

**UNIVERSIDAD  
DE ALMERÍA**

**Facultad de CC de la Salud**



**MÁSTER OFICIAL  
EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA**

**Curso académico 2010/2011**

**Trabajo de Fin de Máster**

**CONTRATACIÓN EVENTUAL DE ENFERMEROS MEDIANTE BOLSAS  
ESPECÍFICAS: OPINIÓN DE LOS SUPERVISORES**

**Autora: Cristina Pérez Aparicio**

**Tutor: José Granero Molina.**

## **AGRADECIMIENTOS:**

Uno de los momentos que más he esperado desde hace ya algún tiempo, ha sido el de estar escribiendo estas líneas, pues esto supondría la última parte en un trabajo realizado con mucho esfuerzo, en el que en realidad hay muchos “autores” que de un modo u otro, han hecho posible que mi trabajo final de Máster salga adelante.

En primer lugar y como no podría ser de otra manera, mi tutor, el Doctor José Granero Molina, al que tengo muchísimo que agradecerle, por su dedicación, esfuerzo y entrega así como muchísimo que agradecer nuevamente, por haberme abierto los ojos al mundo de la investigación, hasta ahora desconocido para mí, sabiendo con su gran profesionalidad, transmitirme su ilusión e interés. Espero de corazón poder seguir teniéndote de maestro y guía en futuros proyectos.

A Mario, mi pareja y amigo, al que he tenido siempre a mi lado, en los momentos buenos y en los menos buenos, siempre dispuesto a ayudar en lo que fuese necesario. Con el comparto la ilusión de la que ha sido, el principal motivo que me ha hecho esforzarme en terminar este proyecto, mi futura hija Lola, a la que llevo en el vientre y que espero que además de con un pan, venga con un título de Máster para su madre, debajo del brazo.

A mis Padres por su compañía, por estar siempre ahí para lo que se les necesite y sobre todo en este caso, por las horas me he ahorrado en la cocina y que he podido dedicar al Máster gracias a las comidas de mi madre.

A mi hermana Pili por su disposición y ayuda en los “enredos” de este trabajo, a Sara por echarme un clave, a Huguito por servirme de distracción con su ternura en los momentos de descanso.

También quería dar las gracias a los supervisores que han participado en la investigación, por su colaboración desinteresada y auténtica.

A mi familia, a mis suegros y a mis amigos. A todos gracias de corazón.

## **RESUMEN:**

**Introducción:** En una sociedad del conocimiento y la información, la integración de cultura, ciencia y la tecnología supone cambios en todos los ámbitos del saber y de la vida humana. En referencia a la salud, inmersos en una cada vez más compleja realidad asistencial, la sociedad demanda unos “cuidados de calidad”. Una de las consecuencias para las enfermeras deriva en la obligación de adaptarse a esta realidad, mediante la delimitación y concreción de su campo asistencial y la especialización. La contratación eventual de enfermeros/as no queda al margen de esta situación, actualmente, la mayoría de Comunidades Autónomas en España cuentan con Bolsas de Contratación Eventual Específicas (BCEE) para ciertas áreas consideradas “especiales”, donde, teóricamente, es preciso contar con conocimientos y experiencia práctica concreta para poder ofrecer cuidados de calidad.

**Objetivos:** Conocer las características del sistema de contratación eventual mediante BCEE para enfermería en España, así como la percepción que, sobre su funcionamiento y utilidad, tiene una muestra de supervisores de enfermería de estas áreas.

**Metodología:** Tomando como marco teórico la fenomenología hermenéutica gadameriana y el Modelo de Adquisición y Desarrollo de Habilidades de Patricia Benner, se diseña un estudio cualitativo basado en el análisis de contenido y la obtención de Teoría Fundamentada. Tras una primera fase de análisis de documentos sobre las respectivas BCEE de las distintas Comunidades Autónomas; en la segunda fase empleamos la entrevista individual a informantes clave, junto a la transcripción, codificación y categorización de los datos desde la comparación constante, para la obtención de teoría fundamentada.

**Resultados:** Los resultados obtenidos, cuestionan los criterios que justifican la consideración de un área como específica para la contratación eventual, así como los requisitos de acceso a las BCEE. Los supervisores, muestran una perspectiva poco favorable en referencia a la eficacia de dichas BCEE, llegando a la conclusión de que no suplen la necesidad real de especialización enfermera. Aunque se precisa mayor rodamiento en cuanto al funcionamiento de este sistema, cuestiones como la importancia de la brecha teoría-práctica en la formación de las enfermeras o los encargados de la misma, son puestos en serio cuestionamiento.

**Conclusiones:** El sistema de contratación a través de BCEE no responde, por el momento, a las expectativas planteadas; la necesidad de desarrollo de las especialidades de enfermería, junto a la formación práctica, sigue siendo una demanda no resuelta.

# ÍNDICE

1. Introducción.
2. Estado de conocimiento.
  - 2.1 Marco Conceptual.
    - 2.1.1. Investigación cualitativa: Fenomenología.
    - 2.1.2. Fenomenología hermenéutica como enfoque de investigación: Hans Georg Gadamer.
    - 2.1.3. Fenomenología interpretativa y práctica de la enfermería clínica: Patricia Benner.
  - 2.2 Sistemas de contratación en España.
    - 2.2.1 Bolsas de empleo temporal en España.
    - 2.2.2 Bolsa Única de Empleo del Servicio Andaluz de Salud (SAS).
      - 2.2.2.1 Consideraciones Generales sobre la bolsa única del SAS.
      - 2.2.2.2 Área de gestión de méritos.
      - 2.2.2.3. Gestión de solicitudes.
      - 2.2.2.4. Áreas específicas de enfermería.
3. Objetivos.
4. Metodología.
  - 4.1 Análisis de contenido (para el objetivo 1).
  - 4.2 Análisis de contenido y Teoría Fundamentada (para el objetivo 2).
    - 4.2.1 Población y muestra de estudio.
    - 4.2.2 Escenario de investigación y relación investigador-participantes.
    - 4.2.3 Recogida de datos.

4.2.4 Metodología de análisis de los datos.

4.2.5 Consideraciones éticas.

5. Resultados.

5.1 Situación de la contratación eventual mediante bolsas específicas.

5.2 Opinión de los supervisores sobre la contratación eventual mediante bolsas específicas de enfermería.

5.2.1 Perfil de los supervisores participantes en el estudio.

5.2.2 Análisis de las entrevistas. Categorías y metacategorías.

6. Discusión.

7. Conclusiones.

8. Propuestas de nuevos proyectos de investigación.

9. Bibliografía.

10. Anexos.

## 1. INTRODUCCIÓN.

Durante años, en el desempeño de su labor profesional, las enfermeras han estado sujetas de frecuentes rotaciones de turnos y servicios. Sin embargo, y de acuerdo con la teoría de Nivel de Competencia de Patricia Benner, una enfermera que cambia continuamente de servicio corre el riesgo de estancarse en su proceso evolutivo, manteniéndose de esta manera en el rol de principiante o competente y nunca de experta (Gracia et al, 2003), (Raile & Marriner, 2011).

Esta realidad del mercado laboral supone un desequilibrio, convirtiéndose en un problema de gran complejidad, donde a los profesionales sanitarios se les exige una gran capacidad de adaptación para poder interiorizar rápidamente los cambios. Éstos, bien fruto de la idiosincrasia específica del puesto de trabajo a desempeñar, o bien, derivado de la ingente repercusión en el correcto desempeño del mismo de las nuevas tecnologías, los avances científicos o las demandas sociales, suponen un ejercicio de continua adaptación, formación y versatilidad (González & Barber, 2006).

Esta situación supone, a su vez, la aparición de un clima laboral insatisfactorio y estresante donde, además, la seguridad de los pacientes se ve amenazada ante la mayor posibilidad de eventos adversos. En este sentido, una revisión de la literatura enfermera reciente, refleja la existencia de muchos estudios que apuntan a la responsabilidad del sistema en la aparición de eventos adversos que comprometen la seguridad del paciente (Arazaz et al, 2006), (Ruiz et al, 2005).

Es tan cierto que la juventud y la inseguridad aumentan la exposición a estresores laborales (Simón et al, 2005), como que el nivel de experiencia y la formación específica del enfermero/a influyen directamente en la calidad de los cuidados prestados y, por tanto, en la disminución de complicaciones, tiempo de ingreso o de tratamiento, e incluso, en la disminución de la mortalidad de los pacientes (Aiken et al 2011).

Casos como el vivido en 2009 en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), en el que una enfermera inexperta inyectó erróneamente nutrición enteral por vía intravenosa a un prematuro, causándole la muerte; confirman el transcendental papel que los profesionales sanitarios y, en especial los enfermeros, juegan en el Sistema Sanitario de Salud. Es por ello que, surge y se evidencia la necesidad de que, por parte de las autoridades sanitarias, se adopten medidas estructurales y organizativas que propicien un práctica profesional más segura (Informe Caso Rayan, 2009).

En los últimos años en España han surgido en varias comunidades autónomas las llamadas “Bolsas de Contratación Eventual Específicas” (BCEE), en las que para poder inscribirse se debe contar con ciertos requisitos de experiencia y formación específica. Andalucía cuenta desde 2005 con cinco bolsas de contratación específicas (BOJA 2005), al igual que en el resto de España, donde la mayoría de comunidades también disponen de ellas, aunque varían en número y servicios.

La cuestión que se plantea es si, una vez puestas en marcha para la contratación de enfermeros/as, estas BCEE están dando respuesta a los problemas fundamentales que originaron su desarrollo. Para responder a esta pregunta se debería plantear la cuestión no sólo desde una amplia perspectiva metodológica sino, además, teniendo en cuenta los múltiples factores e implicados en el tema. Entre ellos cabe destacar al paciente que es atendido en estas áreas y al propio personal eventual afectado pero, también, al resto de plantilla enfermera, al resto de profesionales del equipo y, por supuesto, al supervisor de enfermería, en cuyo punto de vista se centra y desarrolla este trabajo.

En la gestión de recursos humanos de enfermería, la supervisión es una función básica de la dirección, a través de la cual, se facilita el enlace entre los directivos y el personal operativo de enfermería (Valencia, 2001). El supervisor de enfermería es, además, una figura influyente en la eficacia, comportamiento y cambio de actitudes de su equipo (Michael et al, 2006). Entre sus funciones, el supervisor de enfermería de la unidad es el líder en el proceso de implantación de metodología enfermera, coordina la implantación de programas de mejora continua de la calidad y gestiona el equipo de trabajo (Prieto et al, 2005).

Para poder gestionar los riesgos que acarrea la contratación eventual de enfermeros inexpertos, además de las nuevas bolsas específicas, los supervisores se apoyan en recursos tales como planes de acogida, planes de responsabilidad progresiva o de tutela del nuevo enfermero incorporado, e incluso, en ciertas ocasiones, participan en la selección del personal, intentando de esta manera reforzar, en la medida de lo posible, el ámbito de la seguridad del paciente (Alonso et al, 2010), (Tomás et al, 2004).

Pese a todos estos recursos, incluidas las bolsas de trabajo eventual específicas, es extensa la bibliografía que encontramos sobre la necesidad de evitar que personal sanitario sin capacitación necesaria trabaje en áreas especializadas (Cruzado et al, 2010), (Ramírez et al, 2002), (Moreno et al, 2011); así como estudios que aseguran que, la formación especializada está directamente relacionada con la seguridad del paciente (Kendall & Blegen, 2009).

Damos por supuesto que la antigua Diplomatura de Enfermería y el actual Título de Grado en Enfermería, facultan a los enfermeros para desempeñar unos cuidados generales de

calidad (Cruzado et al, 2010). Pero la multiplicidad de funciones dentro de la profesión, unidas al fuerte impacto del desarrollo tecnológico en las disciplinas de las Ciencias de la Salud y la creciente demanda social de cuidados de calidad; son elementos que exponen claramente la necesidad de una formación especializada que capacite para desarrollar los cuidados de enfermería en determinados campos (Ramirez et al, 2002). En este sentido, el Real Decreto 450/2005 del 22 de abril sobre especialidades de enfermería, establece siete especialidades enfermeras, de las que sólo dos se han desarrollado: Obstetricia y ginecología (matrona) y Salud Mental. El resto de especialidades, léase Enfermería Geriátrica, Enfermería del trabajo, Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos, Enfermería Familiar y Comunitaria y Enfermería pediátrica, todavía se encuentran en proceso de desarrollo.

Evitar efectos adversos debe ser un objetivo prioritario en la atención al enfermo, es por ello que, los gestores políticos y sanitarios, deben favorecer el incremento de capital intelectual de los profesionales, una cuestión que redundará en la mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes, la reducción del gasto y el prestigio de nuestro Sistema de Salud (Moreno et al, 2011).

En esta línea de trabajo y bajo el contexto planteado, el presente estudio pretende conocer el sistema de contratación eventual mediante BCEE de enfermería en España, así como la percepción que en relación a su funcionamiento y utilidad, tienen los supervisores de áreas específicas del Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería).

## **2. ESTADO DE CONOCIMIENTO.**

### **2.1. Marco conceptual.**

#### **2.1.1 Investigación cualitativa: Fenomenología.**

La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones (Martínez, 2006). Puede ser vista como el intento de obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal y como nos la plantean las personas, es por ello que, en este tipo de investigación, la tarea fundamental del investigador, consiste en entender el mundo complejo de la experiencia vivencial desde el punto de vista de quienes la experimentan. (Salgado, 2007). Este tipo de investigación constituye el camino adecuado para estudiar por ejemplo, aspectos tales como la narración de

la propia experiencia de enfermar, la búsqueda de su significado o cómo influye el entorno en las conductas de salud-enfermedad.

Las aplicaciones de los resultados y teorías aportados por estos diseños cualitativos se encuentran enmarcados en un contexto social y cultural concreto (Palacios-Ceña & Corral 2010). Dentro de los distintos enfoques metodológicos de la investigación cualitativa, entendidos todos ellos como caminos a seguir para alcanzar conocimientos seguros y fiables, el método específico a aplicar dependerá de la estructura a estudiar.

La fenomenología, corriente filosófica impulsada por Edmund Husserl (1859-1938), fundamenta la investigación cualitativa planteando que la realidad puede ser conocida a través de la abstracción teórica, analizando las cualidades de la experiencia y permitiendo aprehender la esencia misma del fenómeno. Ampliamente utilizada en investigaciones de enfermería (Paley 1997), la fenomenología permite estudiar el mundo tal y como se presenta en la conciencia (Icart et al. 2001). Se trata de una palabra griega compuesta de dos vocablos, “fenomenon” que deriva de “faeneszai” y significa mostrarse, sacar a la luz del día, y “logos”, que significa discurso, ciencia (Solano, 2006). El punto de partida de la fenomenología es su consideración y acercamiento al “mundo de la vida”, es decir, a las experiencias y vivencias en el mundo y, por tanto, la fenomenología nos otorga la opción de acercarnos al ser (Parrado & Caro-Catillo, 2008).

Por su parte, el termino hermenéutica, procedente del griego “hermnéia”, indica la eficacia de la expresión lingüística, asumiendo que los humanos experimentan el mundo a través de lenguaje y este lenguaje nos proporciona la comprensión y el conocimiento de las personas (Solano, 2006). Hermenéutica significa “interpretable” y, aunque otras acepciones del término pueden traducirse como “declarar, anunciar o esclarecer”, cuando se utiliza en investigación hace referencia a la descripción y estudio de “fenómenos humanos” comprensibles de manera cuidadosa y detallada, con la máxima independencia posible de suposiciones teóricas anteriores, y basándose, fundamentalmente, en la comprensión de la práctica (Parker, 1985). El concepto de praxis, sometido a diferentes vaivenes a lo largo de la historia, toma especial consideración en la fundamentación de parte de la investigación desarrollada por la enfermería moderna, proporcionando un vehículo fundamental para su avance como disciplina (Connor, 2004). En este sentido, cabe destacar los trabajos de P. Benner (Benner et al, 1996), quien realiza un especial hincapié en la comprensión de la

práctica profesional en enfermería a través de la vía hermenéutica, al tiempo que lo liga al interés por la investigación.

Schleiermacher, padre de la hermenéutica moderna, entendió la comprensión como un acuerdo sobre algo, un entendimiento en lo esencial que une a los hombres, luego “la tarea de la hermenéutica es “hacer comprensible lo que los demás han querido decir”, bien hablado o a través de texto. No se trata de comprender un pensamiento objetivo común que nos acerca a un concepto de teoría al uso en las llamadas ciencias naturales, sino más bien un pensamiento individual de profundo enraizamiento en el mundo de la experiencia (Granero, 2010).

Dentro de la fenomenología encontramos fundamentalmente dos variedades, en las que se han apoyado y tomado como referencia multitud de investigaciones en el área de enfermería. Por un lado la fenomenología descriptiva o metódica de la Escuela de Husserl, la cual, describe el significado de la experiencia a partir de la vivencia de quienes la han experimentado, dejando de lado las propias preconcepciones del investigador. Y por el otro, la fenomenología interpretativa o hermenéutica de Martin Heidegger (Rivera & Herrera, 2006). Alumno destacado de éste último, H.G. Gadamer se adhiere a esta fenomenología hermenéutica, que va mas allá de la descripción de un fenómeno, considerando además la interpretación de éste y teniendo en cuenta la experiencia y vivencias del investigador como parte inseparable de la interpretación, abrazándose de esta manera, a la idea de que en la comprensión juegan un papel fundamental los juicios, pero también los pre-juicios (Earle, 2010). Comprendemos porque estamos ya inmersos en la historia, en un “círculo hermenéutico” donde la precomprensión, no es algo metodológico sino ontológico.

Esta es la base del “carácter productivo de los prejuicios,” que no constituyen un obstáculo sino, un fruto de la pertenencia del hombre a la cultura y a la historia, y que tienen una traducción directa en cómo comprendemos e interpretamos los fenómenos que vivimos y sobre los cuales investigamos (Granero, 2010). De aquí que la fenomenología hermenéutica es una metodología cualitativa bien fundamentada, y, como tal, muy valiosa para abordar temas de investigación específicos de la disciplina de enfermería (Rapport & Wainwright, 2006).

## **2.1.2 La fenomenología hermenéutica como enfoque de investigación: Hans-Georg Gadamer.**

Un estudio desarrollado desde el marco de la fenomenología hermenéutica proporciona un marco para la investigación del significado de las experiencias de los individuos en el contexto de sus vidas; tratando de descubrir el significado inherente de un fenómeno particular partiendo de la premisa de que, la comprensión de los problemas y el modo de resolverlos se basan en los contextos situacionales, culturales e históricos (Johnson, 2000). Martin Heidegger, con su influyente texto “Ser y tiempo”, es considerado el principal valedor de la hermenéutica moderna (Annells, 1996). Este autor propone la fenomenología como camino para obtener una visión diferente a aquella mostrada por las ciencias naturales y experimentales, al tiempo que ofrece la oportunidad de desvelar las facetas de la existencia humana (Sanches & Boemer, 2002). Al plantearse qué significa el mundo para los seres humanos, desde los conceptos de “ser en el mundo” y “temporalidad”, encontramos nuestras vidas conectadas con significados de experiencias dependientes de un contexto, es decir, el modo de entender el mundo y las experiencias de vida se encuentran relacionadas con una cultura, una historia y una tradición (Johnson, 2000).

Hans-Georg Gadamer, contemporáneo y alumno de Heidegger, participó junto a este en la conformación de una tradición de pensamiento hermenéutico que ha sido la base de la fenomenología hermenéutica como enfoque de investigación (Binding & Tapp, 2008). La tarea de la hermenéutica será la de superar la abstracción metódica de la ciencia, poniendo en su sitio el control metódico de la misma mediante la elaboración de una “teoría de la experiencia hermenéutica”. El papel de la hermenéutica, no consiste en desarrollar un proceso metódico que nos permita adentrarnos en la comprensión de las cosas con mayor confianza, sino que, su tarea consiste en poner en claro las condiciones bajo las cuales debe darse la comprensión (Granero, 2010). Frente al objetivismo dogmático de la ciencia, Gadamer, en su obra “Verdad y método” (1989), afirma que, todo conocimiento surge a través de nuestros prejuicios, entendiendo prejuicio, como ideas preconcebidas que existen por nuestra propia naturaleza del ser en el mundo. Afirma que el lenguaje nunca puede ser totalmente imparcial pues por su propia naturaleza, el lenguaje ya está influenciado por el sistema de valores de la cultura que lo sustenta (Earle, 2010), al tiempo que desarrolla un concepto de comprensión centrado en la praxis, más allá de todo subjetivismo o instrumentalismo. Por eso su

hermenéutica filosófica es una teoría de la experiencia humana en el mundo, una experiencia de la verdad que va más allá del método (Gadamer, 2004), (Gadamer, 2005).

### **2.1.3 Fenomenología interpretativa y práctica de la enfermería clínica: Patricia Benner.**

La investigación desde una óptica de enfermería, como ocurre en muchas otras disciplinas, puede darse desde diferentes vías. Esto atiende esencialmente a que, son múltiples los fenómenos que se dan y estudian en la práctica del cuidado enfermero; requiriéndose y siendo recomendable, según cada caso, el empleo de metodologías cuantitativas, cualitativas, e incluso ambas en función de las circunstancias, el problema o los sujetos de estudio.

La fenomenología hermenéutica apunta al estudio de los problemas y las experiencias que se dan en la cotidianidad, en ese “mundo de la vida” donde predominan las experiencias e interacciones entre seres humanos en su totalidad. Una de sus intenciones es describir las experiencias según son vividas por sus protagonistas, y esto supone un hecho de vital importancia para la práctica de enfermería (Parrado & Caro-Castillo, 2008). No obstante, si bien no apareció en la literatura de investigación enfermera hasta la década de los 70, se ha convertido desde entonces, en una de las bases para la puesta en marcha de sus investigaciones y el desarrollo de la profesión, ayudando a las enfermeras a encontrar sentido a las experiencias en el mundo cotidiano de la práctica y la interacción humana (Earle, 2010).

Las interacciones humanas son frecuente objeto de estudio en enfermería, de ahí que la hermenéutica haya sido utilizada como paradigma filosófico en múltiples estudios realizados por enfermeros, ofreciéndoles de esta manera la oportunidad de analizar fenómenos cotidianos de la salud a partir del punto de vista de quien los vive (Pinto et al, 1998). La disciplina enfermera precisa de la fenomenología para poder otorgar un sentido interpretativo a los fenómenos del mundo de la vida, con el fin de determinar la importancia de los cuidados en las situaciones vida-salud, favoreciendo a través de la descripción y la interpretación de los fenómenos un análisis crítico-reflexivo sobre nosotros mismos y, de esta manera, generar conocimiento (Solano, 2006). La investigación metodológica proporciona por tanto a la enfermería una sólida base para poder plantear sus pilares educativos y asistenciales, planeando, modificando y mejorando sus conocimientos y su calidad asistencial, de una manera coherente y ética.

Son muchas las enfermeras investigadoras que han encontrado en la fenomenología su camino para el estudio del ser humano y sus vivencias, siendo Patricia Benner una de las investigadoras más destacadas, al introducir la fenomenología interpretativa en el mundo de la enfermería y contribuir a la potenciación de su conocimiento a través de estudios fenomenológicos (Johnson, 2000). Esta autora ha estudiado la práctica de la enfermería clínica y mantiene que, en una disciplina donde predomina la praxis, el conocimiento aumenta con el tiempo y se desarrolla, entre otras formas, a través del dialogo y en relación íntima con los contextos situacionales. (Raile & Marriner, 2011). Su investigación se basa en el supuesto de que la práctica de la enfermería es una actividad compleja en la que el nivel de práctica y de cualificación cambian la perspectiva y el modo de actuar (Johnson, 2000). Su texto clásico, “Desde principiante a experto” describe las etapas por las que pasa la enfermera en el desarrollo, tanto de conocimientos especializados de enfermería como de la competencia clínica (Benner, 1984).

Patricia Benner destaca la diferencia entre “saber teórico”, con el que se asimila el conocimiento y se establecen relaciones causales, y el “saber práctico”, el cual puede ampliar la teoría e incluso desarrollarse antes que las formulas científicas, ya que, un individuo puede saber cómo hacer algo antes de descubrir su explicación teórica. Además, las situaciones clínicas siempre son mas variadas y complicadas que la teoría, por lo tanto, la práctica clínica es un área de investigación y una fuente para el desarrollo del conocimiento donde la teoría proviene de la práctica y la práctica es modificada y ampliada por la propia teoría (Raile & Marriner, 2011).

Introducida en el mundo de la fenomenología por H. Dreyfus, Benner adoptó su modelo de adquisición y desarrollo de habilidades describiendo cinco, niveles desde principiante hasta experto, y postulando que la transición de un nivel a otro se produce mediante la adquisición de habilidades basadas en la experiencia, proceso que será mas seguro y rápido si se parte de una base educativa sólida. De este modo, Benner aplicó el modelo de Dreyfus a la práctica de la enfermería clínica, los cinco niveles del modelo de adquisición y desarrollo de habilidades serían (Raile & Marriner, 2011):

#### A. Principiante:

En este nivel se encontrarían las personas sin experiencia previa de la situación a la que deben enfrentarse, por lo que, para guiar su actuación, precisan de normas fuera de contexto, teniendo dificultades para diferenciar aspectos relevantes e irrelevantes. En este

nivel se encontrarían los estudiantes de enfermería e incluso las enfermeras expertas en un área determinada que deben enfrentarse a una situación o a un área que les resulta desconocida.

B. Principiante avanzada:

Sería la enfermera que, tras haberse enfrentado a un número suficiente de situaciones reales o haya sido tutorizada sobre los elementos importantes y recurrentes de la situación, puede demostrar una actuación aceptable, por lo menos parcialmente. Se guían por las normas y las tareas a realizar, teniendo problemas para dominar la situación desde una perspectiva más amplia. En esta etapa las enfermeras se sienten muy responsables del control del cuidado del paciente pero, dependen en gran medida del consejo de una enfermera con más experiencia. En este nivel se encontrarían los recién graduados.

C. Competente:

Este nivel se obtiene aprendiendo de las situaciones reales de la práctica e imitando las acciones de los demás. La coherencia, la previsión y la gestión del tiempo pasan a ser aspectos importantes, consiguiéndose un cierto grado de experiencia por medio de la planificación y la previsión. Si bien el nivel de eficiencia aumenta, la atención se centra en la gestión del tiempo y en la organización de las tareas de la enfermera, en vez de planear el tiempo en función de las necesidades del paciente.

D. Eficiente:

En este nivel la enfermera percibe la situación como un conjunto, es capaz de reconocer los principales aspectos y posee un dominio intuitivo de la situación. Se posee habilidad para considerar la relevancia de los cambios en una situación y evoluciona el reconocimiento y la capacidad de implantación de respuestas cualificadas. En este estadio la enfermera está más implicada con el paciente y la familia y ya no se fía solo de los objetivos prefijados de la organización, sino que, está más segura de sus conocimientos y habilidades.

E. Experto:

La enfermera experta posee un dominio intuitivo de la situación y es capaz de identificar el origen del problema sin perder tiempo en soluciones y diagnósticos alternativos. La enfermera gracias a su amplia experiencia conoce al paciente, lo que significa que conoce los clásicos patrones de respuesta y lo conoce como persona.

Los principales aspectos de la práctica de una enfermera experta son:

- Demostrar dominio clínico y de la práctica basada en los recursos.
- Asimilación del saber práctico.
- Visión general.
- Previsión de lo inesperado.

Patricia Benner explica la práctica enfermera sobrepasando la explicación rígida de normas y teoría ya que, según explica, “las situaciones prácticas son mucho más complejas de lo que puede constatarse mediante las descripciones de los modelos de las teorías y de los libros de texto”, y por ello, ella se basa en la explicación de la practica enfermera como “una conducta razonable que responde a las demandas de una situación específica”. (Benner, 1984)

## **2.2 Sistemas de contratación temporal.**

### **2.2.1 Bolsas de empleo temporal en España.**

A continuación se ofrece un repaso sobre las bolsas de contratación temporal en las distintas Comunidades Autónomas de España, indicando la existencia o no de bolsas específicas de enfermería y su modo de funcionamiento. La Comunidad Autónoma de Andalucía no aparece incluida ya que, al ser la comunidad donde se desarrolla nuestro estudio, su bolsa viene explicada de forma mas detallada en el punto siguiente.

#### **1. Aragón. SALUD. Servicio Aragonés de Salud. (BOA, 2008).**

- Apertura permanente: sí. Se realiza una valoración inicial de méritos.
- Existen Bolsas específicas de enfermería: sí, para estar incluidas en ellas es imprescindible estar incluido en la bolsa de trabajo general, se utilizan sólo para contratos de corta duración de hasta un mes.
- Bolsas Específicas de enfermería existentes: Radiología, Hemodiálisis, Neonatología/UCI pediátrica, Salud Mental, Quemados, Quirófano/Reanimación, U.C.I/ UVI y Urgencias.
- Requisitos para entrar en las Bolsas específicas de enfermería: experiencia mínima de tres meses en el servicio o formación específica.

## **2. Principado de Asturias: SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias**

(SESPA 2009).

- Apertura permanente: sí, la bolsa de Asturias está descentralizada a través de las ocho áreas sanitarias existentes, el baremo es el mismo para todo el personal del SESPA. Baremación una vez al año.
- Existen Bolsas específicas de enfermería: Sí.
- Bolsas Específicas de enfermería existentes: Hemodiálisis, Quirófano, U.V.I., Urgencias y Hematología.
- Requisitos para entrar en las Bolsas específicas de enfermería: mínimo de seis meses de experiencia en el área en los últimos dos años y/o formación relacionada con el área concreta de al menos, 150 horas.

## **3. Islas Baleares. IB-SALUT Servei de salut de les Illes Balears (Bolsa GESMA), (Eivissa y Formentera 2009).**

- Apertura permanente: no existe una bolsa única de empleo, cada centro hospitalario gestiona su bolsa de trabajo. Las fechas de apertura varían, no hay una fecha concreta. La única que es permanente es la de Ibiza y Formentera.
- Existen Bolsas específicas de enfermería: Sí, en GESMA (Gestión sanitaria de Mallorca) y en del Área de Salud de Eivissa y Formentera, en los demás casos, depende de la bolsa de cada hospital.
- Bolsas Específicas de enfermería existentes: en GESMA existen bolsas específicas de Quirófano, Reanimación, Psiquiatría y Farmacia. En Ibiza y Formentera existen bolsas específicas de enfermería en UCI, Quirófano, Psiquiatría, Hemodiálisis, Urgencias, Digestivo y Pediatría.
- Requisitos para entrar en las Bolsas específicas de enfermería: en GESMA se precisa una experiencia mínima de 2 meses trabajados en el área. En Ibiza y Formentera se precisa experiencia mínima de tres meses trabajados en el área.

## **4. Canarias S.C.S.- Servicio canario de salud.**

- Apertura permanente: la bolsa de contrataciones está cerrada desde el año 1999, actualmente se regula con listas "b" en cada gerencia. Cada hospital funciona con su propia bolsa de empleo por el momento, el resto depende de cada gerencia, se llega por

acuerdos puntuales con las Juntas de Personal, y suelen apuntarse las nuevas promociones al final de las listas.

- Existen Bolsas específicas de enfermería: No

#### **5. Cantabria S.C.S – Servicio Cántabro de Salud (BOC 2007).**

- Apertura permanente: no, existe una apertura anual del plazo para la presentación de solicitudes de enfermería a la finalización del curso académico de Junio.
- Existen Bolsas específicas de enfermería: sí, existen listas en los seis dispositivos existentes: 3 hospitales, 2 de Primaria y 061.
- Bolsas Específicas de enfermería existentes: cada dispositivo tiene sus propias listas de áreas específicas entre las que se encuentran (dependiendo de cada centro): Urgencias, Neonatología, Cuidados Intensivos, Onco-hematología, Psiquiatría (incluye Unidad de Trastornos de la Alimentación), Hemodiálisis, Bloque Quirúrgico (incluye Quirófano, Reanimación y Perfusionistas), Hemodinámica, Hospital de Día, Endoscopias y Farmacia.
- Requisitos para entrar en las Bolsas específicas de enfermería: al menos, tres meses acreditados de servicios prestados en la Unidad de que se trate, sin informe desfavorable. Con carácter excepcional, en casos determinados y con el conocimiento de la Comisión de Seguimiento del Centro, podrán considerarse períodos más cortos de servicios prestados, no pudiendo ser estos inferiores a un mes. En caso de que se produzcan plazas vacantes o asimiladas en servicios especiales, se llamará al primero de la lista que corresponda desempeñar tal tipo de nombramiento conforme al procedimiento general de llamamiento para vacantes.

#### **6. Castilla la Mancha SESCAM – Servicio de Salud de Castilla la Mancha. (DOCM 2004).**

- El SESCAM elabora una bolsa de empleo para cada una de las Gerencias de Atención Primaria y para cada una de las Gerencias de Atención Especializada.
- Apertura permanente: sí, baremación una vez al año, en Octubre.
- Existen Bolsas específicas de enfermería: sí.
- Bolsas específicas de enfermería existentes: UCI adultos, UCI Neonatal y Pediátrica, Quirófano, Diálisis, Salud Mental y Urgencias.

- Requisitos para entrar en las Bolsas específicas de enfermería: mínimo de tres meses de experiencia profesional en el área específica y/o conocimientos específicos adquiridos a través de cursos teórico-prácticos. Los contratos de las bolsas específicas tienen que ser inferiores a un año, de ser superiores se aplican los criterios de contratación de la bolsa general.

#### **7. Castilla y León SACYL – Sanidad de Castilla y León. (BOCYL 2004), (BOCYL 2010).**

- Apertura permanente: no, la apertura de la bolsa se realiza en periodos determinados mediante la publicación en el boletín autonómico (BOCYL). La bolsa está en periodo de cambio, la normativa vigente es de 2004 si bien existe un nuevo pacto de 2010.  
Existen Bolsas específicas de enfermería: sí
- Bolsas Específicas de enfermería existentes: Cuidados Intensivos y/o Reanimación, Quirófanos, Hemodiálisis, Prematuros, Urgencias hospitalarias y Emergencias, Farmacia, Oncohematología, Psiquiatría, Pediatría y Cuidados Paliativos.
- Requisitos para entrar en las Bolsas específicas de enfermería: experiencia mínima acreditada en su desempeño de dos meses en los últimos dos años o de cinco meses en los últimos cinco años.

#### **8. Cataluña I.C.S – Institut Català de la Salut. (ICS 2010).**

- Apertura permanente: sí, con baremación trimestral. El I.C.S. (Institut Català de la Salut) diferencia la bolsa de empleo de Atención Primaria de la de Atención Especializada. Los CAPS (Centros de Atención Primaria) abren su bolsa una vez al año, normalmente a principios de año y cada hospital tiene su propia bolsa. La inscripción de la Bolsa de Trabajo es telemática.
- Existen Bolsas específicas de enfermería: sí.
- Bolsas Específicas de enfermería existentes: Cuidados intensivos, Quemados, Neonatología y Bloque quirúrgico.
- Requisitos para entrar en las Bolsas específicas de enfermería: 2 meses de experiencia en el área específica concreta.

## 9. Extremadura S.E.S – Servicio Extremeño de Salud. (SES 2010).

- Apertura permanente: no, la bolsa se realiza en periodos determinados mediante la publicación en el boletín provincial, la última vez que se abrió fue en febrero de 2010.
- Existen Bolsas específicas de enfermería: sí.
- Bolsas Específicas de enfermería existentes: Quirófanos incluido REA y URPA, Hemodiálisis, Hemodinámica, Urgencias, Cirugía Cardíaca, Cirugía Vascular, UCI, UCI pediátrica – Neonatología, Unidad de quemados.
- Requisitos para entrar en las Bolsas específicas de enfermería:
  - Sólo funcionan para contratos de más de tres meses de duración.
  - Se requieren para entrar en las bolsas específicas, reunir los requisitos establecidos en las bolsas de carácter general y un mínimo de tres meses de experiencia laboral en los últimos tres años, como enfermera en el área o mas de 200 horas acreditadas por la Escuela de Ciencias de la Salud de Extremadura, por la Comisión Nacional de Formación Continua o derivada del Acuerdo de Formación del Servicio Extremeño de Salud en cursos relacionados con el área.
  - La duración de los contratos temporales para estas bolsas específicas, ya sean de sustitución o de carácter eventual, no podrán exceder de tres meses de duración. Para aquellas contrataciones cuya duración se prevea superior a tres meses, se utilizará exclusivamente la bolsa general vigente de la categoría correspondiente.

## 10. Galicia SERGAS –Servicio Galego de Saúde. (DOG 2004), (DOG 2011).

- El SERGAS cuenta con una Bolsa de Empleo por categoría profesional y por área de gestión sanitaria. El pacto de contratación vigente es el de 2004, si bien, existe un nuevo pacto firmado pendiente de vigencia.
- Apertura permanente: hasta ahora con el pacto de 2004 no, si bien el nuevo pacto sí contemplará la apertura permanente de la bolsa una vez entre en vigor. Hasta ahora la apertura para presentación de méritos se produce una vez al año, durante quince días en el último trimestre de cada año (no siempre se cumple la ultimas veces que se abrió fue en 2006 y 2009).
- Existen Bolsas específicas de enfermería: sí.
- Bolsas Específicas de enfermería existentes (pacto vigente de 2004): UCI-preanimación, Transplantes, Quirófano, Prematuros- Neonatos, Hemodiálisis, Hospital

de día onco-pediátrico, Salud mental, Hospital de día oncohematológico, Uci pediátrica, Banco de sangre, Urgencias hospitalarias.

- Requisitos para entrar en las Bolsas específicas de enfermería: experiencia profesional mínima de dos meses, en la/s referida/s área/s y categoría, dentro del Sistema Nacional de Salud y/o formación práctica específica en la categoría y área/s solicitada/s, impartida por el Servicio Gallego de Salud. Se excluirán de tal sistema la cobertura de las plazas vacantes y las sustituciones de una duración previsible superior a 60 días, que se proveerán siempre en la forma ordinaria.

#### **11. La Rioja SERIS – Servicio Riojano de Salud. (BOR 2009).**

- Apertura permanente: sí, excepto en Enero que es cuando se aportan los méritos con fecha hasta el 31 de octubre del año anterior. No existe periodo fijo de baremo.
- Existen Bolsas específicas de enfermería: no.

#### **12. Madrid SERMAS –Servicio Madrileño de Salud. (BOCM 2006).**

- Apertura permanente: sí, en Madrid la bolsa única es abierta y permanente, cerrándose todos los años el 15 de Octubre para baremar meritos y volviéndose a publicar nuevo listado a primeros del año siguiente.
- Existen Bolsas específicas de enfermería: sí, por hospitales, considerando cada hospital sus propias bolsas específicas.
- Bolsas Específicas de enfermería existentes (ejemplo, el Hospital Universitario Fundación Alcorcón): Bloque Quirúrgico, Críticos/REA, Urgencias, Pediatría-Neonatología, Diálisis, Psiquiatría y Onco- hematología.
- Requisitos para entrar en las Bolsas específicas de enfermería: se requiere un mínimo de tres meses de experiencia trabajados en los distintos servicios o unidades. Esta opción establece una preferencia en el orden de llamada en contratos de duración inferior a 150 días.

**13. Murcia S.M.S – Servicio Murciano de Salud (BORM 2002).**

- Apertura permanente: sí, con baremación anual, valorándose anualmente las nuevas instancias o méritos presentados hasta el 31 de Octubre de cada año.
- Existen Bolsas específicas de enfermería: no.

**14. Navarra OSASUNBIDEA- Servicio Navarro de Salud (BON 2010), (SNSO 2011).**

- Apertura permanente: sí, para aporte de méritos con baremación trimestral.
- Existen Bolsas específicas de enfermería: sí, unificadas para toda Navarra.
- Bolsas Específicas de enfermería existentes: Diálisis, Psiquiatría, Quirófanos, Uci-Urpa-Urce-Uvi móvil, Urgencias y Neonatología.
- Requisitos para entrar en las Bolsas específicas de enfermería: los aspirantes deberán acreditar estar en posesión del correspondiente título de especialista o bien acreditar formación post-grado y/o haber prestado servicios de al menos 6 meses en los últimos 3 años en las unidades.

**15. País Vasco OSAKIDETZA –Servicio Vasco de Salud. (BOPV 2008).**

- Apertura permanente: sí. OSAKIDETZA elabora las bolsas de empleo basándose en los datos de la última convocatoria de oposiciones. La baremación se hace el primer trimestre del año.
- Existen Bolsas específicas de enfermería: sí, existen listas específicas, cada organización u hospital dispone de sus listas específicas.
- Bolsas Específicas de enfermería existentes: Cuidados intensivos, Quirófanos, Pediatría, Hospital de día de oncología, etcétera. Cada hospital dependiendo de sus características y servicios de que dispone tiene sus listas específicas correspondientes.
- Requisitos para entrar en las Bolsas específicas de enfermería: en función de la realización de actividades especiales y para atender las necesidades de contratación reguladas en el apartado 3.2, podrá acordarse por la Dirección de la Organización de Servicios correspondiente la creación de listas específicas. En cualquier caso, dichas listas estarán ordenadas por orden de puntuación. Será requisito imprescindible para poder acceder a estas listas específicas, estar en posesión del correspondiente título de

especialista, cuando exista o haya existido especialidad, o bien acreditar formación postgrado y/o haber prestado servicios en dichas áreas un mínimo de 3 meses en los últimos 3 años, debiendo aportar justificación acreditativa al efecto.

**16. Valencia A.V.S –Agència Valenciana de Salut (DOGV 2009).**

- Apertura permanente: no, se abre para solicitud de ingreso y aporte de meritos una vez al año, en Noviembre. Aunque los nuevos méritos pueden presentarse continuamente, la A.V.S. abre periódicamente su bolsa para nuevas inscripciones y la elaboración de nuevas listas. El periodo suele ser de un mes y se publica en el D.O.G.V. (Diario Oficial de la Generalitat Valenciana).
- Existen Bolsas específicas de enfermería: no.

**17. Ceuta y Melilla INGESA –Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA 2008), (INGESA Ceuta).**

**Melilla.**

- Apertura permanente: La bolsa de empleo temporal se abre del 1 al 28 de febrero y entra el vigor el 20 de junio.
- Existen Bolsas específicas de enfermería: sí.
- Bolsas Específicas de enfermería existentes: Diálisis, Urgencias y Emergencias 061, Críticos-Uci, Quirófano y Neonatología.
- Requisitos para entrar en las Bolsas específicas de enfermería: se necesita tener 6 meses de experiencia en el área, ó 3 meses y 60 créditos teóricos específicos ó 300 créditos teórico-prácticos del área concreta. Las bolsas de empleo específicas se utilizan para cobertura de nombramientos de carácter temporal de corta duración.

**Ceuta.**

- Apertura permanente: sí, para solicitud de inclusión y autobaremo.
- Existen Bolsas específicas de enfermería: no.

## **2.2.2. Bolsa Única de Empleo Servicio Andaluz de Salud (SAS).**

En el marco de la Mesa Sectorial de Sanidad de Andalucía, la Administración Sanitaria de Andalucía-SAS y las Organizaciones Sindicales CEMSATSE, CC.OO., UGT y CSI-CSIF suscribieron, con fecha 20 de mayo de 2005, un Pacto de Mesa Sectorial de Sanidad sobre el sistema de selección de personal estatutario temporal para puestos básicos en el Servicio Andaluz de Salud (BOJA, 2005). Este pacto suponía la creación de una bolsa de trabajo temporal unificada para Andalucía dentro de La Ley 55/2003 del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud (BOE 2003), la cual, dispone en el artículo 33.1 que "La selección de personal estatutario temporal se efectuará a través de los procedimientos que permitan la máxima agilidad en la selección, procedimientos que se basarán en los principios de igualdad, mérito, capacidad y publicidad, y que serán establecidos previa negociación en las mesas correspondientes.

Desde la puesta en marcha del sistema de Bolsa Única el citado Pacto ha requerido diversas modificaciones para adaptar el baremo de méritos a las necesidades actuales, realizar determinadas correcciones y la revisión de alguno de sus apartados para mejorar la operatividad y la eficacia, siendo la última resolución vigente, la correspondiente a la fecha del 21 de junio de 2010 (BOJA 2010).

### **2.2.2.1 Consideraciones Generales sobre la bolsa única del SAS.**

La Bolsa única del Servicio Andaluz de Salud (SAS) es una herramienta creada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para la selección de nombramientos temporales en el SAS. Esta bolsa supone la unificación de todas las bolsas de empleo temporal de Andalucía mediante una aplicación informática con acceso telemático a través de Internet, estando disponible para la inscripción en las diferentes categorías profesionales existentes siempre que se reúnan los requisitos exigidos. La inscripción y actualización de méritos se realiza vía telemática, a través de la página web del SAS, en el apartado "Bolsa Única de Empleo". El sistema telemático de la bolsa de empleo del SAS a través de internet permite a los profesionales realizar el proceso completo de inscripción de una manera segura (el programa proporciona códigos de acceso personal) y cómoda (basta con introducir los datos y la aplicación lleva a cabo el autobaremo de forma automática). La bolsa permanece operativa todos los días del año, las 24 horas del día, tanto para inscripciones como para actualizaciones de los datos. Una vez al año, en concreto el día 31 de Octubre de cada año, se

establece un corte y, los méritos registrados hasta dicha fecha determinan el autobaremo, que es la puntuación correspondiente a los datos aportados. Con posterioridad se publica un periodo para presentar los méritos en formato papel y por registro.

#### **2.2.2.2. Área de gestión de méritos.**

El área de gestión de méritos de la bolsa única del SAS está destinada a recoger los datos laborales y académicos, organizándolos en los siguientes apartados:

1. Experiencia (SAS): los datos aparecen y se actualizan automáticamente. Por cada mes trabajado completo en la misma categoría y/o especialidad, la bolsa puntúa 0,3 puntos.
2. Experiencia (no SAS): en este apartado viene reflejado el trabajo en cualquier institución sanitaria pública española, en otros países miembros de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo, en algún centro concertado con la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía o relacionado con ésta mediante convenio singular.
  - Cada mes completo de servicios prestados en la misma categoría o especialidad, en centros del Sistema Nacional de Salud (SNS) y del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), o en sus centros integrados y en instituciones sanitarias públicas españolas y de países miembros de la Unión Europea (UE) o del Espacio Económico Europeo (EEE), la bolsa puntúa 0,3 puntos.
  - Cada mes completo de servicios prestados en la misma categoría o especialidad en centros no sanitarios de otras administraciones públicas, la bolsa puntúa 0,15 puntos.
  - Cada mes completo de servicios prestados en la misma categoría o especialidad en centros concertados de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía o adscritos al sistema Sanitario Público de Andalucía en virtud de un convenio singular de vinculación, la bolsa puntúa 0,10 puntos.
  - Cada mes completo de servicios prestados, en diferente categoría o especialidad, en centros del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Sanitario Público de Andalucía o en sus centros integrados, la bolsa puntúa 0,025 puntos (hasta un máx. de 3 puntos).
3. Área de formación académica: este apartado está destinado a recoger la titulación académica requerida específicamente para cada categoría y puesto, la cual es requisito obligatorio para poder participar en la bolsa.
4. Formación específica: en este apartado viene registrada la especialidad de la titulación y otros títulos universitarios, en el caso de que se posea.

- Por la obtención del título de especialista, correspondiente a la especialidad a la que se opta y, previo cumplimiento del periodo completo de formación como residente del programa EIR, la bolsa puntúa 6 puntos; mientras que, por la vía de acceso excepcional regulada en el R.D. 450/2005 (BOE 2005) sobre especialidades de enfermería, la bolsa puntúa 1 punto.
- Para enfermería se valorarán las siguientes titulaciones universitarias: Diplomatura o Grado en Podología, Fisioterapia, Logopedia y Nutrición Humana y Dietética, Licenciatura o grado de Biología, Bioquímica, Farmacia, Medicina (y sus especialidades), Odontología y Psicología. La bolsa puntúa 3 puntos en total.

5. Cursos: en este apartado se registrarán los cursos en los que se haya participado como alumno y que se encuentren directamente relacionados con la categoría, especialidad o área solicitada, siempre que hayan sido impartidos por alguna de las siguientes instituciones:

- Centros Universitarios, Servicios de Salud, Consejerías de Salud de las Comunidades autónomas (CCAA), Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Administraciones Públicas, Instituto Nacional de la Administración Pública o sus homólogos de las CCAA, Escuelas de Salud Pública adscritas a los organismos citados, INEM. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Consejerías de empleo, Servicio Andaluz de Empleo, o sus homólogos de las CCAA o corporaciones locales.
- Organizaciones sindicales, Colegios Profesionales y Sociedades Científicas o entidades sin ánimo de lucro, entre cuyos fines se encuentre la formación.
- Son actividades formativas valorables, los cursos, jornadas, y seminarios que reúnan los requisitos anteriores.

La Bolsa puntúa los cursos de la siguiente manera:

- Formación realizada hace más de 6 años respecto al corte de bolsa que se tome como referencia: 0.025 puntos por cada hora.
- Formación realizada en los 6 años inmediatamente anteriores respecto al corte de bolsa única que se tome de referencia: 0.05 puntos por cada hora.
- Cada crédito equivale a 10 horas de formación.

6. Doctorado: apartado destinado a recoger la información sobre el doctorado, año de expedición del título, y calificación de sobresaliente "cum laude", si se ha obtenido. Únicamente se podrá consignar la obtención del título, no los cursos realizados. De momento no consta en los pactos de la bolsa la puntuación que supone tener el título de doctorado.

7. Oposiciones: la bolsa puntúa con 1 punto cada ejercicio aprobado de oposición de las ofertas de empleo público ordinarias, para el acceso a plazas de la misma categoría y

especialidad que hayan sido convocadas en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud durante los últimos cinco años.

8. Trabajos científicos: esta zona permite aportar al expediente las distintas publicaciones, ponencias, y comunicaciones que se posean, y que estén especificadas en el baremo de la bolsa de empleo. Puntuarán dependiendo el tipo de publicación: un libro 1 punto, un capítulo de libro 0,3; una publicación en revista 0,3 si esta incluida en cuiden citación ó 0,15 si no lo está; una ponencia 0,2 en el ámbito internacional, 0,1 en el nacional y 0,05 en el regional; una comunicación 0,1 en ámbito internacional, 0,05 en nacional y 0,025 en regional.

9. Docencia: este apartado refleja las actividades de docencia que se hayan realizado y estén relacionadas con la categoría y/o especialidad solicitada. Puntuará 0.1 puntos cada hora de docencia impartida hace menos de 6 años y 0,05 cada hora impartida hace mas de 6 años.

10. Premios: la bolsa puntúa los premios de investigación según el ámbito, siendo el internacional 0,5 puntos, nacional 0,3 puntos y regional 0,15 puntos.

11. Máster y Experto Universitario: la bolsa puntúa cada Máster Universitario relacionado con la categoría o puesto específico con 3 puntos, y cada Experto Universitario relacionado con la categoría o puesto específico con 2 puntos.

12. Otros: Áreas específicas de enfermería: en esta área los profesionales que aspiran a trabajar en la categoría de Enfermera, pueden consignar que poseen la formación y/o experiencia requerida para determinados puestos específicos.

### **2.2.2.3. Gestión de solicitudes.**

En el apartado "Gestión de solicitudes" de la aplicación informática de la bolsa, se comunica el turno de acceso, la categoría, el tipo de contratos y los centros en los que se desea trabajar.

#### 1. Modalidades de acceso a la bolsa.

- Turno libre: previsto para todos aquellos aspirantes que no tengan la condición de personal fijo en la categoría en la que se pretende la inscripción. Dentro del turno libre se reservará un cupo del 5 % ciento de las plazas convocadas para ser cubiertas por personas con discapacidad de grado igual o superior al 33 por ciento, siempre que acrediten, en su momento, el indicado grado de discapacidad y la compatibilidad con el desempeño de las tareas y funciones correspondiente.
- Turno de promoción interna temporal: reservado para el personal estatutario fijo dependiente del SAS.

#### 2. Tipos de oferta según la duración de la vinculación laboral.

Vinculaciones temporales de larga duración:

- Los nombramientos interinos, cuando sean a tiempo completo, definidos en el artículo 9.2 de la Ley 55/2003 (BOE 2003).
- Los nombramientos de sustitución cuando sean a tiempo completo y siempre que tengan su causa en alguno de los siguientes supuestos que quedan definidos en el artículo 9.4 de la Ley 55/2003 (BOE 2003):
  - Promoción interna temporal del titular, de duración superior a cuatro meses.
  - Comisión de servicio.
  - Permiso sindical a tiempo total del titular.
  - Servicios especiales, servicios bajo otro régimen jurídico, suspensión o excedencia del titular, siempre que suponga la reserva de plaza.
  - Reserva de plaza básica de un titular por ocupar otro puesto de trabajo.

Vinculaciones temporales de corta duración:

- Los nombramientos de sustitución por incapacidades temporales, maternidad, vacaciones, permisos y licencias, promoción interna temporal del titular de duración inferior a cuatro meses que quedan definidos en el artículo 9.4 de la Ley 55/2003 (BOE 2003).
- Los nombramientos eventuales que quedan definidos en el artículo 9.3 de la Ley 55/2003 (BOE 2003).
- Cualquier modalidad de vinculación temporal para prestación de servicios en jornada a tiempo parcial según lo dispuesto en el artículo 60 de la Ley 55/2003 (BOE 2003).
- Programa vacacional masivo: se consideran vinculaciones temporales de programa vacacional masivo, las programadas para atender las sustituciones por el disfrute de permisos por vacaciones del personal durante los meses de julio, agosto y septiembre; así como aquellas necesarias para atender las necesidades debidas al aumento de población en determinadas zonas, con motivo del periodo estival.

El sistema informático adjudicará las propuestas entre las personas candidatas maximizando el tiempo de trabajo adjudicado a cada persona candidata, comenzando por la de mayor puntuación, encadenando las propuestas del mismo centro, entre las solicitadas por éste. La oferta telefónica a la persona candidata se realizará para todo el periodo que comprenda las ofertas encadenadas. La aceptación o renuncia será a la totalidad de las ofertas encadenadas realizadas.

3. Modo de realización de las ofertas.

Los nombramientos se ofertarán por orden decreciente de puntuación en Bolsa. Las ofertas se realizarán telefónicamente llamando a los teléfonos que el propio candidato haya facilitado en su inscripción. Se realizarán hasta tres comunicaciones, si es necesario, por no contactar con la persona candidata en la primera y segunda comunicación. Cada intento se ha de hacer en horarios distintos, dentro del mismo día para contratos de corta duración y en tres días si es una oferta de larga duración. Las ofertas telefónicas serán grabadas por el sistema informático quedando constancia de la oferta realizada y la aceptación o renuncia de la misma.

#### **2.2.2.4 Áreas específicas de enfermería.**

Las áreas específicas de Enfermería se utilizan para la cobertura de ciertos servicios concretos donde, debido a su complejidad o especificidad, es recomendable que el enfermero sustituto cuente con un mínimo de experiencia y/o conocimientos específicos relacionados con el área en cuestión. Para poder inscribirse en las bolsas específicas es necesario acreditar una Experiencia Profesional de al menos seis meses (consecutivos o no) en el área específica, o bien acreditar al menos 40 horas teórico-prácticas de formación referente al área específica. Se puede estar inscrito en más de un área específica al mismo tiempo.

Las bolsas de empleo temporal de áreas específicas se utilizarán para la cobertura de nombramientos de carácter temporal de corta duración en atención especializada y para el área específica de Salud Mental, de conformidad con lo establecido en el apartado IV. 2.2. del pacto del 21 de Junio de 2010 (BOJA 2010). En caso de agotarse el listado del área, se seguirá contratando a través del listado de la categoría enfermera. Estas áreas específicas son:

- Enfermera para el área de Quirófano.
- Enfermera para el área de Diálisis.
- Enfermera para el área de Neonatología. (Urgencias pediátricas, Cuidados Críticos Neonatales y Cuidados Críticos Pediátricos).
- Enfermera para el área de Cuidados Críticos y Urgencias.
- Enfermera para el área de Salud Mental.

### **3. OBJETIVOS**

El presente estudio, de naturaleza cualitativa y fenomenológica pretende, tomando como base el enfoque interpretativista que supone la hermenéutica filosófica gadameriana, acercarse a la realidad actual de las “Bolsas de Contratación Eventual Específicas” (BCEE) en referencia a las/os enfermeras/os. Para ello, exploraremos el problema desde el punto de vista de los supervisores de enfermería de dichas áreas, informantes que conformarán nuestra muestra, atendiendo a sus experiencias y vivencias en relación a las BCEE. Pretendemos así poder entender e interpretar mejor el funcionamiento y repercusión específica que tiene la puesta en marcha de estas BCEE en esos servicios específicos, desde la óptica de uno de los agentes primordiales implicados. De manera que, unida a la de los propios enfermeros/as, gestores y el punto de vista de los usuarios de salud, contribuya a conformar una amplia visión de la realidad, funcionamiento y utilidad de las bolsas específicas de trabajo eventual en enfermería. Para ello, marcaremos los siguientes objetivos:

#### **Objetivo general:**

Conocer el sistema de contratación eventual mediante las BCEE para enfermería y la percepción de los supervisores de enfermería de estas áreas sobre su funcionamiento y utilidad.

#### **Objetivos específicos:**

1. Conocer la situación de la contratación eventual de enfermeras en España mediante el análisis de las respectivas Bolsas de Contratación Eventual Específicas (BCEE) de las distintas Comunidades Autónomas.
2. Describir, interpretar y comprender las percepciones y experiencias de los supervisores de enfermería, con respecto a la contratación eventual mediante bolsas específicas.

## 4. METODOLOGÍA

El empleo de una metodología específica nos va a servir como guía teórica durante todo el proceso de realización del estudio. Junto a los objetivos, se configura como clave en los procesos de selección de la muestra, el lugar y contexto en el que se desarrolla el estudio, así como en el procedimiento de recogida, análisis e interpretación de los datos obtenidos, para conseguir de esta manera el objetivo marcado.

### 4.1 Análisis de contenido (para el objetivo 1).

La metodología del análisis de contenido permite llegar a la descripción y explicación de determinados aspectos de la realidad que se planteen como objeto de estudio (Vázquez & Ferreira, 2006). En nuestro caso, procedemos al análisis de datos textuales expresados de forma directa y manifiesta en documentos, más específicamente en los Pactos de las diferentes Bolsas de Contratación Eventual Específicas (BCEE) de las distintas Comunidades Autónomas, extraídos de su publicación de los respectivos Boletines Oficiales. Su análisis implica un conjunto de operaciones de análisis, categorización, reflexión y comprobación de datos relevantes en relación a nuestro problema de investigación (Miles & Huberman, 1994). Tras una lectura repetida de los datos, mejorando la comprensión de los mismos, se selecciona la información relevante y significativa tanto para la investigadora como para el objetivo de estudio, desarrollándose a través de varios pasos (Krippendorff, 1980):

- Registro de datos: al tratarse de análisis de documentos, se procede a una revisión en bases de datos para su localización, procediéndose posteriormente a su recopilación.
- Escucha o transcripción: no procede en nuestro estudio.
- Lectura y organización de datos: identificación de contenidos y su posición en el texto, señalización de elementos o temáticas emergentes, organización de los mismos según criterios de relevancia, segmentación e identificación de informaciones.
- Análisis de contenidos: creación de categorías entendidas como temas emergentes de dichos documentos y extraídas de la información aportada por los textos. También implica buscar información referente a cada categoría, si es pertinente.
- Descripción de resultados: tras localizar y clasificar las informaciones emergentes de los datos, se procede a una descripción de los mismos.
- Interpretación: poco explícita en esta fase de nuestro estudio, cuyos resultados son en su mayoría descriptivos.

## **4.2 Análisis de contenido y Teoría Fundamentada (para el objetivo 2).**

Para H.G. Gadamer, “comprender e interpretar textos no es sólo una instancia científica, sino que pertenece con toda evidencia a la experiencia humana del mundo”, (Gadamer, 2005, p. 23). Ser objetivos en investigación cualitativa pasa por ser abiertos, tener voluntad de escucha, ver y oír lo que se dice o se escribe en los documentos, comprender basándonos en la cultura y en las experiencias que nos acompañan como investigadores.

### **4.2.1 Población y muestra del estudio.**

La población del estudio se compone de aquellos individuos que han experimentado la situación, evento o fenómeno de estudio (Morse, 2000). En nuestro caso, estaría constituida por los supervisores de las distintas áreas del Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería, donde se emplean las llamadas bolsas de contratación eventual específicas (BCEE). Las características del estudio apuntan a la selección de una muestra que sea representativa de dicha población, en ese sentido, se desarrolló una selección de los informantes teniendo en cuenta cuestiones como ¿quién tiene la información relevante?, ¿quiénes son más accesibles física y socialmente? y ¿qué contexto es el más factible para reunir la mayor y mejor información acerca del tema de interés? (Valles, 2002). Se optó por un muestreo opinático con selección de informantes clave guiada por criterios pragmáticos y de factibilidad, seleccionando una muestra de conveniencia que cumpliera los criterios de idoneidad previamente planteados (Fernández, 2006), En este sentido, fue determinante la vinculación laboral de la investigadora con el centro hospitalario donde desempeñan su labor profesional los supervisores entrevistados.

Se seleccionaron a todos los supervisores en activo del Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería) pertenecientes a las áreas donde se usa las BCEE, y que, tras ser informados de los objetivos del estudio, quisieron de forma voluntaria e informada participar en el mismo. Como criterio de inclusión se contempló, exclusivamente, que fuesen supervisores que desarrollasen actualmente su labor profesional en un área considerada específica por la bolsa de trabajo eventual de enfermería en Andalucía, excluyéndose todos aquellos supervisores pertenecientes a áreas no específicas. La muestra quedó definitivamente conformada por un total de siete participantes o *informantes clave*, cuatro mujeres y tres hombres, lo que supone el 77% de los supervisores de áreas específicas del Complejo

Hospitalario Torrecárdenas de Almería; quedando fuera de la misma dos supervisores, uno por motivos personales y otro al que no fue posible acceder por motivos laborales.

#### **4.2.2 Escenario de investigación y relación investigador-participantes.**

El “escenario” o “campo de investigación” hace referencia al emplazamiento donde el investigador va a realizar sus observaciones y recogida de datos (Amezcu, 2000). En el presente estudio la recogida de datos, realizada mediante entrevistas individuales, fue llevada a cabo fuera de complejo hospitalario en el que trabajaban los sujetos investigados, concretamente en su propio domicilio o lugar público de elección de los entrevistados.

Dado que el comienzo de la entrevista puede constituir un momento de máxima reactividad, es conveniente comenzarla de manera distendida (Amezcu, 2000), por ello, la relación con cada participante comenzó de un modo “ingenuo” mediante la presentación y tanteo de la situación. Se realizó un primer contacto mediante una visita informal a los despachos de los participantes en el hospital y, en los casos en que no fue posible, se contactó vía telefónica con los informantes. Esta primera toma de contacto sirvió a la entrevistadora para presentarse y plantearles todas las cuestiones referentes al desarrollo del estudio. La información que se dio a los participantes, previo a la entrevista, se limitó a explicitar que el motivo de realización del estudio era la realización de un Trabajo Final de Máster, que posteriormente podría ser publicado y que el tema de estudio era conocer su experiencia en referencia a la implantación de las BCEE; sin dar más detalles que no fuesen consultados, para así evitar crear precedentes e ideas preconcebidas (Amezcu, 2000).

Posteriormente se concretó la cita para la realización de la entrevista, adaptándose en todo momento la entrevistadora a la flexibilidad y posibilidades de los participantes en el estudio. Así mismo, se mostró un consentimiento informado (Anexo 1) en el que se reflejaba la información dada, así como un pequeño cuestionario de datos sociodemográficos (Anexo 2). Se decidió realizar la entrevista fuera de las dependencias del complejo hospitalario, para favorecer un clima adecuado que facilitase el confort de los entrevistados y crease una situación propicia para favorecer la empatía y comunicación entre la entrevistadora y el/la entrevistado/a, permitiéndose así la comunicación espontánea y auténtica. En todo momento se garantizó la privacidad, pudiendo evitar las interrupciones durante el proceso, generándose un clima favorable para el transcurso de la entrevista. La relación con los sujetos de estudio fue de confianza y empatía entre compañeros de profesión, resultando en todo momento un clima

distendido que es considerado “clave” a la hora de condicionar la recogida de datos (Amescua, 2000).

### 4.2.3 Recogida de datos.

La recogida de datos se llevó a cabo durante el mes de Julio de 2011. El método escogido fue la entrevista narrativa semiestructurada, realizada individualmente a cada uno de los participantes, la cual sirvió de guía para obtener los testimonios de los supervisores. La entrevista en la investigación cualitativa es un elemento técnico en sintonía epistemológica con este enfoque y con su teoría metodológica (Martínez, 2006). Es un método que emplea la comunicación verbal para la obtención de la información sobre un tema, permitiendo describir acontecimientos e interpretar conductas o actitudes desde la perspectiva del propio entrevistado (Mogollón & Vázquez, 2006).

No es un procedimiento simple ni una mera recolección de datos, sino que el entrevistador debe ser capaz de escuchar y mantenerse abierto a lo que el entrevistado comenta, descubrir qué significan sus palabras y entender su particular punto de vista. Además de la comunicación verbal, es importante la comunicación no verbal, que contempla aspectos como la postura corporal, movimiento de ojos, rubor o taquipnea, así como el tono de voz, número de pausas, etc. (Icart et al, 2001). La entrevista realizada pretende que el entrevistado comente y exprese libremente sus opiniones, inquietudes, etc.

El empleo de *preguntas guía* sirvió de hilo conductor de la misma, no especificándose, de entrada, ningún tiempo de duración predefinido. Se intentó evitar interrumpir a los entrevistados durante su narración, si bien, la entrevistadora mantuvo una actitud de empatía, refuerzo y escucha activa mediante gestos y participación en los momentos adecuados.

Se diseñó una entrevista individual, semiestructurada, semidirectiva y focalizada, específica para este estudio (Mogollón & Vázquez, 2006), utilizando cuestiones abiertas que permitieran al entrevistado hablar libremente, surgiendo a su vez otros puntos relevantes durante el desarrollo de la misma. La elaboración de estas cuestiones tiene su base tanto en la experiencia de la propia investigadora, como en los resultados de una primera revisión bibliográfica exhaustiva centrada en el tema en cuestión. La *guía de la entrevista* fue elaborada junto a una pequeña introducción, que contenía una pregunta generadora de la narración por parte de la entrevistadora, junto al resto de preguntas abiertas sobre puntos clave que servían en ocasiones como conductoras de la conversación (Anexo 3).

En la realización de la entrevista se procuró ir desde los aspectos generales a los más específicos, tomándose notas sobre comunicación no verbal, así como sobre comentarios que posteriormente fueron retomados. Una vez finalizada la entrevista, se preguntó de forma breve sobre datos concretos que permitieran conocer el perfil sociodemográficos de los participantes (Anexo2). El material utilizado fue el siguiente: libreta de anotaciones, bolígrafos y subrayadores, 2 grabadoras tipo MP3, Pc junto al Programa Microsoft office Word 2007.

#### **4.2.4 Metodología de análisis de los datos.**

Una vez realizadas las entrevistas, se realizó la transcripción literal de cada una de ellas, procediéndose con posterioridad al pertinente análisis de contenido e interpretación de los datos. El análisis se basó en un proceso de lectura, reflexión, escritura y reescritura, enfocado a que la investigadora pudiese tener acceso a la esencia de la experiencia (Palacios-Ceña & Corral, 2010). El análisis de contenido desarrollado supone un método de investigación del significado simbólico de los mensajes, entendiendo que un mensaje es capaz de transmitir una multiplicidad de contenidos incluso a un mismo receptor, cuya finalidad será proporcionar conocimientos y una guía práctica para la acción. En la línea de la filosofía hermenéutica gadameriana, cuando hacemos una descripción de algo ya tenemos en la mente una intención, *prejuicios*, no conceptualizamos arbitrariamente. Se analizan los datos formulando inferencias a partir de los mismos y en relación a un contexto, identificando características desde el conocimiento de las relaciones entre los principales elementos que intervienen en el proceso.

El rigor pasa por huir de la comprensión espontánea, decir “no” a la simple lectura y; puesto que no existen plantillas confeccionadas, buscar y delimitar unidades de codificación, analizando categorías y señalando reglas de asociación, exclusión y equivalencia. El marco de referencia vendrá configurado por los datos, el contexto, la forma de analizar y el objetivo, siendo clave *¿qué se dice, cómo se dice, a quién y por qué se dice y qué se esconde detrás?*

La teoría fundamentada (Grounded Theory), por su parte, constituye un método de análisis encaminado hacia la generación de teoría basada en los datos, siendo válida para análisis cualitativo de los mismos (Glasser y Strauss, 1999) Así, se genera *teoría sustantiva* (derivada de una investigación específica), y *teoría formal* (gran teoría que recoge fenómenos sociales de mayor amplitud). Los conceptos y las hipótesis son esenciales para construir teoría a partir de los datos, se llama «categorías» a conceptos con un grado de abstracción teórica

derivado de un trabajo analítico previo, mientras que las «hipótesis» son enunciados que formula el investigador sobre las relaciones entre las categorías (o entre las categorías y sus propiedades), y que van surgiendo a lo largo de todo el proceso verificándose o rechazándose. (Andreu et al., 2007, p. 45). Serán necesarios tres tipos de procesos:

- **Descripción de los datos:** proceso que, más allá de ceñirse a una simple descripción de sucesos en un escenario, implica interpretarlos para aclarar *¿por qué, cuándo, dónde y cómo ocurren los procesos?* Es un paso esencial para desarrollar teoría donde son claves la interpretación, los juicios y los prejuicios. (Gadamer, 2004, p. 69)
- **Ordenación conceptual:** se trata de organizar los datos en función de las categorías, de acuerdo a sus propiedades y dimensiones. Los investigadores intentan encontrar un sentido a sus datos organizándolos de acuerdo a un esquema de clasificación.
- **Teorización:** pasa por concebir e intuir ideas y formularlas dentro de un esquema lógico, sistemático y explicativo. Para que una idea llegue a ser teoría necesita ser considerada desde todos los ángulos y conocer sus implicaciones; por eso cualquier hipótesis derivada de los datos ha de ser revisada continuamente a lo largo del proceso de investigación. Para explicar un fenómeno necesitamos teorizar mediante las conexiones entre conceptos, y estas teorías permiten conocer, explicar y predecir acontecimientos y generar guías para la acción.

Siguiendo los trabajos de Teoría Fundamentada (Glasser & Straus, 1999) se integra la codificación y la generación de teoría mediante el *método de comparación constante*, un método inductivo de génesis de teoría basada en datos. Pues se dirige a resaltar semejanzas y diferencias entre los datos, generándose teoría que, a su vez, se vuelve a contrastar con los datos, generándose nueva teoría en un proceso constante durante todo el proceso de análisis, hasta la obtención de teoría específica del campo sobre el que queremos investigar. (Andreu et al, 2007, p. 63.). Esencialmente, consta de cuatro fases:

- **Fase 1. Comparación de incidentes aplicables a cada categoría:** tarea inicial donde el analista forma categorías de análisis sugeridas por los datos, adentrándose en los mismos. Obliga a examinar los datos, multiplica los puntos de vista sobre los acontecimientos y permite estudiar un fenómeno a través de datos obtenidos de entrevistas, observaciones o informes escritos. (Straus & Corbin, 2002).
- **Fase 2. Integración de las categorías y sus propiedades:** una vez definidas las categorías, se siguen comparando sucesos y categorías para mejorar el conocimiento del fenómeno estudiado. Esto permite modificar las categorías iniciales, sus

propiedades o integrar unas categorías con otras; una comparación constante que va generando desarrollo teórico y donde las buenas preguntas son suscitadas por los conocimientos relevantes del propio investigador (Straus & Corbin, 2002).

- **Fase 3. Delimitación de la teoría:** conforme comparamos categorías, la teoría se va haciendo más consistente, llegando a un punto en el que la máxima depuración conduce a una reducción del listado original y a la delimitación teórica fruto de la codificación selectiva. Es lo que Glaser y Strauss llaman «saturación teórica», el momento en el que de los datos analizados ya no surge nada nuevo.
- **Fase 4. Redacción de la teoría:** al final del análisis, el investigador dispone de datos codificados, categorías y propuestas teóricas; de manera que, si se ha realizado el método correctamente en todos sus pasos, es el momento de redactar la teoría.

Durante el desarrollo de esas cuatro fases fundamentales, realizamos:

### **1. Proceso de microanálisis:**

Primer examen minucioso de los datos así como de su interpretación. Aquí los datos hablan por sí mismos, siendo labor del investigador preguntarse por su significado en un análisis «línea a línea» atendiendo a *qué se dice y cómo se dice*. Así, surgen las categorías de manera automática, agrupándolas según similitudes y diferencias, confrontando nuestras propias presunciones con lo que dicen los datos y estableciendo las primeras hipótesis provisionales. Implica preguntas, análisis de palabras, frases u oraciones (en su contexto), búsqueda de significados ocultos (proceso hermenéutico) y detectar alertas rojas (tras palabras como “siempre”, “nunca”, “todos”, etc.).

### **2. Proceso de codificación:**

**A. Codificación abierta:** método inductivo de poner códigos a los datos, un proceso de etiquetado con efecto de “bola de nieve” (Andreu et al, 2007, p. 68). Abrir el texto transcrito exponiendo sus ideas, contenidos, o interacciones similares en su naturaleza o significado, y agruparlos bajo conceptos más abstractos llamados «categorías».

**B. Codificación axial:** análisis que se realiza sobre una categoría cuando se relaciona en cuanto a propiedades y dimensiones con otras categorías o subcategorías. Es una *codificación intensa* en torno a una categoría.

**C. Categorías centrales:** son aquellas que simbolizan el aspecto más importante de la investigación, derivando su «nivel superior de abstracción teórica» de la integración y

relación de un gran número de categorías. Un análisis avanzado permite determinar la «categoría central», la que responde a la cuestión de *¿cuál es el suceso principal?*

**D. El paradigma de codificación:** hace referencia a la herramienta que formaliza e integra en una estructura a todos los procesos (network).

**E. Memorandos:** notas redactadas por el investigador desde el inicio del análisis con las ideas que le sugieren los datos, modificándose conforme avanza la investigación.

**F. Matriz condicional/consecuencial:** herramienta cuyo objetivo es ayudar al analista en la determinación de condiciones/consecuencias a nivel micro y macro. Mediante *gráficos* sitúa los fenómenos en su contexto, representa el conjunto de las ideas y da una visualización conceptual de las conexiones entre los principales elementos de la teoría emergente. Es una herramienta para desarrollar hipótesis explicativas, cuyo resultado final va a mostrar un triángulo que une «método-aplicación-teoría».

Aunque se reconoce la ayuda que puede ofrecer la informática en la investigación cualitativa, esencialmente durante los procesos de procesamiento y recuperación de los datos, los programas de ordenador no son quienes van a realizar el análisis. Entendemos que «la capacidad interpretativa corre a cargo exclusivamente de los investigadores», el ordenador sólo facilita las tareas, contando también con detractores (Valles, 2006). En nuestro trabajo no se han empleado programas informáticos en ninguna de sus fases.

#### **4.2.5 Consideraciones éticas.**

Durante el desarrollo de la investigación se ha procurado el máximo rigor científico mediante la fidelidad a la perspectiva filosófica adoptada, así como a la metodología planteada procurando, al mismo tiempo, llevar a cabo los pasos de la investigación desde el respeto a los aspectos éticos. Previo a la realización de las entrevistas se informó a los participantes, de forma verbal y escrita, sobre el motivo y objetivos específicos del estudio, de que las entrevistas serían grabadas para su posterior transcripción siendo destruido el soporte a la finalización del mismo, así como de que se garantizaría su anonimato evitando la aparición de nombres en el estudio. Cada participante firmó un documento de consentimiento informado (Anexo 1), respetándose en todo caso a los que, tras ser informados, no desearon participar en el estudio.

## 5. RESULTADOS

Los resultados del análisis se estructuran en dos bloques, atendiendo a los dos objetivos específicos que nos planteamos en nuestro estudio. El primero es el fruto de la revisión bibliográfica realizada acerca de la situación de la contratación eventual mediante bolsas específicas en España, que permitirá al lector adentrarse en la realidad del contexto de estudio. El segundo mostrará el punto de vista de la muestra de supervisores de áreas específicas del Complejo Hospitalario de Torrecárdenas (Almería) obtenidas mediante el análisis de las entrevistas realizadas.

### 5.1 Situación de la contratación eventual mediante BCEE en España.

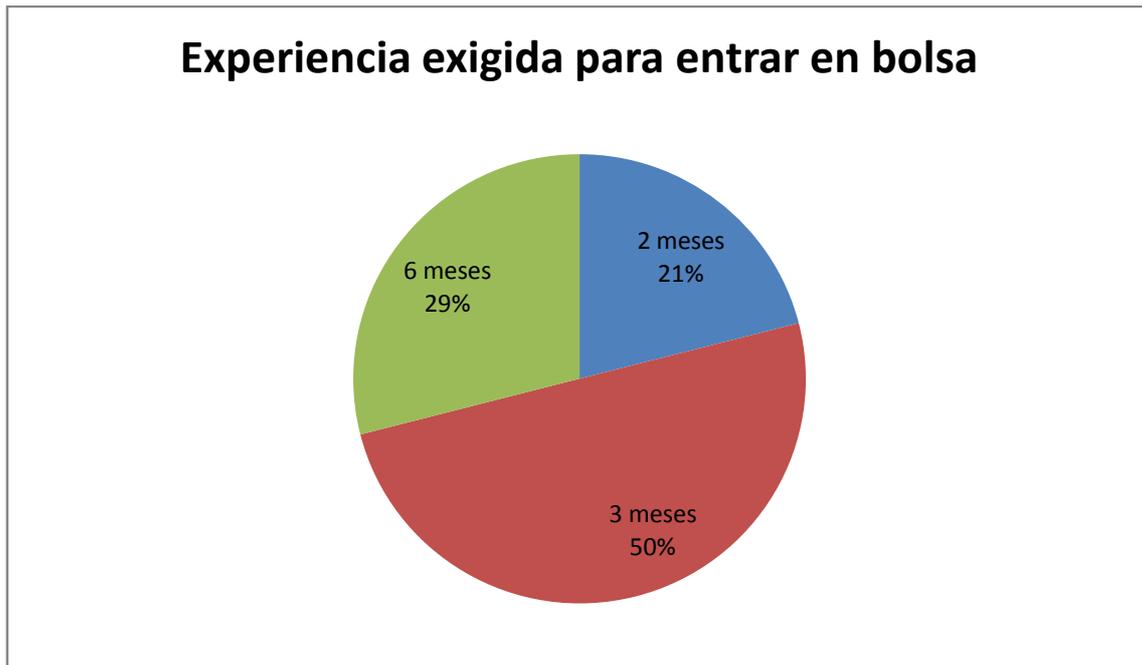
La revisión bibliográfica sobre la situación de la contratación eventual mediante bolsas específicas realizada en este estudio, muestra variaciones importantes en el seno de las Comunidades Autónomas de España en referencia a: la existencia o no de bolsas de contratación específica, las áreas consideradas específicas y los requisitos exigidos para poder formar parte de estas bolsas. A continuación se muestran unas gráficas y un cuadro resumen de la situación, que permiten observar de manera concreta y sencilla el tema que se plantea:



**Figura (1):** Instauración de BCEE en las Comunidades Autónomas.

<b>COMUNIDAD</b>	<b>BOLSAS ESPECÍFICAS EXISTENTES</b>
<b>Andalucía</b>	Quirófano, Diálisis, U.C.I./Urgencias, Neonatología, Urgencias/U.C.I pediátricos, Salud Mental.
<b>Aragón</b>	Radiología, Hemodiálisis, Neonatología/UCI pediátrica, Salud Mental, Quemados, Quirófano/ Reanimación, U.C.I y Urgencias.
<b>Asturias</b>	Hemodiálisis, quirófano, U.V.I., urgencias y hematología.
<b>Baleares</b>	Quirófano, Reanimación, Psiquiatría, Farmacia, UCI, Hemodiálisis, Urgencias, Digestivo y Pediatría.
<b>Canarias</b>	No existen bolsas específicas
<b>Cantabria</b>	Urgencias, Neonatología, U.C.I., Onco-hematología, Psiquiatría, Hemodiálisis, Bloque Quirúrgico, Hemodinámica, Hospital de Día, Endoscopias y Farmacia.
<b>Catilla la Mancha</b>	UCI, UCI Neonatal y pediátrica, Diálisis Quirófano, Salud Mental y Urgencias.
<b>Castilla y León</b>	UCI/ Reanimación, Quirófano, Hemodiálisis, Prematuros, Urgencias, Farmacia, Oncohematología, Psiquiatría, Pediatría y Cuidados Paliativos
<b>Cataluña</b>	Cuidados intensivos, Quemados, Neonatología y Bloque quirúrgico.
<b>Extremadura</b>	Quirófanos, Hemodiálisis, Quemados Hemodinámica, Urgencias, Cirugía Cardíaca, Cirugía Vascular, UCI, UCI pediátrica/Neonatología.
<b>Galicia</b>	UCI- preanimación, Transplantes, Quirófano, Prematuros- Neonatos, Hemodiálisis, Hospital de día onco-pediátrico, Salud mental, Hospital de día oncohematológico, Uci pediátrica, Banco de sangre, Urgencias.
<b>La Rioja</b>	No existen bolsas específicas
<b>Madrid</b>	Bloque Quirúrgico, U.C.I./REA, Urgencias, Pediatría-Neonatología, Diálisis, Psiquiatría y Onco- hematología.
<b>Murcia</b>	No existen bolsas específicas
<b>Navarra</b>	Diálisis, Psiquiatría, Quirófanos, Uci-Urpa-Urce-Uvi móvil, Urgencias y Neonatología.
<b>País Vasco</b>	Cada hospital tiene sus listas específicas
<b>Valencia</b>	No existen bolsas específicas
<b>Ceuta y Melilla</b>	Diálisis, Urgencias y Emergencias 061, Críticos-Uci, Quirófano y Neonatología

**Tabla (1):** Distribución de BCEE y áreas incluidas según Comunidades Autónomas.



**Figura (2):** Tiempo de experiencia laboral exigido para el ingreso en BCEE.

## **5.2. Opinión de los supervisores sobre la contratación eventual mediante bolsas específicas de enfermería.**

### **5.2.1 Perfil de los supervisores participantes en el estudio.**

Para la realización del estudio se contó con 7 de los nueve supervisores que pertenecían a un área considerada específica por la bolsa de contratación eventual. En total fueron cuatro mujeres y tres hombres los sujetos participantes.

- La edad de los participantes en el estudio se encontraba en el intervalo de 45 a 59 años, con una media de 52 años.
- La media de años trabajados como enfermeros fue de 30 años.
- La media de años de desarrollo de tareas de supervisión en las áreas actuales fue de 14 años, oscilando entre 2 y 30 años.
- Todos los sujetos de la muestra, a excepción de un supervisor, habían trabajado previamente en el área que actualmente supervisan. La media de años trabajados como enfermero de plantilla en el área fue de 19 años, con un rango entre 1-33 años.

## 5.2.2 Análisis de las entrevistas. Categorías y metacategorías.

Este apartado recoge una síntesis de las categorías y metacategorías surgidas del análisis de los datos tras la transcripción de las entrevistas. El conjunto de los mismos queda especificado en la Tabla (2), siendo posteriormente desglosadas de manera específica y acompañadas de citas textuales de las entrevistas que las apoyan. Derivado del compromiso de confidencialidad de los datos, se han obviado los nombres de los supervisores entrevistados, que constan en el texto como: Informante (1), Informante (2), Informante (n)...

METACATEGORÍAS	CATEGORÍAS
1. Implantación de las nuevas BCEE	1.1. Conformidad con la existencia de BCEE
	1.2. Mejoras apreciadas con la puesta en marcha de las BCEE.
	1.3. Falta de rodaje de las nuevas BCEE
2. Motivaciones que justifican la necesidad de BCEE	2.1. Importancia de la experiencia en el servicio.
	2.2. Consecuencias de la contratación eventual enfermeros sin experiencia en el servicio.
3. Condiciones de acceso a las BCEE	3.1. Conformidad con los requisitos exigidos para ser incluido en las BCEE
	3.2. Propuestas de los supervisores sobre requisitos de acceso a las BCEE
4. Influencia de la supervisión en la contratación eventual mediante BCEE	4.1. Participación de los supervisores en la contratación eventual
	4.2 Opinión acerca de la conveniencia de su participación en el proceso de selección de personal eventual para sus unidades.
5. Puntos débiles de la BCEE	5.1 Problemas de gestión de la BCEE
	5.2 Necesidad de Especialidades enfermeras.

**Tabla (2):** Categorías y metacategorías derivadas de las entrevistas.

## **1. Implantación de las nuevas BCEE.**

### **1.1. Conformidad con la existencia de BCEE.**

Los supervisores se muestran de acuerdo con la conveniencia de que existan bolsas específicas de contratación eventual de enfermería:

*“Yo las veo bien, soy partidario de las bolsas específicas pero siempre y cuando se hagan bien, en condiciones, con criterios serios, y formando a la gente...”*

(Informante 1)

*“A mi me parece perfecto que existan bolsa específicas, no me puedo quejar... la enfermería que ha solicitado la bolsa específica de salud mental es una enfermería de calidad, evidentemente, porque además tienen predisposición a trabajar aquí, entonces eso me parece muy bien.”* (Informante 2).

*“La bolsa específica la verdad es que es una mejora importante, antes la gente llegaba llorando, mira que es mi primer día, que yo no tengo ni idea de quirófano y yo siempre les decía mira, si no sabéis hacer una cosa para hacerla mal mejor que no la hagáis, no hagáis nada en lo que podáis meter la pata, iba como una madre detrás de ellos. Estas bolsas aportan mucha tranquilidad porque la gente que viene está aquí porque quiere.”* (Informante 3).

*“Es algo que se demandaba desde hace mucho tiempo.”* (Informante 4).

### **1.2. Mejoras apreciadas con la puesta en marcha BCEE.**

Sin embargo, la implantación de estas bolsas específicas no ha supuesto para la mayoría de los supervisores un gran cambio en el sistema de contratación eventual:

*“Se ha notado que son siempre las mismas personas más o menos, sí, pero ahora por ejemplo en verano esto ha cambiado y hay caras nuevas... Sí se ha notado, pero no te creas que llamativamente”.* (Hace gesto de negación con la cabeza). (Informante 5).

*“Yo la gente que tengo este verano son gente que está en el listado, formada... No sé si estarán formados o no en cuanto a lo que es formación y experiencia, porque a mi no me consta, solamente que están en los listados específicos, sí te puedo decir que vienen verdes pero verdes...”* (acompañado de movimientos con la mano). (Informante 1).

*“Realmente tengo que decir que, algunos de los que han venido ha dado la coincidencia de que son del año pasado, con lo cual me ha favorecido a la hora de cubrir la unidad. Pero hay otra gente que ha venido que estaban en la bolsa específica y no habían pasado por aquí por la UCI Pediátrica, con lo cual, tampoco es que se haya notado tanto como yo esperaba.”* (Informante 4).

*“En la bolsa específica el antes y el después ha sido tan mínimo que casi no se nota, es verdad que generalmente con la bolsa específica la gente sí viene mas preparada, el problema aquí es que la bolsa se acaba muy rápido.”* (Informante 6).

En el caso de la bolsa específica de Quirófano y la de Salud Mental, y a diferencia de las demás unidades, las supervisoras de las unidades sí comentan haber notado una mejoría clara desde la implantación de la bolsa específica en su unidad:

*“Sí, sí, claro que se ha notado, son gente nuestra (Sonríe). En general se nota que lo mas duro lo tienen pasado, son gente nuestra que vuelve y que vuelve...Se ha notado mucho. La bolsa específica da tranquilidad, da seguridad, no tienes que estar cambiando si hay muchos sustitutos nuevos porque como son gente formada se desenvuelve bien. Se nota un montón que las bolsas son cerradas, que son bolsas nuestras, tu sabes la tranquilidad que es no tener que ir controlando la esterilidad, teniendo cuidado que se cursen bien los botes con muestras, que en ellos está la vida de una persona ¿tu sabes la tranquilidad que es decir, ¡Hala! ahí os dejo solos, porque sé que no hace falta ir detrás de unos y de otros...”* (Informante 3).

*“De enfermeros, de los que son de la bolsa específica la verdad es que sí que se ha notado diferencia este verano, sí hay diferencia (Afirma con la cabeza). Lo que pasa es que luego han venido otros que no son de la bolsa específica porque había muy pocos en la bolsa específica, entonces han tenido que coger del resto y hay una diferencia entre los que son de la específica y los que no.”* (Informante 2).

### **1.3. Falta de rodaje de las nuevas BCEE:**

Las bolsas de contratación eventual de enfermería en Andalucía son un fenómeno reciente, lo cual, se refleja en la opinión de los supervisores sobre su utilidad, beneficios o notoriedad, mostrándose cautos a la hora de responder acerca de cuestiones relacionadas con el cambio que ha supuesto esto en el sistema y su forma de funcionar. Advierten en su

mayoría que, quizás, sea todavía un poco precipitado juzgar su funcionamiento, al haber sido implantadas hace poco y precisar, por tanto, de tiempo para poder ofrecer resultados:

*“Este año se ha notado poco, yo creo que se va a notar menos que en los próximos años porque la gente que viene algunos si están un poco reciclados, pero otros no. En teoría es bueno, lo que pasa es que, como todo, acaba de empezar, pero con el tiempo será bueno porque siempre vendrán las mismas personas...el año que viene sí lo notaremos más, pero este año se ha notado regular, yo creo que se mejorará.”*  
(Informante 7).

*“No me gustaría a mí tirar por tierra algo que estamos demandando desde hace mucho tiempo, creo que habría que limar ciertos aspectos. Yo creo que debe haber bolsas específicas pero tiene que haber un modelo en el cual la gente se especialice un poco,...ahora mismo de la gente que había en la lista había muchos nombres que yo no conocía y llevo aquí muchos años. Y bueno yo pensaba, habrá pasado por la planta...Luego había nombres que sí, pero todos esos los había reclamado yo otros años sin que hubiese bolsa específica, eso es verdad...Entonces, vamos a ver si ahora gana puntos la gente más que con cursos yo creo que con reciclajes, y es verdad que me gustaría tener una serie de personal que estuviesen siempre en pediatría y que fuesen tratados como enfermeros de aquí, para que cuando hubiese cualquier cosa se les llamase a ellos.”* (Informante 4).

## **2. Motivaciones que justifican la necesidad de BCEE.**

Como ya se comentó en el marco conceptual de este estudio, las bolsas específicas en Andalucía se crearon para la cobertura de contratación eventual de ciertos servicios, considerados de mayor complejidad o especificidad, donde es recomendable que el enfermero sustituto cuente con un mínimo de experiencia y/o conocimientos específicos relacionados con el área en cuestión.

### **2.1 Importancia de la experiencia en el servicio.**

La experiencia es entendida desde la perspectiva hermenéutica como resultado de cuestionar, especificar o negar las cuestiones preconcebidas, a medida que la enfermera gana experiencia, el conocimiento clínico se convierte en una mezcla de conocimiento práctico y teórico. La pericia se desarrolla a medida que las expectativas basadas en los principios se modifican aplicándose a una situación real. Por su parte, el nivel de rendimiento no es una

característica individual de un ejecutor individual, sino una función de la familiaridad de una enfermera concreta con una situación particular combinada con su formación académica. (Raile & Marriner, 2011).

En las entrevistas realizadas era unánime la opinión de todos los participantes acerca de la importancia de la experiencia en el servicio:

*“La experiencia es imprescindible para el desarrollo del trabajo en sí, para los compañeros y por supuesto para los pacientes, porque claro, los adultos te lo explican todo, que es lo que tienen, colaboran...todo, que es lo que no tienen, pero los niños que no colaboran, no entienden qué estas haciendo por mucha información que le des, se sienten amenazados...se necesitan habilidades especiales que, a parte de los cursos, lo que te lo da es la experiencia.”* (Informante 5).

*“Salud mental es un servicio muy problemático porque es una unidad de agudos y necesitamos gente muy preparada que tiene que tener unas características muy especiales, o sea, no solamente es que te guste, sino que necesitas tener un perfil psicológico adecuado”.* (Informante 2).

*“Quirófano es muy complejo, te tiras un mes solo para saber por donde entrar, y moverte y no tocar...es muy complejo, siempre se está aprendiendo... son muchas técnicas, todo son técnicas, si te metes por ejemplo en un quirófano de trauma las técnicas son distintas, el movimiento circulante es el mismo pero las técnicas son distintas a otro quirófano, en quirófano se está aprendiendo siempre yo sigo aprendiendo y mira que llevo años (sonríe)”* (Informante 3).

*“La pediatría es muy específica, incluso dentro de la misma pediatría, no es lo mismo haber trabajado en la planta de pediatría que luego trabajar en la uci pediátrica, e incluso hay veces que han trabajado en la planta y en la oncología pediátrica no han manejado citostáticos, entonces...son unidades demasiado específicas a veces.”* (Informante 4).

*“Este es un servicio tan específico que, o sabes o no sabes, no hay termino medio, estás trabajando con un circuito extracorpóreo de sangre, monitores, tienes que saber programar las maquinas, son pacientes crónicos que demandan mucho (...) muy sensibles como es lógico (afirma con la cabeza). Y nosotros debemos estar muy*

*cualificados, muy preparados para darles respuesta, es decir, estamos hablando de un trabajo que tienes que ser muy exquisito.” (Informante 6).*

*“Tu no puedes meter a una persona sin experiencia en un box y hacerla responsable de diez u ocho niños como ocurre en neonatos... quien es enfermera es porque le gusta y entonces siempre trae una responsabilidad innata y sabe lo que tiene que hacer. Pero en esta unidades especiales no siempre saben como hacerlo....En fin, un papel se puede mover de un lugar a otro pero lo mas importante es la seguridad del paciente.” (Informante 7).*

## **2.2 Consecuencias de la contratación eventual a enfermeros sin experiencia en el servicio.**

Como ya se ha comentado, según P. Benner, el nivel de rendimiento y la pericia de una enfermera están claramente relacionados con su nivel de experiencia, además en cada entorno clínico se necesitan acciones y respuestas específicas. En las entrevistas realizadas, los supervisores coincidían en considerar la experiencia del personal como un aspecto de vital importancia a varios niveles, para conseguir el buen clima laboral, el fomento de un trabajo equilibrado y, por supuesto, la seguridad del paciente atendido. Cuando se les preguntaba acerca de qué suponía que un enfermero sin experiencia suficiente fuese contratado para trabajar en sus unidades de forma eventual, además de acompañar sus respuestas con gesticulaciones (encoger los hombros, signos de asentimiento, etc.), respondían:

*“Que se contrate a enfermeros sin experiencia repercute en el desarrollo general del trabajo en el turno, porque el personal antiguo tiene que estar mas pendiente del personal nuevo, se crean a veces malos rollos entre la gente porque vienen a veces personas a cubrir el turno que no tienen ni idea, entonces... tienen que hacerse cargo de los niños” (Informante 4).*

*“Supone que otros profesionales tengan que hacer su trabajo, que se sobrecarguen y que se enlentezcan los tiempos de diálisis de los pacientes... con lo que esto conlleva, porque como los turnos van muy ajustados (...) en los enfermos crea malestar” (Informante 6).*

*“La gente que viene que no ha visto un niño en su vida,...no la puedes dejar sola..., supone mucho problema porque tienes que estar encima de esta persona y esto es una carga adicional para la persona antigua... Un problema y más en unas unidades tan*

*específicas como son las nuestras, tú no puedes meter a una persona en un box y hacerla responsable de diez u 8 niños como ocurre en neonatos. Cuando vienen, lo primero que tienes que decirle son las cuatro cosas esenciales de la identificación de un niño, cómo se maneja una incubadora y luego sobre las medicaciones hay que estar encima de ellas.... Supone una preocupación constante de la supervisora y de la enfermera antigua” (Informante 7).*

*“Sobrecarga de trabajo para los compañeros y ahora en verano, imagínate...y sobre todo lo que más me preocupa son los que están en la cama, los pacientes, porque hay algunos que sí son muy prudentes y saben donde están y hay otros que son...la ignorancia sabemos lo que es ¿no?(mueve la cabeza). Y hombre, yo no quiero tampoco imputarles a ellos por ejemplo el número de infecciones nosocomiales que hay, pero... la verdad es que este tipo de problemas se acentúa cuando hay gente nueva, la verdad.” (Informante 4).*

*“Cuando viene gente no formada claro que se nota (...) tienes que estar un tiempo tutelando a esa persona hasta que este un poquito más suelta , no puedes quitarles el ojo de encima, tienes que estar enseñándoles todo lo básico de quirófano, tienes que estar pendiente, encima porque es un trabajo con muchos matices específicos, siempre dejas a algún antiguo vigilándoles, les dices que le echen un ojo porque no saben y es preferible que no hagan algo a que lo hagan mal (...), mientras que una persona ya formada entra a otro ritmo, no se pierde el ritmo de la unidad.” (Informante 3).*

*“Pues (gesticula y encoge los hombros)... una carga de trabajo tremenda para los demás, y no solamente eso, el perjuicio que proporciona tanto a los pacientes como al resto, a los compañeros, o sea, se duplican las cargas de trabajo, el ambiente terapéutico no es el adecuado y genera bastante malestar, mucho malestar y mucho conflicto.” (Informante 2).*

### **3. Condiciones de acceso a las BCEE.**

Las condiciones de acceso son al menos seis meses de experiencia Profesional o 40 horas teórico-prácticas de formación referente al área específica.

#### **3.1 Conformidad con los requisitos exigidos para ser incluido en BCEE.**

En general, la opinión de los supervisores coincide en que, es mayor la validez de la experiencia práctica en el servicio como requisito para formar parte de la bolsa específica, que la realización de ciertas horas de cursos teórico-prácticos relacionados con la unidad concreta:

*“Estoy de acuerdo con la existencia de bolsas específicas pero con la forma de entrar a la bolsa no estoy muy de acuerdo (niega con la cabeza)...La bolsa específica valora algunas cosas, pero no mucho la práctica, lo lógico hubiera sido que hubieran tenido unos meses por lo menos trabajados para luego admitirlos en la bolsa específica. Porque aquellos que han hecho solamente cursos pues,... no están recicladas francamente.... Lo lógico es tener, que te digo yo, los seis meses que han hecho sus prácticas en pediatría, entonces esa gente sí se nota, ahí sí se nota que la gente ha estado en pediatría y conoce a los niños pero, quien ha entrado con un curso, pues la verdad es que eso...yo no lo considero válido.” (Informante 7).*

*“Yo creo que por ahora, los seis meses de experiencia es un criterio que esta funcionando bien” (Informante 3).*

*“Tu haces un curso especial, entras en lista específica y luego no tienes ni idea de diálisis (...). No entiendo cómo pueden entrar en una lista específica sin haber realizado practicas suficientes (...), seis meses sería un requisito mínimo, para estar bien debería ser un año.” (Informante 6).*

*“Yo estoy en desacuerdo, precisamente, por esa formación y por esa experiencia requerida, porque no son requisitos suficientes.”( niega con la cabeza) (Informante 1).*

*“Yo creo una cosa no es incompatible con la otra pero, ... debería ser imprescindible que tuvieran un tiempo de trabajo para poder formar parte de las bolsas específicas, se necesitan habilidades especiales que, a parte de los cursos, lo que te lo da es la experiencia.” (Informante 5).*

*“Generalmente, por el hecho de que en la enfermería tiene unas connotaciones y unas características, el que es diplomado en enfermería tiene unas características que sabe perfectamente si esta preparado o no para trabajar en salud mental. Los conocimientos teóricos son una base, pero luego es la actitud de la persona (...), no es suficiente solo con cursos, aquí hace falta actitud y el perfil desde mi punto de vista, para que funcione bien, para que el ambiente terapéutico sea el mas adecuado posible.” (Informante 2).*

### 3.2 Propuestas de los supervisores sobre requisitos de acceso a las BCEE.

Durante la entrevista, se invitó a los supervisores/as a expresar qué cambios realizarían ellos/as, si estuviese en sus manos, para mejorar las bolsas específicas. Propusieron varias ideas, coincidiendo bastante en la necesidad de una “mayor práctica asistencial”:

*“Sería bastante bueno que se hiciese un reciclado, que pasasen por ejemplo dos días por la unidad,...no se me ocurre cómo pero sí haría falta algo (sonríe)... Pero mira, por ejemplo, este verano viene personal nuevo que no saben donde está la unidad que vengan unos días antes por lo menos a saber dónde esta la unidad, cómo es la estructura, cómo se trabaja, ... no llegar el día uno de agosto, por ejemplo, directamente a trabajar.” (Informante 5).*

*“Experiencia mínima de un año para entrar en lista específica (...) y luego, pues haciendo cursos de formación, es decir, si tú haces cursos de formación con muchas horas prácticas sería bueno (...) Se podría hacer desde la propia unidad y desde la propia formación interna que tienen los hospitales, desde el programa de formación que hay de curso se podría potenciar la enseñanza sobre diálisis.” (Informante 6).*

*“Yo haría un reciclaje y, a lo mejor, incluso podrían hacer un reciclaje de forma voluntaria (...), porque nosotros aprendemos reciclándonos y haciendo prácticas, es la única manera de aprender.” (Informante 7).*

*“Formando a la gente en condiciones, no por parte de empresas que se dediquen a ganar dinero vendiendo títulos sino, formando dentro de un hospital, es decir, vamos a crear un listado de gente tal y cual, vamos a formarla aquí, vamos a impartirle cursos aquí, incluso dentro de la misma unidad, O sea, no hace falta que sea la docencia del hospital, sino, dentro del la misma unidad...así si quieres formar parte de la bolsa específica ya sabes que vas a trabajar tres meses en verano por ejemplo pero...en mes previo, te vas a venir aquí a formarte en la unidad ( da pequeños golpes en la mesa) y vas a tener contigo gente para que te forme en confianza, para que cuando llegue tu contratación tengas la suficiente experiencia y soltura para poder trabajar en la UCI.” (Informante 1).*

*“Que quien quiera formar parte de la bolsa, más que gastarse el dinero en cursos teóricos, yo los tendría un mes aquí reciclándolos, un mes de reciclado y se le daría su certificado, como hemos tenido la tutorías de la escuela de enfermería. Yo pienso que*

*todo el personal estaría dispuesto a eso, sería en beneficio de la propia unidad y, con un mes de trabajo aquí cogiendo los conceptos básicos y trabajando a pie de cuna, pues para mí se le daría un certificado que tiene mas valor que cualquier máster sobre tratados de la pediatría.” (Informante 4).*

*“Yo contrataría por perfil, pero claro tiene su riesgo, y es que necesitas a un grupo de personas muy ecuánime, muy bien preparado para a la hora de contratar y a la hora de dar la puntuación, o sea, no es tan fácil tú vales tú no vales, eso da lugar luego siempre al enchufismo (gesto facial de conformidad). Tendría que haber mucha unanimidad en todos los sectores sanitarios y administrativos, no es fácil. Vamos yo lo tendría clarísimo, si yo pudiera contratar sé perfectamente las personas que contrataría y a las que no, y siempre estaría determinado por esa actitud hacia el paciente, que estén interactuando continuamente, en las actividades... No que estén sentados en un sillón y no hagan caso, etcétera.” (Informante 2).*

#### **4. Influencia de la supervisión en la contratación eventual mediante BCEE.**

##### **4.1 Participación de los supervisores en la contratación eventual.**

La entrevista hizo referencia a la figura del supervisor como parte activa en la contratación de enfermeros eventuales en sus unidades, preguntándoles acerca de la realidad sobre el tema y su punto de vista:

*“Me tienen en cuenta, pero hay otras unidades como diálisis o quirófano que también los tienen en cuenta entonces, no es que sea yo UCI pediátrica una cosa muy especial, porque quirófano es especial, diálisis es especial ...entonces te encuentras con otras unidades que a la hora de demandar sustitutos pues ellos también los reclaman porque han pasado también por allí y hay una lucha entre nosotros (...) Dentro del volumen general de la contratación, mis compañeros de pediatría sí me dejan a mi elegir (...). Pero estamos hablando de los contratos de verano, el resto del año a quien le toque le ha tocado, sin que yo pueda elegir.” (Enseña las palmas de las manos). (Informante 4).*

*“Solamente se nos tiene en cuenta a la hora de controlar, o sea, en todo caso, con el coordinador de cuidados a la hora de decir: mira, tenemos estos contratos, estas*

*personas, elige, con algunos, en algunas ocasiones sí, pero desde que empezó la bolsa única... la verdad es que todo se ha dificultado bastante” (Informante 2).*

*“Lo que pasa es que la bolsa es tan rígida...pero en el plan de verano la verdad es que el hospital sí es sensible a nefrología, una ventaja importante que tengo es que en verano soy el primero en elegir los sustitutos que vienen, el resto del año no, es quien viene de bolsa específica.” (Informante 6).*

*“Solamente cuentan con nosotros para las contrataciones de verano y entramos entre comillas en un mercadillo, ahora mismo este verano último yo solamente he podido contratar a gente que aparecía en los listados específicos, pero tampoco han contado conmigo. Es un listado de gente, los conozca o no los conozca, de hecho se me ha dado la circunstancia, como te he comentado antes, de gente que sabía que tenía experiencia en cuidados intensivos y no la he podido reclamar, porque había tanta gente en esa lista como contratos había presentado yo.” (Informante 1).*

*“Con nosotros se cuenta sólo en periodo de vacaciones, que dentro del listado disponible sí se puede más o menos elegir” (Informante 5).*

*“No, con nosotros no cuentan porque eso va por puntuación..., los supervisores no sabemos nada de eso.” (Informante 7).*

#### **4.2 Opinión acerca de la conveniencia de su participación en el proceso de selección de personal eventual para sus unidades.**

Cuando se les pregunta si sería justo que participasen en la selección del personal eventual de su unidad, responden de forma unánime afirmativamente (acompañan sus respuestas con gestos afirmativos):

*“Que me llamaran a mí y me dijeran, mira, de estos diez nombres que son los primeros que hay, cuál ha pasado por tu unidad. Yo diría pues, esta o esta, sin ningún animo de enchufismo ni nada, yo iría a por los intereses de la unidad, si una tiene 0,2 decimas mas que la otra no entiendo como para cubrir tres días en una unidad especial...es que le ha tocado... Yo creo que hay que abrir un poco mas la mente, ante un contrato de larga duración, un permiso maternal, tres meses, un hueco estructural, entiendo que a quien le toque como primera de la lista se le deba dar, porque también tiene un tiempo para reciclarse.” (Informante 4).*

*“Creo que sí, que sí sería justo que se nos tuviera en cuenta, vamos, pero es tontería hablarlo...”* (Realiza un gesto de negación con la cabeza) (Informante 2).

## **5. Puntos débiles de la BCEE.**

### **5.1 Problemas de gestión de la BCEE.**

Los supervisores comentan algunos puntos débiles en la gestión de las bolsas, que provocan que no sean tan eficaces como se desearía, tales como:

*“Este año hemos dejado a gente que no está en la bolsa, súper estupenda, que están por el resto del hospital y no están en la bolsa bien porque no se hayan enterado, bien porque no se ha publicado mucho...Son enfermeras estupendas, con experiencia en pediatría, que han querido venir y no han podido por el tema de la bolsa, yo creo que ha sido un poquito problemático este año el tema de la bolsa.”* (Informante 7).

*“A mi tal vez me gustaría que, cuando estuviésemos hablando de contratos de corta duración, que no se fuese tan a raja tabla con la puntuación, sino que se mirase, aunque yo eso entiendo que cuesta tiempo, quién ha pasado por esos servicios y se les diese preferencia. Hablando siempre de contratos cortos, ante un permiso maternal, ante una baja de larga duración...me callo, para eso está la puntuación y esa persona tiene tiempo para reciclarse, pero cuando hablamos de cubrir imprevistos de dos tres días, cuatro días, pues ante una diferencia de 0,02 yo no entiendo que se contrate a esa persona porque es que le toca, cuando la que venía debajo justamente había estado a lo mejor hace un mes o dos meses en esa unidad, yo esa salvedad si la tendría en contratos de corta duración.”* (Informante 4).

*“A muchos trabajadores se les olvidó clicar la pestañilla de bolsa específica y se quedaron fuera del corte específico, circunstancia que no les ha permitido coger trabajo en esas unidades. Por lo que, a personas con una experiencia totalmente demostrada, no las he podido reclamar para el verano, precisamente porque no aparecían en esas bolsas”* (Informante 1).

*“El problema aquí es que la bolsa se acaba muy rápido y, otro de los problemas que hay es que la lista específica, como es a nivel de Andalucía, cuando son contratos muy cortos no viene la gente (...).Porque los profesionales que están en listas específicas están también en listas específicas de otras materias y luego tienen puntuación alta y,*

*cuando surge alguna incidencia, normalmente ya están contratados en otro sitio. El problema de las bolsas específicas lo tenemos a nivel de toda la Comunidad.”* (Informante 6).

## **5.2 Necesidad de Especialidades enfermeras.**

Durante la realización de las entrevistas surgió en varias ocasiones el tema de la necesidad de especialización enfermera, siendo planteada por la mayoría de supervisores como la solución más necesaria en estas unidades:

*“Es que yo no entiendo cómo hacen una bolsa específica si resulta que este servicio no está considerado una especialidad enfermera (...) La especialidad es necesaria, hay que darse cuenta que en la U.C.I. tenemos los pacientes más graves de todas las patologías y a parte una serie de técnicas y cuidados muy específicos que están evolucionando y cambiando continuamente. Se necesita algo específico y no te pueden meter en el cajón de médico quirúrgico.”*(gesto de decepción) (Informante 1).

*“Yo creo que con las bolsas específicas y acreditando un tiempo trabajado, para mí vale eso más que cualquier examen y curso..., pero sí sería necesaria la especialidad, sí.”* (Informante 4).

*“La especialidad de enfermería en quirófano sí que sería necesaria, pero yo llevo escuchando hablar de ella desde que terminé, y terminé en el 74, así que llevo escuchándolo más de treinta años, pero por lo menos la bolsa específica es un pequeño paso, es una mejora importante.”* (Informante 3).

*“Eso sería lo más perfecto, pero bueno, la mayoría hemos aprendido a trabajar sin especialidad.”* (Informante 7).

*“Yo pienso que lo ideal para hemodiálisis es que se crease una especialidad y así se podría llevar perfectamente todo el trabajo que conlleva una unidad de nefrología de diálisis. Porque con una bolsa específica el profesional no llega a estar suficientemente preparado (...), hace falta personal muy cualificado, no puedes cometer errores y, por eso, pienso que lo ideal sería la especialidad. Además, la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica está demandando desde hace muchos años la especialidad, cada vez hay más pacientes nefrológicos (...), sería una especialidad con mucho campo.”* (Informante 6).

## 6. DISCUSIÓN

La contratación de enfermería desde el punto de vista de las bolsas específicas supone una cuestión actualizada y novedosa que, hasta el momento, ha sido poco explorado por la investigación, siendo escasa su presencia en la literatura actual de enfermería en España, aún así, los aspectos que surgen en los resultados de nuestro estudio, sí son más asequibles en bibliografía relacionada.

De acuerdo con algunos estudios (Ramírez et al, 2002), el hecho de que hayan aparecido en los últimos tiempos bolsas específicas de contratación eventual puede entenderse como un indicador de que los cuidados de enfermería abarcan un campo laboral muy amplio, que puede precisar delimitaciones y especialización en determinados aspectos (Cruzado et al. 2010). Los ingentes cambios sociales se traducen en el área de la salud en general y en la demanda de cuidados de enfermería en particular. El mundo sanitario es un ámbito cada vez más complejo, tecnificado y exigente (Aranaz et al 2006), derivándose una necesidad de especialización que responda a esas demandas sociales (Varcárcel et al, 2008).

Si bien la puesta en marcha de bolsas de contratación específicas en enfermería es una medida presente en la mayoría de las Comunidades Autónomas, la consideración de determinados servicios como “específicos” es muy variable. Esta cuestión, que se podría considerar como una incoherencia, en el fondo no es más que el reflejo de la ausencia de criterios que justifiquen la mayor especificidad de un servicio con respecto a otros (Durán 2005). También se pone sobre la mesa el hecho de que, la toma de decisiones en determinados aspectos relacionados con la salud, no sólo responde a criterios de estricta índole científica, sino también política, administrativa o económica.

Lo mismo ocurriría con los criterios exigibles para la inclusión en estas bolsas, con los que deben contar los/as enfermeros/as que deseen formar parte de ellas. Éstos pueden basarse, en función de la comunidad autónoma de que se trae, tanto en criterios de formación teórica ampliamente variables (BOJA 2010), como de tiempo trabajado como Diplomado/a Universitario/a de Enfermería en la unidad específica (BOCYL 2010). La diversidad de criterios exigibles apunta tanto a lo novedoso del funcionamiento de las BCEE, como a la escasa fundamentación de muchos de sus requisitos o decisiones.

A diferencia de la bolsas de contratación específicas, las especialidades de enfermería (actualmente se cuenta con un total de siete especialidades ya aprobadas) sí disponen de

criterios de acceso unificados en todo el País. Éstos pueden seguir dos vías diferentes como refleja el Real Decreto 450/2005 de 22 de abril sobre especialidades de enfermería (Ortega 2007); La vía ordinaria, que consiste en la superación de una prueba anual de carácter estatal y posterior periodo de residencia en unidades docentes acreditadas para la formación especializada. La vía extraordinaria, para los profesionales que puedan acreditar una experiencia de cuatro años en el ámbito de la especialidad o dos años complementados con formación continuada de 40 créditos o un postgrado de carácter universitario no inferior a 20 créditos o 200 horas o tres años como profesor en Escuelas Universitarias de Enfermería en áreas de conocimiento relacionadas con la especialidad que se trate y un año de experiencia asistencial en actividades propias de la especialidad.

Desde la perspectiva de los Supervisores de Enfermería entrevistados, pertenecientes a las áreas consideradas específicas por el sistema de contratación de enfermería, nos encontramos con varias percepciones. Se muestran a favor de la existencia de bolsas específicas en el actual sistema de contratación eventual, pero aunque es cierto que se debe contar con que las bolsas específicas llevan poco tiempo funcionando, por el momento, según los supervisores entrevistados, su eficacia no está siendo en general demasiado destacada. Si bien reconocen como un problema la contratación a enfermeros sin experiencia (Varcárcel et al, 2008), entienden como una necesidad primordial que los/as enfermero/as contratados eventuales en sus unidades vengán preparados, en sintonía con otros estudios (Cruzado et al, 2010), que apuntan a la necesidad perentoria de adoptar medidas que acrediten cualificación para prestar servicios en unidades de alta complejidad, garantizando así en mayor medida la seguridad de los pacientes ingresados (Kendall y Blegen 2009).

En este sentido y teniendo en cuenta la responsabilidad del Sistema sanitario en la garantía de la seguridad del paciente (Ruiz et al 2005), desde la gestión se debería evitar el exceso de rotación de los/as enfermeros/as (Escudero et al 2004). Además, cambiar de servicio continuamente supone la regresión al rol de principiante independientemente de la formación profesional y la antigüedad (Benner 1984) mientras que permanecer mas tiempo en un mismo servicio garantiza el desarrollo de habilidades, lo que se refleja en una mejor asistencia con mayor calidad de cuidados y una disminución de riesgo de eventos adversos, y por tanto un aumento de la garantía de seguridad del paciente (Gracia et al 2003).

Los mayores problemas reflejados por el colectivo de supervisores entrevistados, en referencia a la contratación de enfermeros/as sin experiencia, vienen de la dificultad de

mantener un clima laboral equilibrado (Simón et al 2005). Esto se deriva esencialmente de la gran carga de trabajo extra que, para el personal fijo, supone el estar continuamente formando, supervisando y supliendo a compañeros sin experiencia, una cuestión que ya ha sido ampliamente abordada en la literatura enfermera. Y es que no tener en cuenta la experiencia previa del trabajador eventual a la hora de asignarle un nuevo puesto de trabajo hace que, cada nueva contratación suponga, no sólo mayores riesgos para la seguridad del paciente, sino un nuevo período formativo y de adaptación, lo que resulta estresante tanto para el personal fijo como para el eventual (Más et al 1999)

Por su parte afirman que, esta necesidad de cualificación específica, no ha sido cubierta con la puesta en funcionamiento de las BCEE. En primer lugar, lo achacan al hecho de que, cuando se contrata a todos los/las enfermeros/as incluidos en las bolsas específicas y se acaba la lista, se continua contratando enfermeros/as no incluidos en estas, sino, pertenecientes a la bolsa de contratación general, los cuales, no tienen por que tener ni experiencia ni formación en el área de la bolsa específica concreta. Esto no parece lógico, ya que, el hecho de que se necesiten unos requisitos especiales para trabajar en un servicio concreto, o es necesario o no lo es, pero no debería depender ni estar sometido al las circunstancias (Durán 2005).

En segundo lugar, las respuestas apuntan hacia la persistencia de una brecha teoría-práctica en la formación para la capacitación de las enfermeras (Maben et al, 2006). En este sentido, la posibilidad de inclusión en la bolsa específica derivada de haber tenido una exclusiva formación teórica, sin experiencia práctica previa en la unidad, según los supervisores no capacita a los enfermeros para trabajar en sus unidades. En concordancia con esta premisa, Patricia Benner (1984) afirmó que “en una situación siempre intervienen más elementos de los que la teoría indica y que la práctica cualificada de la enfermería sobrepasa los límites de la teoría formal. La experiencia particular permite aprender las excepciones y los significados confusos de una situación. El conocimiento implícito en la práctica, descubre e interpreta la teoría, la precede y extiende y la sintetiza y adapta a la práctica del cuidado enfermero”. (Raile & Marriner, 2011).

La propuesta mas extendida entre los supervisores sobre mejora de los criterios de inclusión en bolsa específica, sería la idea de formación teórico - práctica en la misma unidad, una idea ya reflejada por otros autores (Tomás et al, 2004). Estos programas facilitan la incorporación al puesto de trabajo y disminuyen el periodo de adaptación (Alonso et al, 2010), contribuyendo a asegurar una asistencia más segura a los enfermos.

Los supervisores se muestran también críticos ante el hecho de que la adscripción a un puesto de trabajo, se vincule exclusivamente a un número de contrato y, entre las soluciones de mejora que proponen, se encuentra la contratación por perfiles o competencias, lo cual también se refleja en otros trabajos (Cruzado et al 2010). Otro aspecto que se trata en el estudio es la escasa participación del supervisor de enfermería en el proceso de contratación eventual en su unidad, lo cual es bastante llamativo, ya que, el papel de la supervisión de enfermería en la práctica laboral de la unidad es transcendental, en el sentido en que fomenta la creación de un clima laboral saludable e influye en la calidad de la atención de enfermería prestada a los usuarios (Valencia 2001, Stuenkel et al 2007).

Este colectivo ha reclamado durante el estudio la necesidad de ser una parte activa en la selección de contratación para contratos eventuales en su unidad, si bien, se mantienen escépticos ante la posibilidad de cambio de este factor. De las entrevistas, también surgieron aspectos no contemplados por el estudio previamente, como son los errores o complicaciones del sistema de contratación o los problemas informáticos a la hora de la inscripción en bolsas específicas. Esto ha acarreado repercusiones en las unidades específicas pues, enfermeros que cumplían los requisitos para entrar en bolsa específica, habían quedado fuera, lo cual, supuso un serio inconveniente para los supervisores entrevistados.

En cuanto a la opinión de los participantes en la entrevista, su posición es clara a favor de la necesidad de especialización enfermera, en contraposición a los médicos que abogan, esencialmente, por la potenciación de la figura de la enfermera generalista (Gutiérrez et al, 2007). Estas bolsas especiales de contratación eventual de enfermería podrían suponer, finalmente, un mero parche en la necesidad de especialización enfermera, que no supe sin embargo, la realidad ni la percepción de este colectivo sobre la necesidad de especialización. Como decíamos antes, una sociedad cada vez más exigente, unida a un sistema sanitario cada vez más complejo, hace evidente la necesidad de especialización, ya que en un campo tan amplio como son los cuidados de enfermería, es necesario contar con profesionales que delimiten su trabajo a un área de conocimiento concreta. Son muchísimos los artículos que podemos encontrar hoy día en los principales buscadores, que reflejan las necesidades actuales de especialización enfermera (Moreno et al., 2011, Aiken et al 2011 o Kendal y Bleguen 2009), entre otros.

En sintonía con trabajos recientes (Lastra, 2006), y aunque actualmente son ya siete las especialidades enfermeras reconocidas, en nuestro estudio los sujetos entrevistados

reclaman otras como enfermería intensiva o enfermería nefrológica. Igualmente, los resultados coinciden con otros trabajos, que muestran la especialidad de enfermería médico-quirúrgica como un “cajón de sastre” que seguramente debería delimitarse (Crespo, 2001). En este sentido, se podría decir que existe una necesidad de reflexionar, debatir y valorar el contexto en el que nacen las especialidades, para que de este forma sean verdaderamente promotoras del desarrollo enfermero (Durán 2005).

Como parte final de esta discusión, comentar la necesidad de ampliar conocimientos en los aspectos aquí tratados, de manera que sirvan para argumentar mejor lo que la profesión de enfermería lleva reivindicando tanto tiempo. Entre otras cuestiones, que se le reconozca el derecho a especializarse en un campo, para pasar en un futuro, de la precariedad laboral que supone trabajar cada día en un puesto diverso sin que se tengan en cuenta la experiencia ni los conocimientos, a un sistema mas coherente y avanzado. Al menos y, aunque aún quede mucho por hacer, parece claro que el camino a seguir va por donde marcan las especialidades, que deberán ser defendidas fielmente por el colectivo de enfermería, evitando de esta manera que las dudas presentes en otros colectivos (González & Barber 2006) puedan influenciarnos negativamente en detrimento de la profesión.

## **7. CONCLUSIONES.**

-De nuestra aproximación a la realidad de la contratación eventual de enfermeros/as mediante bolsas de contratación específica en las distintas Comunidades Autónomas se derivan las siguientes conclusiones:

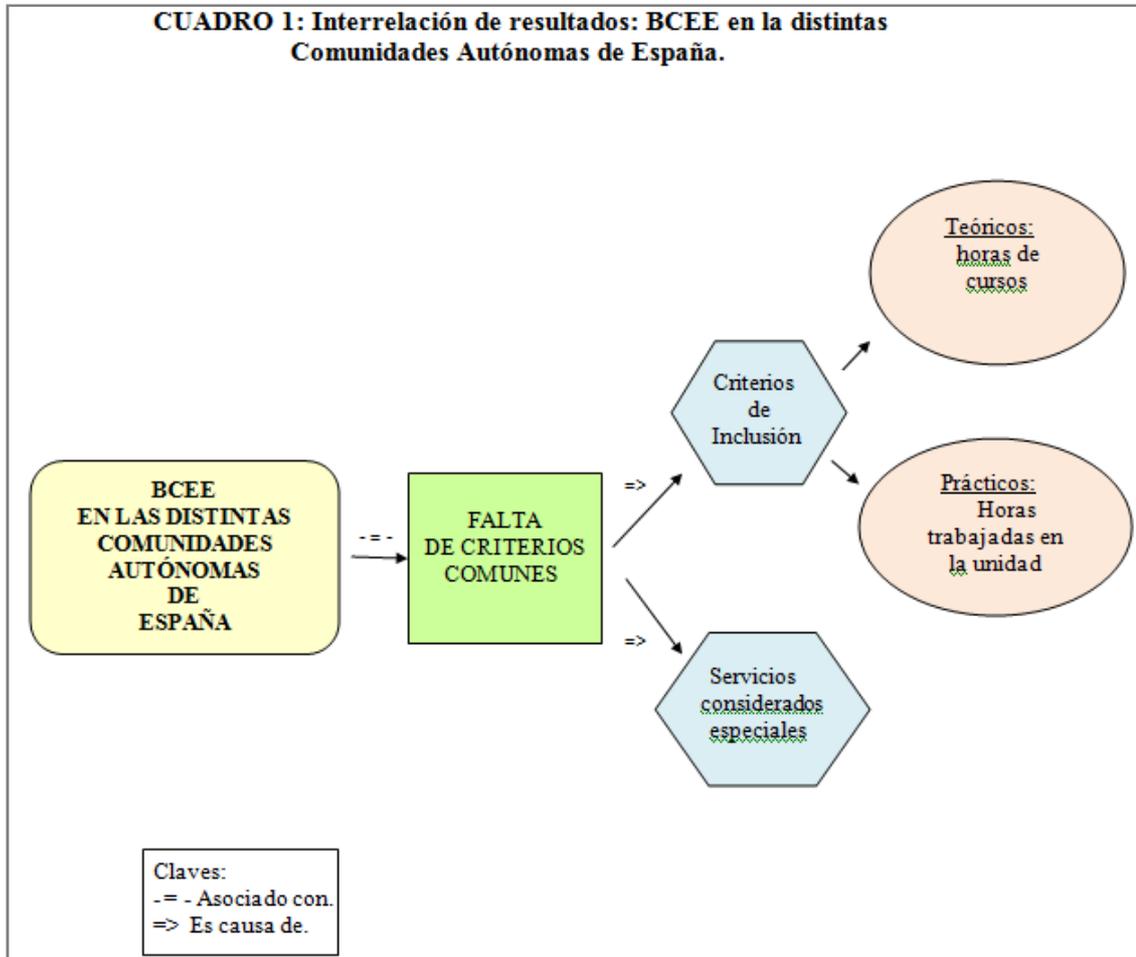
- Las bolsas específicas de enfermería son tenidas en cuenta por la mayoría de comunidades españolas para las contrataciones cortas de tipo eventual.
- Los criterios de inclusión en estas bolsas se basan en características de formación teórica (número de horas en cursos) y formación práctica (número de horas de prestación de servicios en las áreas concretas) que varía dependiendo de cada comunidad.

- Las bolsas específicas existentes tampoco son homogéneas y varían de servicios dependiendo de cada Comunidad, por lo que, la consideración de unidad específica es aleatoria y no se basa en criterios científicos.

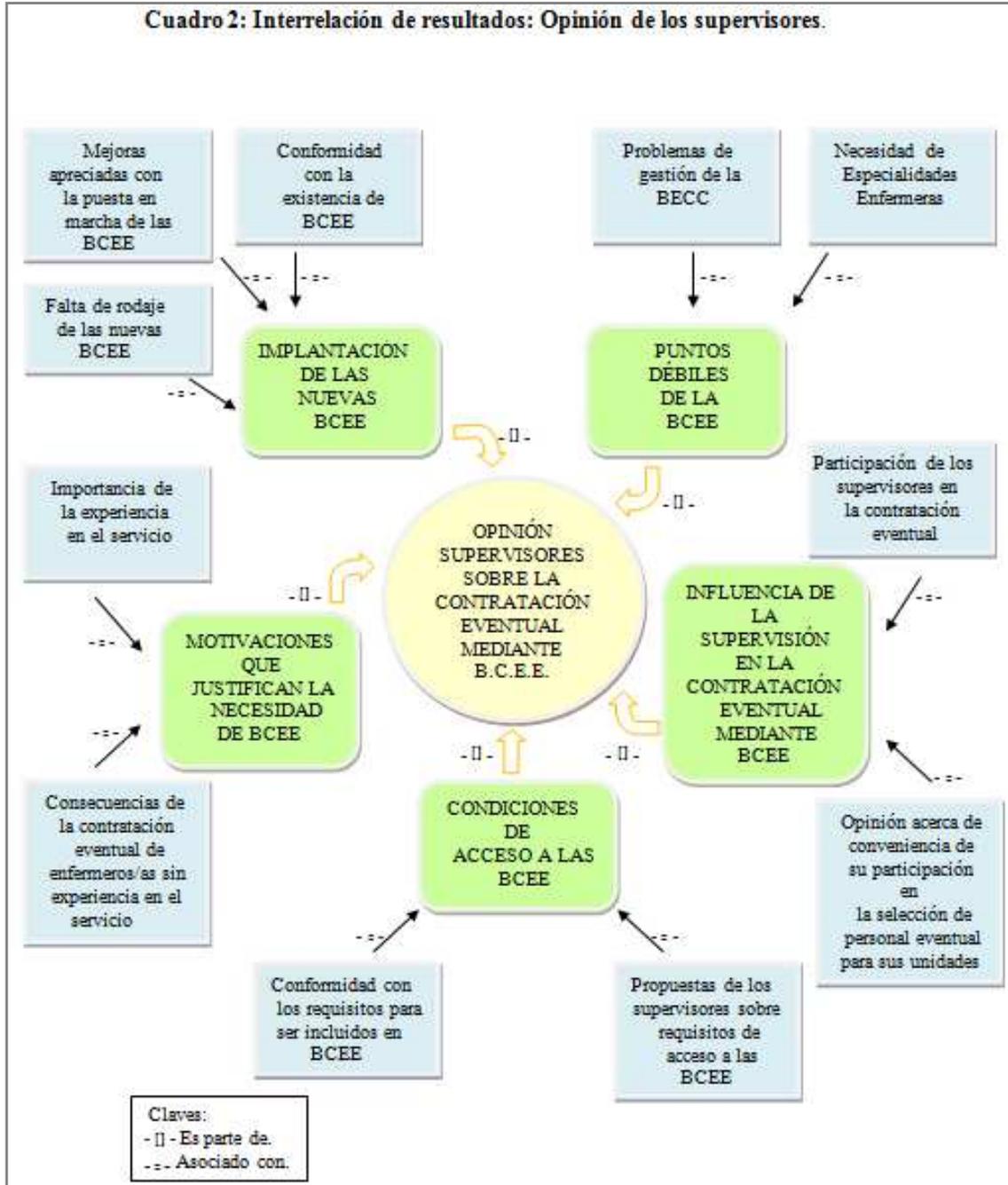
- De nuestro estudio a los supervisores de áreas específicas del Complejo hospitalario Torrecárdenas (Almería) se derivan las siguientes conclusiones:

- Los supervisores se muestran acordes con la existencia de Bolsas específicas para sus áreas.
- De momento no existe una mejoría clara con la implantación de las bolsas si bien se tiene en cuenta su corta vida.
- La falta de experiencia de los/as enfermeros/as contratados/as eventuales, es un factor negativo importante que puede influir en la sobrecarga del personal y el desarrollo del trabajo en la unidad.
- La experiencia práctica como requisito de acceso a las bolsas específicas, es considerada por los supervisores como un criterio más válido que la formación teórica.
- La formación teórico-práctica dentro de las propias unidades, es una opción de mejora como requisito de acceso a las bolsas específicas planteado por la mayoría de los supervisores entrevistados.
- Los supervisores de enfermería no son tenidos en consideración suficiente a la hora de la contratación de enfermeros eventuales en su unidad.
- Los supervisores de enfermería creen que deberían poder ser más participes en el proceso de contratación eventual en sus unidades.
- La contratación eventual mediante las bolsas específicas presenta problemas de gestión que acaban afectando a las unidades.
- En general, los supervisores opinan que las bolsas específicas no suplen la necesidad de especialización enfermera.

## CUADRO 1. INTERRELACIÓN DE RESULTADOS: BCEE DE ENFERMERÍA EN LAS DISTINTAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE ESPAÑA.



**CUADRO 2: INTERRELACIÓN DE RESULTADOS: OPINIÓN DE LOS SUPERVISORES.**



## **8. PROPUESTAS DE NUEVOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.**

El tema tratado en este estudio, propone un gran campo de investigación en el que aún queda mucho por indagar. Este estudio, supone un mero acercamiento a una realidad muy amplia, que es la práctica asistencial de enfermería en el contexto actual.

Nos enfrentamos a una época de cambio en nuestra profesión en la que surgen muchas dudas e inquietudes merecedoras de ser investigadas.

El tema de la contratación eventual, puede ser indagado desde muchísimos puntos de vista. Desde este estudio se proponen líneas de investigación que abarquen este tema desde otras perspectivas de colectivos a los que también influya este tema, como pueden ser los enfermeros eventuales que forman parte de estas bolsas, los enfermeros fijos, lo pacientes, lo demás profesionales de la salud, etcétera.

Por su parte, este estudio, podría servir como punto de partida para estudios más amplios sobre el tema en este colectivo (abarcando a los supervisores de otras áreas hospitalarias, supervisores de otros hospitales...).

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. (2011). Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *JAMA*; 290 (12):1617-23.
2. Alonso A, Álvarez J, García MM, Velayos C, Balugo S, Álvarez A (2010). Utilidad del análisis modal de fallos y efectos para la mejora de la seguridad de los pacientes, en el proceso de incorporación de nuevo personal de enfermería a un servicio de medicina intensiva. *Med Clin (Barc)*; 135(Supl 1): 45-53.
3. Amezcua M (2000). El trabajo de campo en salud. Una aproximación a la observación participante. *Index enferm*; 9(30):30-35.
4. Andreu J, García A, Pérez AM (2007): Evolución de la Teoría Fundamentada como técnica de análisis cualitativo, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
5. Annells M (1996). Hermeneutic phenomenology: philosophical perspectives and current use in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*; 23(4), 705-13.
6. Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Álvarez E, Gea MT (2006). La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. *Gac Sanit.*; 20 (Supl 1): 41-7.
7. Benner P (1984). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. *Modelos y teorías en enfermería*. 7ª ed. Madrid. Elsevier España; 137-162.
8. Benner P, Tanner CA, Chesla CA (1996). Expertise in nursing practice: caring, clinical judgement and ethics. New York, Springer Publishing.
9. Binding L, Tapp D (2008). Human understanding in dialogue: Gadamer's recovery of the genuine. *Nursing Philosophy*; 9(2): 121-30.
10. BOA (2008). Pacto sobre selección de personal estatutario temporal en los Centros Sanitarios del Servicio Aragonés de Salud en la Comunidad Autónoma de Aragón. Nº 24, 27 Febrero.
11. BOC (2007). Acuerdo para la Selección de Personal Estatutario Temporal de las Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud. Nº 20, 29 Enero.

12. BOCM (2006). Resolución por la que se aprueba la bolsa única para la contratación de personal temporal en la categoría profesional de ATS/DUE de Atención Primaria, Atención Especializada y SUMMA 112, en todos los centros sanitarios dependientes de la Consejería de Sanidad y Consumo en la Comunidad de Madrid. Nº 70, 23 Marzo.
13. BOCYL (2004). Orden que regula la cobertura de plazas de carácter temporal de personal estatutario y laboral de las Instituciones Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Nº42, 2 Marzo.
14. BOCYL (2010). Orden de funcionamiento de las bolsas de empleo para la selección del personal estatutario temporal del Servicio de Salud de Castilla y León. Nº 61, 30 Marzo.
15. BOE (2003). Jefatura del Estado. Ley 55/2003 del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud. Nº 301, 17 Diciembre.
16. BOE (2005). REAL DECRETO 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Nº 108, 6 Mayo.
17. BOJA (2005). Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Resolución de 18 de octubre de 2005, de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del Servicio Andaluz de Salud. Pacto de Mesa Sectorial de Sanidad sobre el Sistema Selección de Personal Estatutario Temporal para puestos básicos en el Servicio Andaluz de Salud. Nº 211, 28 Octubre.
18. BOJA (2010). Resolución del 21 de junio de 2010 por el que se dispone la aprobación y publicación del Texto Refundido y actualizaciones del Pacto de Mesa Sectorial de Sanidad sobre sistema de Selección de Personal Estatutario Temporal para puestos básicos en el Servicio Andaluz de Salud. Nº137,14 Julio.
19. Bolsa GESMA. Instrucciones para la presentación de solicitudes y funcionamiento de la Bolsa de trabajo temporal GESMA, disponible en <http://gesma.caib.es>
20. BON (2010). Orden foral 172/2009, de 24 de Diciembre, de la Conserjería de Salud, por la que se aprueban la normas sobre selección de personal para vinculaciones temporales en los centros y establecimientos sanitarios del Servicio Navarro de salud- OSASUNBIDEA. Nº 7, 15 Enero.
21. BOPV (2008). Normativa vigente en materia de elaboración y gestión de las listas de contratación temporal en Osakidetza-Servicio vasco de salud. Nº 198 ZK , 16 Octubre.

22. BOR (2009). Bases que regulan los criterios para la formación y gestión de las listas de empleo temporal N° 92, 27 Julio.
23. BORM (2002). Orden de 12 de noviembre de 2002 de la Consejería de Sanidad y Consumo por la que se regula la selección del personal estatutario temporal del Servicio Murciano de Salud. N°280, 3 Diciembre.
24. Connor MJ (2004). The practical discourse in philosophy and nursing: an exploration of linkages and shifts in the evolution of praxis. *Nursing Philosophy*; 5(1): 54-46.
25. Crespo R. (2001). La especialidad en enfermería nefrológica. ¿Una asignatura pendiente? *Rev. Sociedad española de Enfermería Nefrológica*. 13(19):18-24.
26. Cruzado C, Gil R, Tejedor P (2010) Especialidad de enfermería en cardiología ¿una necesidad? *Cardiocore*; 45(1): 27-9.
27. DOCM (2004). Pacto sobre Selección de Personal Temporal de las Instituciones Sanitarias del Servicio de Salud de Castilla la Mancha. N°238, 17 Diciembre.
28. DOG (2004). Pacto sobre Selección Temporal de Personal Estatutario para Vinculaciones Temporales en las Instituciones Sanitarias del Servicio Gallego de Salud. N°104, 1Junio.
29. DOG (2011). Pacto sobre selección de personal estatutario temporal en el ámbito del Servicio Gallego de Salud y entidades públicas adscritas a la Consellería de Sanidad. N°89, 9 Mayo.
30. DOGV (2009). Orden de 5 de octubre de 2009, de la Conselleria de Sanidad, por la que se regula el procedimiento para la cobertura temporal de plazas del personal al que le resulta de aplicación el Decreto 71/1989, de 15 de mayo, del Consell de la Generalitat, sobre regulación de los órganos de gestión de personal de la Conselleria de Sanidad y órganos dependientes. N°6145, 16 Noviembre.
31. Durán M (2005). Especialidades en enfermería y educación enfermera. *Enfermería clínica*; 15(2):61-2.
32. Earle V (2010). Phenomenology as research method or substantive metaphysics? An overview of phenomenology's uses in nursing. *Nursing Philosophy*; 11(4): 286-96.
33. Eivissa y Formentera (2009). Acuerdo adoptado por los miembros del Comité de contratación que servirán como instrucciones para bolsa de trabajo del Área de Salud de Eivissa y Formentera. Disponible en: <http://www.asef.es>

34. Escudero B, Casanovas I, Esteve J (2004) Situación laboral de los recién graduados en la escuela universitaria de enfermería. *Enfermería clínica* 14(3):157-166.
35. Fernández MJ (2006). Diseño de estudios y diseños muestrales en investigación cualitativa. En: Vázquez ML (Coord.) *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona, Servei de Publicacions de la UAB, pp. 31-52.
36. Gadamer HG (1981): *La razón en la época de la ciencia*, Barcelona, Ed. Alfa.
37. Gadamer HG (1993): *El estado oculto de la salud*, Madrid, Gedisa.
38. Gadamer HG (2004): *Verdad y Método (Vol. II)*, Salamanca, Sígueme.
39. Gadamer HG (2005): *Verdad y Método (Vol. I)*, Salamanca, Sígueme.
40. Gadamer HG (2007): *El problema de la conciencia histórica*, Madrid, Tecnos.
41. Gadamer HG (1989): *Verdad y método*. Continuum Publishing, New York.
42. Glasser BG & Strauss AL (1999): *The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*, New York, Aldine de Gruyter.
43. González B, Barber P (2006). Los recursos humanos y sus desequilibrios mitigables. *Gac Sanit*; 20 (Supl 1): 103-9.
44. Gracia F, Mendoza J, Acosta MO (2003). Actitud del personal de enfermería ante el proceso administrativo de rotación por los servicios hospitalarios. *Rev. Enferm IMSS*; 11(1): 35-42.
45. Granero J (2010). Tesis Doctoral. *Tecnología, Phrónesis y humanismo en Ciencias de la Salud*. Almería, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Almería
46. Gutiérrez R, Ferrús L, Subirana M, Pellejo L. (2007). Impacto económico y organizativo de nuevas especialidades de enfermería. *Informes, estudio e investigación 2006*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Disponible: [http://www.eees.es/pdf/Analisis\\_del\\_impacto\\_potencial\\_de\\_la\\_aplicacion\\_del\\_marco\\_de\\_Bolonia\\_y\\_de\\_la\\_implementation\\_de\\_las\\_especialidades\\_oficiales\\_de\\_enfermeria.pdf](http://www.eees.es/pdf/Analisis_del_impacto_potencial_de_la_aplicacion_del_marco_de_Bolonia_y_de_la_implementation_de_las_especialidades_oficiales_de_enfermeria.pdf)

47. Icart MT, Fuentelsaz C, Pulpón AM (2001). Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. Barcelona, Ed. Universitat Barcelona.
48. ICS (2010). Pacto de la Mesa Sectorial de Negociació de Sanitat de regulació del sistema de selecció per al nomenament de personal estatutari temporal en l'àmbit de l'empresa pública Institut Català de la Salut (ICS), firmado en Mesa Sectorial de Sanidad, 29 Julio. Disponible en: <http://www.gencat.cat>
49. Informe caso Rayan (2009). Informe relativo a la asistencia recibida por el bebé Rayan El - Ouriachi Mimouni en la UCI de neonatos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Organización Colegial de Enfermería. Madrid, 28 Julio. Disponible en: <http://www.cge.enfermundi.com>. Consultado Junio 14, 2011.
50. INGESA (2008). Pacto de contratación de personal de Melilla, 2008. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. Disponible en: <http://www.areasaludmelilla.es>
51. INGESA Ceuta. Mesa de contratación del personal estatutario del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria de Ceuta. Disponible en: <http://www.ingesa.msc.es>
52. Johnson ME (2000). Heidegger and meaning: implication for phenomenological research. Nursing Philosophy; 1 (2): 134-146.
53. Kendall D, Blegen MA (2009). Competence and Certification of Registered Nurses and Safety of Patients in Intensive Care Unit. Am J Crit Care; 18:106-13.
54. Krippendorff K (1980): Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica. Barcelona, Paidós.
55. Lastra P.M (2006). La especialidad en cuidados intensivos, una especialidad necesaria. Enferm Intensiva 17(1): 1-2.
56. Maben J, Alter S, McLeod J. The theory-practice gap: impact professional-bureaucratic work conflict on newly-qualified nurses. J Adv Nurs. 2006; 55(4):465-477.
57. Martínez M (2006). La investigación cualitativa (Síntesis conceptual). Revista de investigación en Psicología; 9(1): 123-46.
58. Más R, Escibà V, Cárdenas M (1999) Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalario: un estudio cualitativo. Arch Prev Riesgos Labor; 2(4):159-167.

59. Michael JH, Guo ZG, Wiedenbeck JK, Ray CD (2006). Production supervisor impact on subordinates' safety outcomes: An investigation of leader-member exchange and safety communication. *Journal of Safety Research* 37(2); 469-477.
60. Miles MB, Huberman AM (1994) *Qualitative data analysis*. Londres, Sage.
61. Mogollón AS, Vázquez ML (2006). Técnicas cualitativas aplicadas en salud. En: Vázquez ML (Coord.) *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona, Servei de Publicacions de la UAB, pp. 53-82.
62. Moreno E, Villegas J, Prieto F, Nieto J (2011). Efectos adversos, intercomunicación, gestión de conocimiento y estrategias de cuidados en enfermería intensiva. *Med Intensiva*; 35(1): 3-5.
63. Morse JM (2000). Determining sample size. *Qual Health Res*; 10(1): 3-5.
64. Ortega MC (2007): Consideraciones al Real Decreto de Enfermería sobre especialidades. *Nursing*; 25(5); 64-66.
65. Palacios-Ceña D, Corral I. (2010). Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enferm. Intensiva*; 21(2): 68-73.
66. Paley J. (1997). Husserl, phenomenology and nursing. *Journal of Advanced Nursing*; 26(1):187-93.
67. Parker MJ (1985). Hermeneutic inquiry in the study of human conduct. *American Psychologist*; 40(10): 1081-93.
68. Parrado Y, Caro-Castillo CV (2008). Significado, un conocimiento para la práctica de enfermería. *Av. Enferm.*; 26(2): 116-25.
69. Pinto MC, Ribeiro M, Ferreira MH (1998). La hermenéutica y las investigaciones cualitativas en enfermería. *Rev. Latino-am. Enfermagem*; 6(2): 29-35.
70. Prieto MA, Suess A, March JC (2005). De gestoras de recursos a gestoras de cuidados: opiniones y expectativas de las supervisoras sobre su nuevo rol profesional. *Enfermería Clínica*; 15 (6): 314-20.
71. Raile M, Marriner A (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. 7ª ed. Madrid. Elsevier España; 137-162.

72. Ramírez P, Hernández O, Sáez A, Reguera AI, Meneses MT (2002). Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. *Enfermería clínica*; 12 (6): 286-9.
73. Rapport F, Wainwright P (2006). Phenomenology as a paradigm of movement. *Nursing Inquiry*; 13(3): 228-36.
74. Rivera MS, Herrera LM (2006). Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería. *Texto, Contexto Enferm.* 15(esp.): 158-63.
75. Ruiz P, González C, Alcalde J (2005). Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para prevención de errores. *Rev Calidad Asistencial*; 20(2):71-8.
76. Salgado AC (2007). Investigación cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *LIBERABIT*; 13(13): 71-78.
77. Sanches LM, Boemer MR (2002). Convivir con el dolor: un enfoque existencial. *Rev. Esc Enferm. USP*; 36(4): 386-93.
78. SES (2010). Acuerdo sobre cobertura de plazas básicas de Especiales Características, firmado en Mesa Sectorial de Sanidad, 25 Marzo. Disponible en: <http://saludextremadura.com>
79. SESPA 2009. Pacto sobre contratación de personal temporal del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Disponible en: <http://asturias.satse.es>
80. Simón MJ, Blesa AL, Bermejo C, Calvo MA, Gómez de Enterría C (2005). Estresores laborales y satisfacción en la enfermería de una unidad de críticos. *Enferm Intensiva*; 16(1): 3-14.
81. SNSO (2011). Resolución del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la que se procede a la apertura de plazo para la presentación de los requisitos exigidos para la elaboración de listas especiales para atender las necesidades de contratación de sustituciones y eventualidades, que se produzcan en determinadas Unidades de los centros y establecimientos sanitarios dependientes del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, en la categoría de A.T.S. /D.U.E. N° 1175, 23 Mayo. Disponible en: <http://www.navarra.es>
82. Solano MC (2006). Fenomenología-hermenéutica y enfermería. *Cultura de los cuidados*; 10(19):5-6.

83. Strauss A, Corbin J (2002): Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada, Medellín (Colombia), Editorial Universidad de Antioquia.
84. Stuenkel D., Nguyen S., Cohen, J. (2007). Nurses` perceptions of their work environment. *Journal of Nursing Care Quality* 22(4):337-342.
85. Tomás A, Caravaca A, Rodríguez FJ, Árias J, Candel C, Rodríguez A, Sánchez A, Estrada M, Salmerón JA (2004). Programa de acogida al personal de enfermería de nueva incorporación y alumnos de prácticas en la Fundación Hospital de Cieza. *Enfermería Global*. Disponible en: [www.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/)
86. Valencia MC (2001). Propuesta para medir la relación supervisión-satisfacción laboral en enfermería. *Rev Enferm IMMS*; 9 (2): 81-84.
87. Valles MS (2002). Entrevistas cualitativas. Madrid: Centro Investigaciones Sociológicas.
88. Valles MS (2006): “Tradición metodológica (Grounded Theory) y transición tecnológica en el análisis cualitativo. Ventajas y desafíos del uso de programas informáticos /E.G. ATLAS.Ti, MAXQDA. NVIVO)”, *Revista de Investigación Aplicada Social y Política*, 2ª Ed., nº 1, pp. 68-86.
89. Valcárcel MD, Ruiz CD, Serrano BM (2008) Futuro de la enfermería urológica en el desarrollo de las especialidades. *Enfuro*, 106:17-21.
90. Vázquez ML, Ferreira MR (2006) Análisis de datos cualitativos. En: Vázquez ML (Coord.) *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona, Servei de Publicacions de la UAB, pp. 97-110.

## 10. ANEXOS.

### ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo

.....  
....., participo voluntariamente como supervisor /a de enfermería entrevistado para el trabajo final de Máster de Enfermería, que está siendo realizado por la alumna Cristina Pérez Aparicio, siendo previamente informado/a de que la información en ella obtenida, será utilizada para fines meramente didácticos y que los resultados del estudio podrían futuramente ser publicados, si bien, mi nombre y datos personales no se explicitarán en ningún momento garantizándoseme mi privacidad.

Almería,.....de Julio de 2011.

Firmado;

## **ANEXO 2: ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA**

- Edad:
  
- Sexo:           H           M
  
- Año de finalización de estudios enfermeros:
  
- Años de ejercicio profesional como enfermero/a:
  
- Años de ejercicio profesional como supervisor/a de enfermería:
  
- Años de ejercicio profesional como supervisor /a de enfermería en esta área concreta:
  
- ¿Había trabajado antes como enfermero de plantilla en esta área concreta?:   SÍ  
NO
  
- En caso afirmativo, cuanto tiempo:

### **ANEXO 3: ENTREVISTA ABIERTA NARRATIVA. GUIÓN DE PREGUNTAS SEMIESTRUCTURADAS.**

#### **1. Pregunta generadora de narración.**

Desde el comienzo de la llamada Bolsa de contratación Única de Andalucía, se han puesto en marcha, bolsas de contratación específicas de enfermería, que abarcan ciertas áreas donde los cuidados enfermeros son más específicos y se necesita formación y experiencia concreta.

La entrevista irá dirigida a conocer su opinión y valoración sobre el funcionamiento de estas bolsas, el antes y el después de su aparición. Quiero que me cuente libremente, que le parece el sistema de contratación actual con las bolsas específicas. Cuénteme un poco su experiencia desde que comenzaron a funcionar en Febrero de 2010. Puede tomarse el tiempo que quiera y contarme todo lo que para usted sea significativo.

#### **2. Preguntas de narración y explicativas.**

- ¿Cree que ha mejorado la calidad asistencial con las nuevas bolsas específicas? ¿Se ha notado mejoría desde su aplicación?
- ¿Vienen los enfermeros más preparados?
- ¿Qué supone la contratación eventual de enfermeros sin la suficiente experiencia y/o formación específica para trabajar en su unidad?
- ¿Qué opina de las acreditaciones que se exigen para formar parte de estas bolsas específicas?
- ¿Cree que es suficiente con las bolsas específicas para garantizar que el personal de enfermería este preparado para trabajar en este área?
- ¿Qué propondría para mejorar la asistencia de enfermería en esta área?
- ¿Cree que se debería contar con el/la supervisor/a del área específica a la hora de contratar?
- En resumen, ¿cuales serían los aspectos más positivos de estas bolsas? ¿y los más negativos?

