERMERÍA. HUILA, 2012
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía N° _____ autorizo por medio del presente documento al grupo de investigación del VII semestre del programa de Enfermería de la Universidad Surcolombiana, para realizarme preguntas y obtener información mientras esté participando en la investigación. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta actividad es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto y obtener información en cualquier momento comunicándome con Andrés Felipe Chamorro al número 3203638481 o al correo electrónico r.enfermeria@hotmail.com de igual manera se me ha informado que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Esta autorización la hago de manera libre, sin presión alguna.

LUGAR _____

FECHA _____

FIRMA DEL PARTICIPANTE
C.C.

FIRMA DEL INVESTIGADOR
C.C.

Anexo C. Formato de asistencia a grupo focal.

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PROGRAMA DE ENFERMERIA**

Informo que he sido instruido a cerca de los objetivos y la metodología del estudio denominado "ESTRATEGIA PARTICIPATIVA PARA EL CAMBIO DE LA REALIDAD DE ENFERMERIA. HUILA, 2012"; de igual manera acepto que se tomen mis datos personales y se realicen registros fotográficos y audiovisuales durante los encuentros a los que sea citado.

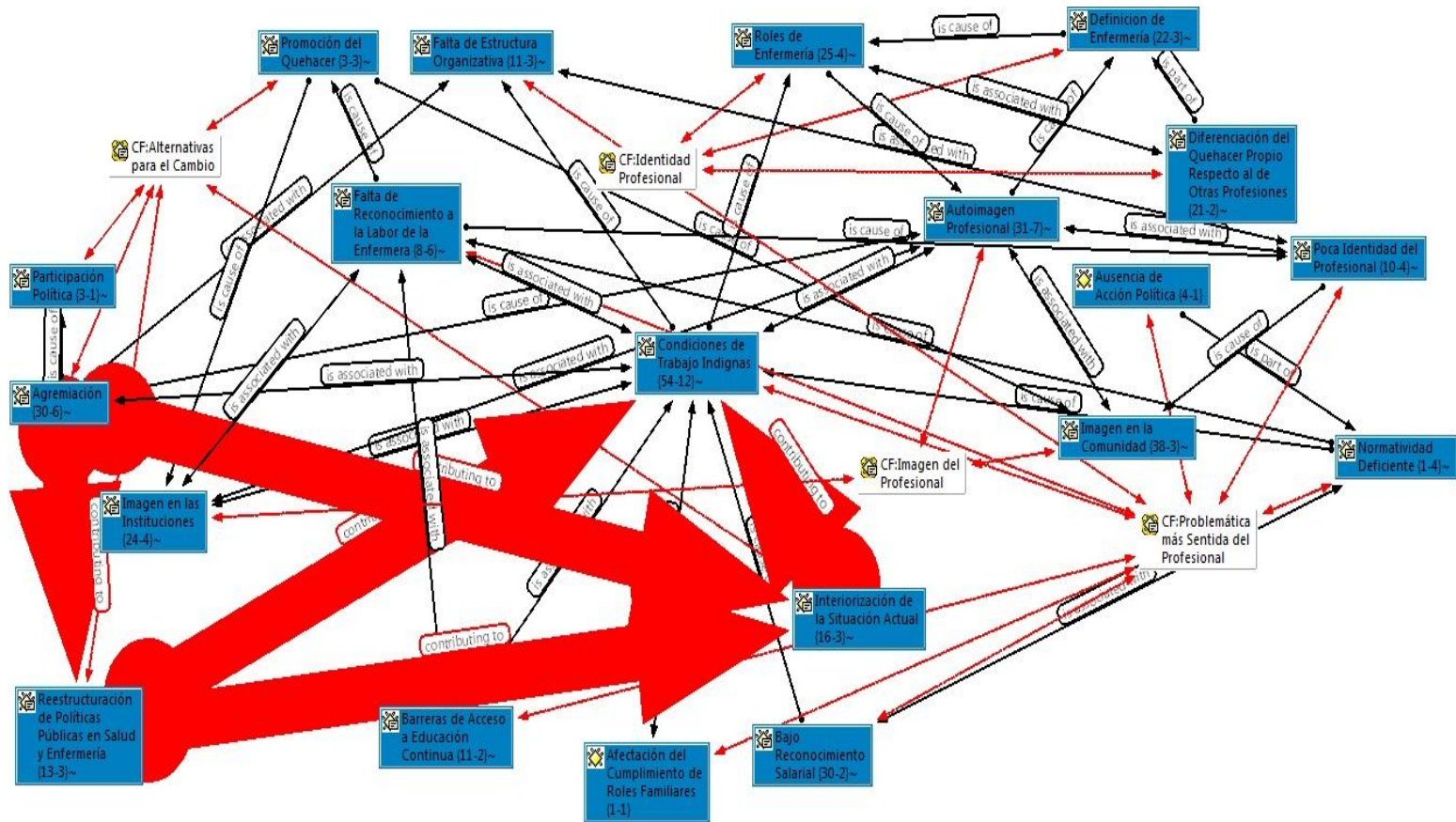
FECHA_____

HORA_____

LUGAR_____

Nombre y apellidos	Documento de identidad	Teléfono	e-mail	Firma

Anexo D. Red sistémica con enlaces semánticos.



Anexo E. Consolidado plan de acción.

PROBLEMAS	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	METAS	RESPONSABLES
Agremiación: falta de una estructura organizativa	Fortalecer la identidad y la agremiación profesional en estudiantes y egresados del programa de enfermería.	Identificación y reunión de enfermeros y estudiantes líderes del departamento del Huila.	Tecnológicos locativos Financieros	Identificación de un total de 10 líderes. 15 de diciembre de 2012	Investigadores.
		Fortalecimiento de una organización estudiantil que sea reconocida e impulsada por la universidad Surcolombiana.	Talento humano Financieros Infraestructura	Enero-marzo de 2013	Estudiantes y docentes del Programa de enfermería de la USCO.
		Fortalecimiento de la asociación de egresados del programa de enfermería y articulación con la organización de estudiantes.	Talento humano Financieros Infraestructura	Enero-marzo de 2013	Docentes y egresados del Programa de enfermería de la USCO.
		Vinculación al comité de ética, tribunal y consejo técnico de	Talento humano Financieros Infraestructura	Enero-marzo de 2013	Docentes y egresados del Programa de enfermería de la

PROBLEMAS	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	METAS	RESPONSABLES
		enfermería	a		USCO y enfermeros líderes de las diversas instituciones del Huila.
		Incursión en la política local y nacional	Talento humano Financieros Infraestructura	Enero – Marzo de 2014	Docentes y egresados del Programa de enfermería de la USCO y enfermeros líderes de las diversas instituciones del Huila.
		Invitación y reunión a la mayor cantidad de enfermeros de las diversas instituciones del Huila que estén interesados en la conformación de una estructura organizativa de enfermeros del Huila.	Talento humano Financieros Tecnológicos Locativos	Realización de la primera reunión antes de las segunda semana de abril 2013	Asociaciones de estudiantes y egresados del programa de enfermería de la USCO y enfermeros líderes de las diversas instituciones del Huila.

PROBLEMAS	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	METAS	RESPONSABLES
		Realización de reuniones programadas con profesionales del Huila para discutir estatutos, aprobarlos y definir fecha para legalizar la asociación.	Talento humano Financieros Tecnológicos Locativos	Legalización de asociación antes de julio 20 de 2013	Asociaciones de estudiantes y egresados del programa de enfermería de la USCO y enfermeros líderes de las diversas instituciones del Huila.
	Conformar una estructura organizativa y gremial de profesionales en enfermería del departamento del Huila articulada con ANEC.	Difusión de la situación actual de los profesionales de enfermería del Huila por diversos medios de comunicación.	Talento humano Financieros Tecnológicos	Enero-julio de 2013	Asociaciones de estudiantes y egresados del programa de enfermería de la USCO y enfermeros líderes de las diversas instituciones del Huila..
		Invitación y reunión a la mayor cantidad de enfermeros de las diversas instituciones del Huila que estén interesados en la conformación de una estructura organizativa de	Talento humano Financieros Tecnológicos Locativos	Realización de la primera reunión antes de las segunda semana de abril 2013	Asociaciones de estudiantes y egresados del programa de enfermería de la USCO y enfermeros líderes de las diversas instituciones del Huila.

PROBLEMAS	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	METAS	RESPONSABLES
		enfermeros del Huila.			
		Realización de reuniones programadas con profesionales del Huila para discutir estatutos, aprobarlos y definir fecha para legalizar la asociación.	Talento humano Financieros Tecnológicos Locativos	Legalización de asociación antes de julio 20 de 2013	Asociaciones de estudiantes y egresados del programa de enfermería de la USCO y enfermeros líderes de las diversas instituciones del Huila.
Bajo reconocimiento salarial: percepción de que no se está pagando un salario justo.	Implementar estrategias que permitan el mejoramiento de condiciones salariales de los profesionales de	Identificación y reunión con enfermeros y/u otras personas que tengan afinidad por la mejora de las condiciones salariales de los profesionales de enfermería y que	Tecnológicos Locativos Financieros	Primera reunión con personas identificadas antes de octubre de 2013.	Asociación de enfermeros del departamento del Huila

PROBLEMAS	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	METAS	RESPONSABLES
	enfermería del departamento del Huila.	incursionen en la política nacional.			
		Asesoramiento acerca de legislación, experiencias y estado del arte en el tema de reconocimiento de derechos laborales en enfermería y/u otras profesiones de la salud a nivel nacional e internacional.	Talento humano Tecnológicos Locativos Financieros	Tres reuniones realizadas antes del 25 de diciembre de 2013.	Asociación de enfermeros del departamento del Huila y cogestores políticos.
		Construcción de un escalafón salarial para profesionales de enfermería de acuerdo a estudios realizados y experiencia laboral para ser radicado en el congreso de la república.	Talento humano Tecnológicos Locativos Financieros	Tres evaluaciones a proyecto redactado antes de noviembre de 2014.	Asociación de enfermeros del departamento del Huila y cogestores políticos.

PROBLEMAS	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	METAS	RESPONSABLES
		Hacer una Revisión del presupuesto de las instituciones, que son dedicados al pago de los servicios del profesional de enfermería	Talento humano Tecnológicos Locativos Financieros	Revisión de recursos a las principales instituciones del departamento antes de 1 febrero de 2014	Enfermeros líderes de cada institución pertenecientes a la Asociación de enfermeros del departamento del Huila.
		Coordinar con laboratorios y/o demás instituciones para coordinar posibilidades de financiamiento de actividades de educación continuada	Talento humano Tecnológicos Locativos Financieros	Febrero a marzo de 2013	Asociación de enfermeros del departamento del Huila
Situación laboral: deterioro de las condiciones laborales.	Implementar estrategias que permitan el mejoramiento de condiciones laborales de los profesionales de	Conformación de un comité de defensa de los derechos laborales en el organigrama de la Asociación de enfermeros del Huila.	Talento humano Tecnológicos Locativos Financieros	Comité aprobado en los estatutos de la organización antes de su legalización.	Asociaciones de estudiantes y egresados del programa de enfermería de la USCO y enfermeros líderes de las diversas instituciones del Huila.

PROBLEMAS	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	METAS	RESPONSABLES
	enfermería del departamento del Huila.				
		Identificación de personas líderes interesadas en la conformación del tribunal de ética en enfermería departamental.	Talento humano Tecnológicos Locativos Financieros	Un mínimo de 5 enfermeros líderes identificados antes de noviembre 20 de 2013.	Asociación de enfermeros del departamento del Huila.
		Realización de reuniones con delegados de ANEC y asesores jurídicos para socializar y desarrollar el proceso de conformación del tribunal departamental de ética en enfermería.	Talento humano Tecnológicos Locativos Financieros	Cuatro reuniones realizadas antes de agosto de 2014.	Enfermeros líderes de la Asociación de enfermeros del departamento del Huila interesados en la conformación del tribunal.

PROBLEMAS	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	METAS	RESPONSABLES
		Legalización del tribunal departamental de ética en enfermería.	Talento humano Tecnológicos Locativos Financieros	Tribunal conformado y legalizado antes de mayo 12 de 2015.	Enfermeros líderes de la Asociación de enfermeros del departamento del Huila interesados en la conformación del tribunal.
		Identificación de enfermeros líderes con habilidades creativas interesados en la creación de una campaña publicitaria en pro del trabajo decente de los profesionales de enfermería del departamento del Huila.	Talento humano Tecnológicos Locativos Financieros	Un mínimo de 5 enfermeros líderes identificados antes de noviembre 1 de 2013.	Asociación de enfermeros del departamento del Huila.
		Realización de reuniones de los enfermeros líderes interesados en la realización de una campaña publicitaria con profesionales de	Talento humano Tecnológicos Locativos Financieros	Realización de 5 reuniones mensuales desde noviembre de 2013.	Enfermeros líderes de la Asociación de enfermeros del departamento del Huila interesados en la construcción y difusión de la

PROBLEMAS	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	METAS	RESPONSABLES
		publicidad para la construcción y difusión del proyecto.		<p>Proyecto de la campaña publicitaria finalizado y aprobado por la asociación de enfermeros del Huila antes de 1 de abril de 2014.</p> <p>Inicio de la difusión el 1 de mayo de 2014 y mantenerlo por lo menos 6 meses.</p>	campaña.
		Revisión de la normatividad actual en cuanto a modelos de contratación de enfermeros en Colombia y difundirlo en un evento	Talento humano Tecnológicos Locativos Financieros	Realización del evento en mayo de 2014	Asociación de enfermeros del departamento del Huila

PROBLEMAS	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	METAS	RESPONSABLES
		departamental y/o nacional.			
		Generación de estrategias para asunción del rol profesional	Talento humano Tecnológicos Locativos Financieros	Enero de 2013	Asociaciones de estudiantes y egresados del programa de enfermería de la USCO y enfermeros líderes de las diversas instituciones del Huila.

PROBLEMAS	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	METAS	RESPONSABLES
		Propuesta a las entidades para la programación de turnos fijos	Talento humano Tecnológicos Locativos Financieros	Enero de 2013	Asociaciones de estudiantes y egresados del programa de enfermería de la USCO y enfermeros líderes de las diversas instituciones del Huila.
		Definición de estándares de calidad del ejercicio de la profesión.	Talento humano Tecnológicos Locativos Financieros	Enero 2014	Asociaciones de estudiantes y egresados del programa de enfermería de la USCO y enfermeros líderes de las diversas instituciones del Huila.

PROBLEMAS	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	METAS	RESPONSABLES
		Desarrollo de programas de educación continuada mediante módulos q generen innovación y, que sean homologables a estudios de postgrado	Talento humano Tecnológicos Locativos Financieros	Enero 2014	Docentes y egresados del Programa de enfermería de la USCO.
		Creación de un sitio web para divulgar datos de interés del personal de enfermería, además de un banco de ofertas laborales y académicas.	Talento humano Tecnológicos Locativos Financieros	Pagina web creada antes de 1 de febrero de 2014	Asociación de enfermeros del departamento del Huila.

PROBLEMAS	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	METAS	RESPONSABLES
		<p>Construcción de un manual de funciones del profesional de enfermería enfocado a los roles y el cuerpo teórico de la profesión en busca de suprimir la sobrecarga laboral con funciones que no corresponden a su ejercicio profesional.</p>	<p>Talento humano Tecnológicos Locativos Financieros</p>	<p>Manual elaborado y depurado a la par con la construcción de la propuesta de escalafón salarial 1 de noviembre de 2014.</p>	<p>Asociación de enfermeros del departamento del Huila y enfermeros líderes de las diversas instituciones del Huila.</p>
		<p>Coordinación con los enfermeros de las diferentes IPS para formular y/o actualizar estándares de calidad de cuidado de los diferentes servicios.</p>	<p>Talento humano Tecnológicos Locativos Financieros</p>	<p>Formulación y/o actualización de estándares en 5 servicios clínicos en el primer año de la asociación de enfermeros del Huila.</p>	<p>Asociación de enfermeros del departamento del Huila y enfermeros líderes de las diversas instituciones del Huila.</p>