



**ESTUDIO SOBRE LA SEGURIDAD  
DEL PACIENTE, A TRAVÉS DE  
PROVISIÓN DE CUIDADOS  
ENFERMEROS Y VARIABILIDAD  
DE PLANTILLAS EN HOSPITALES  
DE LA COMUNIDAD VALENCIANA  
INFORME DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)  
Imprime: Imprenta Senén  
Dep.Legal: V-2508-2014  
I.S.B.N.: 84-697-1459-7  
*CECVN77*

**A**gradecimiento especial a todos los profesionales que han colaborado en este proyecto de investigación directamente cumplimentado las encuestas presentadas y a todos los mandos intermedios que lo han hecho posible, así como a la Conselleria de Sanitat por haber permitido la realización de este completo estudio, también el agradecimiento de este colegio a los colaboradores directos e implicados en esta investigación entre los que cabe destacar a: Vicente Ferrandis, Antonio Ruiz, Teresa Medina, Raquel Martínez, Sandra Ruiz, Javier Gomez, Rosa Vila y Manuela Domingo.

“Mi descubrimiento como paciente primero de una planta médica, y después en una de cirugía, es que la institución consigue la unión establecida para el conjunto, y es capacitada para funcionar como un organismo, por las enfermeras y por ninguno más...”

Lewis Thomas, MD,  
*The Youngest Science (1983:67).*



## PRÓLOGO

Desde la óptica del pensamiento teórico, cualquier investigación supone una búsqueda de soluciones que permitan eliminar dificultades y problemas a la vez que se incrementa el nivel de conocimientos sobre determinado asunto. Por eso, cuando hace ya algún tiempo un grupo de colegiados interesados en la investigación presentaron a este Colegio de Enfermería su intención de llevar a cabo un estudio sobre la seguridad del paciente a través de la provisión de cuidados enfermeros y la variabilidad de las plantillas en diversos hospitales de la Comunidad Valenciana, se dio forma a esta inquietud mediante el apoyo y la financiación por nuestra parte.

En las innumerables encuestas realizadas se intentó recoger, además de la realidad anteriormente mencionada, la satisfacción laboral de las enfermeras y enfermeros de nuestra Comunidad. En ellas quedan reflejadas muchas de las circunstancias que rodean la profesión; desde una cierta falta de interés debido al trato que desde las distintas administraciones se ofrece, hasta la ausencia de incentivos y el bajo ratio del que disponemos. Ello supone que, en ocasiones, los profesionales se vean abocados a la realización repetitiva de toda una batería de técnicas que dejan a un lado, dada la escasez de tiempo, la verdadera labor holística de la enfermería. Los receptores de nuestros cuidados exigen y merecen una atención profesional, a la vez que eficaz y cordial.

Si algo permite este tipo de estudios es una visión sistemática, reflexiva y crítica, ligada al movimiento y el entusiasmo que, como enfermeros, nos negamos a perder. En las tertulias diarias no faltan los comentarios y deliberaciones acerca de la necesidad de asumir, por nuestra parte, cada vez más responsabilidades. La formación se perfila como la herramienta más adecuada en la dinámica de asunción de puestos de relevancia que nos sitúen en los mejores escenarios de toma de decisiones con el objetivo de hacer reales nuestras aspiraciones para que, al margen de constituir una reivindicación profesional, supongan una mejora cualitativa para la población a la que damos cobertura.

La demora en la presentación de los resultados del estudio se debe a los imponderables surgidos en el día a día; no obstante lo cual, y gracias al Colegio de Enfermería de Valencia y a la promoción del CECOVA, pueden ofrecerse hoy para conocimiento de todos los profesionales y la sociedad en general.

Cabe destacar el buen hacer de los autores principales, su dedicación altruista y la gran preparación demostrada, algo sin lo cual la realización de este libro no hubiera sido posible.

*Juan José Tirado Darder*  
Presidente COEV.

# ÍNDICE

---

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	9
<b>MATERIAL Y MÉTODO</b> .....	47
Administración del cuestionario .....	47
Traducción del instrumento al castellano.....	48
Muestra .....	50
Diseño del estudio.....	50
Análisis de datos .....	50
<b>RESULTADOS</b> .....	53
Sexo de los encuestados.....	53
Edad .....	53
Años de experiencia.....	54
Tipo de unidad .....	56
Resumen análisis factorial, siete factores .....	87
<b>DISCUSIÓN</b> .....	88
Factor 1. Apoyo formación .....	88
Factor 2. Actuación centrada en el paciente.....	103
Factor 3. Competencia y liderazgo .....	114
Factor 4. Juicio profesional y control de la práctica clínica .....	129
Factor 5. Relación con otros profesionales .....	135
Factor 6. Adecuada provisión de recursos humanos.....	140
Factor 7. Práctica enfermera autónoma .....	145
<b>CONCLUSIONES</b> .....	154
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	160
<b>ANEXO 1</b> .....	174
<b>ANEXO 2</b> .....	176
<b>ANEXO 3</b> .....	180







## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población, la aparición de nuevas enfermedades, el incremento del número de pacientes con afecciones más graves y problemas más agudos, son solo algunos de los retos con los que se enfrentan, en los próximos años, los sistemas sanitarios actuales. A todo ello, hay que sumar que los profesionales sanitarios se ven afectados por estos mismos problemas y, adicionalmente, se están produciendo cambios en los modelos de contratación y hay un descenso de la disponibilidad de personal sanitario en muchos países. Por ejemplo, en los Estados Unidos se está produciendo una importante carencia de personal de enfermería titulado a lo que hay que añadir que los censos actuales indican que un tercio de las enfermeras, actualmente trabajando, están por encima de los 50 años y la edad media del profesorado en las Escuelas de Enfermería se ubica en torno a los 49 años (Fraser-Blunt, 1999). Ambas situaciones indican que en los próximos años se puede producir un incremento de las jubilaciones, lo que esboza un paisaje en el que van a existir dificultades importantes a la hora de reemplazar a los jubilados, conduciendo al sistema sanitario a una situación crítica (Asencio, Cohen y Gorenberg, 2003). Una situación que pone en riesgo tanto a los pacientes, como al propio sistema en términos de viabilidad. Especialmente, siendo que en Estados Unidos un porcentaje muy importante de su población tiene dificultades para acceder al sistema sanitario al carecer de una póliza de seguro y en caso de disponer de ella lo más habitual es tener una cobertura parcial. Este panorama indica dificultades para responder a todas las necesidades, primordialmente, por la dificultad de reclutar y retener personal suficiente, respetando los derechos tanto de los pacientes como de los profesionales, y la correcta distribución de destrezas en función de los problemas de salud, los niveles de especialización y la distribución geográfica.

Sin embargo, en nuestro país este problema lo afrontamos de manera diferente, no existe dificultad para contratar personal de enfermería, si bien es cierto que en determinadas épocas, es especialmente difícil completar las plantillas. Ello incluso, a pesar de la aparente infradotación de personal de enfermería, ya que no se cumple con los ratios establecidos por organizaciones internacionales, como por ejemplo la Organización Mundial de la Salud 2006. Por otra parte, es habitual encontrar centros en los cuáles el personal contratado de manera temporal llega a porcentajes muy altos. Todo ello comporta por un lado, una alta rotación en los puestos de trabajo y, por la otra, una importante inestabilidad laboral.

Si todo lo anteriormente expuesto resulta importante, esta situación no es nada respecto a la que se plantea en términos del riesgo, para los pacientes que se encuentran a nuestro cuidado. En la actualidad, tal y como pasamos a exponer a continuación, se está recogiendo un amplio conjunto de datos que indican una clara relación entre la disponibilidad de personal de enfermería, sus características, y los resultados específicos obtenidos en los pacientes. De acuerdo con el informe de la Agencia para la Investigación la Calidad en los Cuidados de Salud (Kane, Shamliyan, Mueller y cols., 2007), los hospitales con bajos niveles de personal de enfermería tienden a obtener unos peores resultados en la atención a los pacientes (Stanton y Rutherford, 2004). En esta misma línea, Needleman, Buerhaus, Mattke y cols. (2003) encontraron una fuerte relación entre las dotaciones de personal de enfermería y cinco de los resultados de la atención a pacientes tales como: porcentaje de infecciones del tracto urinario, neumonía, shock, sangrado gastrointestinal del tracto superior y duración de la estancia de hospitalaria.

Clarke, Rockett y Sloane (2002) obtuvieron una conexión entre los niveles de personal disponibles, el clima organizativo y la seguridad de las enfermeras, especialmente en relación con accidentes con objetos punzantes tales como las agujas. Shortell, Zimmerman, Bousseau y cols. (1994) vincularon los bajos niveles de rotación del personal con una menor estancia de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos. Los datos hospitalarios relativos al nivel de complicación de los pacientes indican, en el día a día, la necesidad de incrementar el número de enfermeras o, lo que es lo mismo, incrementar el número de horas de enfermería dedicadas a los pacientes por día, cuyas medias se relacionan con los niveles de mortalidad en función del riesgo (Hartz, Krakauer, Kuhn y cols., 1989; Aiken, Smith, Lake, 1994; Pierce, 1997; Aiken, Clarke, Sloane, 2001; Curtin, 2003). Otros estudios plantean también que el ambiente laboral, afecta a la permanencia en el puesto de trabajo y a la satisfacción en el trabajo de las enfermeras (Irvine y Evans, 1995; Levek y Jones, 1996; Davidson, Folcarelli, Crawford y cols., 1997; Lake, 1998; Fowler, 2006).

La enfermería ha vivido una crisis de identidad y necesita delimitar su campo de acción en el trabajo independiente. (Canadian Nurses Association, 1993; Register Nurses Association of Ontario, 2007). Al mismo tiempo, ha existido una preocupación por la medición de la calidad de los cuidados de salud prácticamente desde el siglo XIX, una situación que se ha trasladado a diferentes acciones durante el siglo XX y en la actualidad. Ya en su momento, Florence



Nightingale procedió a analizar los datos de mortalidad de las tropas británicas en 1885 y obtuvo reducciones significativas en esta mortalidad, simplemente, a través de la organización de prácticas de higiene. A ella se le deben las primeras mediciones relacionadas con la actividad hospitalaria que fueron publicadas en el año 1859 (Goldie, 1987).

Los trabajos de Aiken, Smith y Lake (1994), Aiken, Sochalski y Lake (1997), Aiken y Patrician (2000) han conducido al desarrollo de un instrumento de medida en los ambientes de trabajo denominado Nursing Work Index. Su uso se ha extendido a diferentes países, siendo utilizado también en nuestro estudio en una de sus diferentes versiones más avanzada, la denominada Nursing Work Index Revised (NWI-R). Un instrumento que trata de analizar las siguientes dimensiones: la autonomía de las enfermeras, el control sobre la práctica, las relaciones con otros profesionales, el liderazgo de enfermería y la provisión de recursos adecuados para el desempeño de los cuidados.

Los resultados obtenidos por diferentes autores en la utilización de este cuestionario nos inducen a pensar que la satisfacción en el trabajo de las enfermeras se ve afectada por el nivel de control que estas tienen sobre su trabajo. Un trabajo de enfermería que básicamente está conectado con la atención directa a los pacientes, lo que nos conduce a interpretar que este trabajo sólo tiene que ver con las acciones llevadas a cabo con pacientes. Pero es una idea errónea, la actuación enfermera involucra además la organización de los pacientes y sus familias, de manera conjunta en función de un determinado medio, completando en la mayoría de las ocasiones tareas que no tienen que ver con el contenido del trabajo directo de enfermería o con los pacientes y teniendo la necesidad de realizar una planificación anticipada que impida ya sean retrasos o suspensión de determinadas actividades. En este sentido, O'Brien-Pallas, Irvine y Peereboom (1997) analizaron tres dominios a los que denominaron la estructuración del trabajo en respuesta a las demandas de otros, cambios imprevistos en función del curso clínico de los pacientes, y las características y composición del equipo de cuidadores, concluyendo que las enfermeras contribuyen al correcto funcionamiento de las instituciones sanitarias de una manera decidida, independientemente y adicionalmente a la resolución de los cuidados directos de los pacientes.

Autores tales como Clarke y Aiken (2006) y Laschinger y Leiter (2006) han argumentado que los cambios en la cultura organizativa de las organiza-

ciones sanitarias, así como mejoras en la calidad del clima laboral generan mejoras en la productividad y se relacionan con la reducción de efectos adversos y mejores resultados de los pacientes y, en última instancia, una disminución del burnout entre las enfermeras. En este sentido, diversas investigaciones han demostrado que la relación entre la organización de cuidados de enfermería, el clima de trabajo de las enfermeras y los efectos adversos en los pacientes, tales como errores de medicación o infecciones, incrementan la duración de la estancia y la mortalidad (Silber, Rosenbaum, Schwartz, Ross y Williams, 1995; Subirana, Fargues, Esteve y cols., 2010).

A finales de los 70, en los Estados Unidos se experimentó una reducción de titulados de enfermería que según algunos estudios estuvo en torno al 14% (USDOHHS, 1981). A principios de la década de los ochenta, se llevó a cabo un estudio en el que se describió un grupo de hospitales que aparentemente tenían pocos problemas en el reclutamiento y retención de enfermeras, unos centros que eran considerados por los profesionales como un “buen lugar para trabajar” y que fueron descritos por estos mismos profesionales, además de por otros conceptos, como “hospitales magnéticos” dada su habilidad para atraer y retener al personal, encontrándose que todos estos centros disfrutaban de características similares (Scott, Sochalski y Aiken, 1999; McClure y Hinsaw, 2002; Wagner, 2004). Entre sus atributos se encontraban un bajo nivel de abandono del personal de enfermería, una programación flexible de los turnos de trabajo, un liderazgo significativo, reconocimiento de la excelencia en la actividad profesional, buenas relaciones entre los diferentes grupos profesionales, especialmente de las enfermeras con los médicos y el cumplimiento de los estándares profesionales establecidos por las organizaciones enfermería.

Desde el principio de los 80, la demanda de enfermeras en el sistema sanitario americano ha superado con mucho al número de enfermeras disponibles conduciendo el conjunto del sistema a una severa falta de personal de enfermería. Esta situación ha hecho que muchos investigadores, sindicatos, administradores de centros sanitarios y, por supuesto, las propias enfermeras y los colegios profesionales se hayan estado preocupando por las características de los lugares de trabajo donde las enfermeras llevan a cabo su práctica clínica. La falta de profesionales ha conducido a que se realicen diferentes trabajos que traten de analizar las características de los centros sanitarios (hospitales magnéticos) que habían tenido menos dificultad para retener y reclutar enfermeras profesionales. Las hipótesis que dirigían y que se plateaban en es-



tos estudios se enunciaban considerando que los centros hospitalarios estaban provistos de unas características similares a las de las mejores compañías de negocios privadas (Kramer y Schmalenberg, 1988a y 1988b) y que los medios de trabajo profesionales permitían a estos centros atraer y retener enfermeras independientemente de los déficits en el número de enfermeras a nivel del país (Aiken y Patricien, 2000).

En 1981 la American Academy of Nursing comenzó un estudio a nivel de todo el país para identificar y evaluar los hospitales magnéticos. Centros que fueron llamados de esta manera porque eran capaces de retener y atraer a enfermeras independientemente de la escasez de profesionales existentes (McClure, Poulin y Sovie, 1983). Cuarenta y ocho profesores de enfermería identificaron 165 hospitales en los Estados Unidos que tenían una buena reputación debido a los cuidados de enfermería que proporcionaban, a lo que añadieron una alta capacidad de retención del personal evitando de esta manera las dificultades existentes respecto a la contratación de enfermeras. Se realizó un ranking regional de 46 hospitales por medio de los datos que se disponían de reclutamiento y retención. Se llevó a cabo entrevistas a enfermeras y directores de enfermería en 41 hospitales participantes, comenzando con la pregunta ¿qué hace de este hospital un buen lugar para que trabajen las enfermeras? Las entrevistas se dirigieron también a obtener datos sobre la satisfacción personal y profesional de las enfermeras, la imagen de enfermería, el papel de la enfermera en la calidad de los cuidados proporcionados a los pacientes, reclutamiento y retención de enfermeras, las relaciones entre enfermera y médico y las relaciones personal de enfermería supervisores.

Kramer y Hafner (1989) llevaron a cabo un análisis de las características obtenidas a través de las declaraciones de enfermeros en 41 hospitales magnéticos para desarrollar el Nursing Work Index (NWI). Inicialmente, este cuestionario consistió en 65 preguntas que pretendían medir en términos generales los valores de satisfacción en el trabajo de las enfermeras, la productividad percibida y percepciones acerca de un ambiente que condujera a la obtención de cuidados de enfermería de calidad. En cada una de estas preguntas las enfermeras debían de responder sobre una escala de likert de 4 puntos a las siguientes frases:

- Esto es importante para mi satisfacción laboral.
- Esto es importante para mí, permite cuidados de calidad.
- Este factor está presente en mi situación laboral actual.

La validación del contenido del índice se planteó de tres maneras: una revisión de la literatura relacionada con satisfacción en el trabajo y valores laborales, características basadas en el desarrollo de hospitales magnéticos, y una crítica llevada a cabo por tres de cada cuatro investigadores acerca de hospitales magnéticos.

Aiken y Patricien (2000) desarrollaron un instrumento basado en cuatro subescalas. Estos autores partieron del renovado interés, acerca del impacto del ambiente de trabajo sobre la calidad de los cuidados de enfermería, que se había producido a finales de los 90, fundamentalmente, a partir de las amplias reestructuraciones hospitalarias que se habían llevado a cabo. Para hacer esto Aiken y Patricien (2000) utilizaron el NWI de una manera diferente a la que se había utilizado inicialmente planteando el análisis de las unidades hospitalarias y no llevando a cabo un análisis a nivel de la enfermera. Esto condujo al desarrollo del Nursing Work Index Revised (NWI-R). Estos investigadores examinaron las 65 preguntas iniciales y procedieron a eliminar 10 que consideraron como menos relevantes para el medio de trabajo de los profesionales de enfermería, modificaron una y añadieron dos nuevas preguntas resultando en un conjunto de 57 preguntas que iban a componer el nuevo instrumento denominado NWI-R. Tres subescalas fueron conceptualmente derivadas para medir los atributos organizativos obtenidos en la literatura, tales como autonomía, control sobre el medio de trabajo, y relaciones con los médicos. Una cuarta subescala se orientó para medir el apoyo organizativo a los cuidadores. Aiken y Patricien procedieron a eliminar dos de las frases en cada una de las preguntas que tenían que ver con la satisfacción en el trabajo y la calidad del cuidado, utilizando únicamente las frases relativas a los factores presentes en el trabajo actual de las enfermeras. La utilización de este instrumento por Aiken y Patricien arrojó resultados que tenían una validez discriminante y distinguían entre hospitales magnéticos y no magnéticos, llegando a la conclusión de que el NWI-R era un instrumento adecuado para medir los atributos organizativos de los hospitales.

En 1994, se publicó el estudio de niveles de mortalidad auspiciado por Medicare utilizando el instrumento de Aiken, encontrándose que los hospitales considerados magnéticos tenían un menor porcentaje de mortalidad que el grupo control, adicionalmente los hospitales magnéticos tenían puntuaciones más altas en las escalas del NWI-R, lo que en esencia significó que en aquellos centros hospitalarios que disponen de un número de personal adecuado, con



buenos niveles de satisfacción, los resultados obtenidos en los pacientes son mejores, por lo que es razonable considerar que una provisión adecuada de personal permite a las enfermeras incrementar las oportunidades de llevar a cabo su trabajo de manera exhaustiva y dar mejor atención a los pacientes, lo que proporciona en esencia una mayor satisfacción en el trabajo y un cuidado seguro y de calidad.

Muchos países están reaccionado ante esta situación, entre ellos los Estados Unidos que en el momento actual está demandando, de las instituciones de salud, que planifiquen la provisión de personal de enfermería en colaboración con los profesionales actualmente en servicio, tratando de diseñar los planes de personal de enfermería y los porcentajes mínimos de personal de enfermería por paciente/grupo de pacientes. Al menos en siete estados se ha emitido legislación reguladora y en varios más se han introducido normas para poder tratar el tema (ANA, 2011). Al mismo tiempo, otros estados están desarrollando medidas para apoyar la educación en enfermería y desarrollar sistemas de tratamiento y recogida de datos relativos a los profesionales en activo, protegiendo a todos aquellos que se animen a denunciar las irregularidades y las situaciones que afecten a la seguridad de los pacientes o de los profesionales que trabajan en las instituciones.

Los sistemas sanitarios a nivel internacional, tal y como ocurre con otras organizaciones, están sometidos constantemente a procesos de cambio y reestructuración. Estos procesos de cambio afectan a las estructuras profesionales y en el caso de los hospitales afectan de manera particular a la situación en que se encuentran las enfermeras clínicas, por ser el elemento de contacto con los usuarios y, por tanto, uno de los elementos de expresión de la atención que reciben los pacientes. Las enfermeras clínicas tienen unos perfiles profesionales que han ido evolucionando de acuerdo a las reestructuraciones producidas y a los objetivos que a nivel profesional se han ido proponiendo, tanto por los colegios profesionales como por las distintas asociaciones científicas. Los roles profesionales contienen desde la emisión de juicios profesionales hasta actuaciones de consejo y capacitación a los pacientes, todo ello siguiendo estándares, políticas y procedimientos específicos e incluyendo, en la medida de lo posible, a todos los miembros de la familia. Las enfermeras clínicas en función de todos estos elementos deben estar involucradas y participar en la toma de decisiones, junto con sus pacientes en todos los niveles organizativos: unidad, departamento, centro sanitario y el conjunto del sistema sanitario lo que exige reconocimiento de sus

habilidades y capacidades profesionales a lo largo de la estructura organizativa. No obstante, encontramos en la literatura múltiples autores que indican, constantemente, las dificultades que tienen las enfermeras a nivel individual y profesional para ubicarse en puestos caracterizados por la toma de decisiones e incluso que se les reconozcan sus habilidades y destrezas personales. Esta situación determina que las enfermeras clínicas continúen en la actualidad, a principios del siglo XXI, con una experiencia limitada tanto en la toma de decisiones como en el control sobre la práctica de enfermería a todos los niveles.

Es una característica humana la búsqueda de la validación de la contribución que se realiza en el ámbito de las distintas organizaciones o en cualquier aspecto de nuestra vida. Los individuos que obtienen reconocimiento en el trabajo, según Rath y Clifton (2004), incrementan su productividad, compromiso y satisfacción en el trabajo, cuando el reconocimiento es efectivo debe ser individualizado y circunscrito a aspectos específicos. Las organizaciones por tanto deben de responder generando un sentido de apreciación y desarrollando los elementos correspondientes para el reconocimiento de estas aportaciones. En cualquier caso, el reconocimiento se constituye como un elemento central de los ambientes de trabajo saludables (AACN, 2005), de hecho, “las enfermeras deben de ser reconocidas y reconocer a otros por el valor que cada uno de ellos proporciona al trabajo en la organización” (AACN, 2009).

Estos hallazgos son indicativos de que el diseño de programas y procesos que faciliten el reconocimiento de las enfermeras, tanto por los pacientes y familiares como por la organización, sería un elemento positivo. Según Crabtree (2004) los empleados que trabajan en estrecha relación con la gente, tal y como ocurre con las enfermeras, es más fácil que estén satisfechos y comprometidos con el trabajo que realizan y con las organizaciones en las cuales están empleados. Buerhaus, Donelan, Ulrich y cols. (2005) plantean cuatro factores que indicaban las razones por las que los individuos permanecían trabajando en las organizaciones, entre los que se encuentran inicialmente las personas con las que trabajan, los beneficios sociales y el salario, el tipo de pacientes y finalmente, las oportunidades para un desarrollo profesional.

El salario, los beneficios sociales y la organización de los turnos son elementos vitales de información para evaluar los lugares de trabajo, de tal manera que las enfermeras deberían de ser capaces de discriminar quiénes son los mejores empleadores en un mercado de trabajo competitivo, ya que además del





apoyo profesional en el desarrollo de sus carreras a las enfermeras, deberían de poder encontrar diferentes ofertas en términos innovadores que mantengan una adecuada conciliación de la vida laboral y privada, manteniendo un saludable y adecuado balance entre ambas. Por otra parte, refiriéndonos a los Estados Unidos, la evaluación individual y de conjunto de las actividades llevadas a cabo por las enfermeras tradicionalmente ha sido realizada en reuniones anuales de evaluación que ponen el énfasis en la evaluación de la enfermera por la supervisora o autoevaluaciones realizadas de manera individual acerca del cumplimiento de objetivos. Esto debería de diversificarse de tal manera que se deberían ensayar diferentes métodos que determinen cuál es el que actúa mejor, utilizándolos como una oportunidad para conseguir el compromiso de las enfermeras de una manera racional y producir una revisión de su propia práctica. Una actividad que no sea solamente evaluativa de los objetivos obtenidos sino que a la vez pueda plantear posibles cursos de acción que se conviertan y proporcionen oportunidades de mejora. Al tiempo, los diferentes colegas y colaboradores deberían proporcionar las correspondientes opiniones y evaluaciones acerca de la práctica de sus compañeros de equipo, la evaluación por pares contribuye a la vez al desarrollo del sentido de equipo y a la responsabilidad profesional.

El control sobre la actividad de enfermería debe de ser explorado en relación con diferentes factores de origen interno o externo y que, por supuesto, tienen su impacto en la enfermería clínica que se lleva a cabo. Los factores más directamente relacionados con la perspectiva de la actividad clínica incluyen elementos de profesionalización entre los cuales deberíamos de incluir, y así se reconoce en todos los ámbitos profesionales, la posibilidad de llevar a cabo toma de decisiones, incluyendo políticas, procedimientos y actuaciones de los colegios profesionales y asociaciones científicas. Otros elementos a considerar y relacionados con la exploración de la práctica en el ámbito de las enfermeras clínicas es la satisfacción correspondiente con los turnos de trabajo, la salud del propio trabajador/a, las preocupaciones a cerca de la seguridad en el trabajo, el contenido del trabajo en sí mismo, el apoyo por parte de los gestores y administradores involucrados y, por supuesto, de líderes profesionales, y al tiempo, la posibilidad de ejercer el liderazgo por parte de las enfermeras. Todos estos elementos afectan al control de las enfermeras clínicas sobre la práctica clínica. Una actividad que llevan a cabo incorporando todo aquello que tiene que ver con la generación del cambio en los distintos niveles de gestión, las influencias organizativas, los modelos de ambiente de trabajo que tienen

que ver con aspectos relativos al nivel de desarrollo en términos de centros/hospitales magnéticos y la gobernanza y el liderazgo de enfermería y que están relacionados con la seguridad y la calidad de atención al paciente, tanto en el nivel educativo de los profesionales involucrados, la especialización, así como el mix de niveles y grupos de trabajadores y, por último, la capacitación y la autonomía en el puesto de trabajo.

En el año 2004 el Institute of Medicine procedió a recomendar que el personal de enfermería involucrado y comprometido directamente con los cuidados debiera de ser capacitado en la toma de decisiones acerca de la atención que se proporciona a los pacientes y cómo estos cuidados deben de ser proporcionados a nivel organizativo. En este apartado considera que el control y la influencia sobre la práctica por parte de las enfermeras contribuyen a la satisfacción en el trabajo y a proporcionar unos cuidados de mayor calidad.

Un alto nivel de variabilidad en términos de resultados y actividad y plantea ámbitos de trabajo impredecibles, esta variación a través de todos los hospitales y unidades muestran la complejidad del medio en el cual las enfermeras proporcionan los cuidados. En este ámbito, nos encontramos un alto nivel de interdependencia entre los distintos factores que la conforman y, los cuales, están especialmente relacionados con la seguridad de los pacientes y con la satisfacción en el trabajo de las enfermeras, ámbito que es necesario comprender todos los niveles.

Los ambientes clínicos requieren de enfermeras con alto nivel de destreza en términos de liderazgo, que sean capaces de integrar y comprender el manejo de este complejo lugar en términos de asegurar un medio de trabajo seguro, tanto para enfermeras como para pacientes, y garantizarle a ambos colectivos unos resultados adecuados en función del problema de salud de que se trate. Los líderes de enfermería y los mandos intermedios de las distintas unidades se deben proveer con los recursos humanos necesarios, lo que representa una adecuada proporción de destrezas y, por supuesto, la provisión de un número de horas de trabajo de enfermería suficiente. Si se obtuviera, esto sería indicativo de que la enfermería obtiene el adecuado apoyo institucional. Cuando se produce la confluencia de los puntos descritos en este párrafo, se puede pensar que se está trabajando desde una perspectiva de unidades operativas y de negocio y que se reconoce como tales a las unidades hospitalarias. El reconocimiento



de las unidades de enfermería como unidades operativas y punto de partida de la actividad asistencial aparece en el ámbito de la literatura en general como un importante factor para la seguridad de los profesionales y de los pacientes.

La comprensión del ambiente de trabajo incluyendo la composición y relación existente entre los miembros de los equipos clínicos es un elemento crítico, así como la importancia y el liderazgo de enfermería al nivel de las unidades siendo uno de los elementos que tiene que ver con la satisfacción en el trabajo, el abandono del puesto de trabajo e incluso de la profesión por parte de las enfermeras y, en último lugar tiene un importante impacto en la seguridad de los pacientes.

Cuando los pacientes acuden a los centros sanitarios con importantes problemas de salud y coinciden con procesos rápidos de admisión y alta en un ambiente de falta de personal de enfermería, esto pone en serias dificultades a las instituciones para proporcionar unos cuidados seguros y efectivos a los pacientes hospitalizados (Aiken, Sachalski y Anderson, 1996; Unruh, 2002; JCAHO, 2002). Hasta el momento, las tendencias en la utilización de personal de enfermería proceden a converger creando condiciones peligrosas para la seguridad de los pacientes, según afirma Rogers y cols. (2004). Esta situación se da en un ambiente en el que se desconocen, realmente, las cifras de horas trabajadas por día de las enfermeras y en el que los estudios esporádicos sugieren que las enfermeras hospitalarias trabajan turnos de muchas horas con muy poco descanso, y a menudo, con poco tiempo de recuperación entre los diferentes turnos (ANA, 2001). La programación de turnos puede ser de 8, 12 e incluso 16 horas y puede que no siga ninguno de los modelos tradicionales existentes hasta ahora, de mañana, tarde y noche (Rogers y cols, 2004).

El personal de enfermería no trabaja aislado en las organizaciones sanitarias, está o debería estar en una constante colaboración e interacción con otros miembros de los equipos sanitarios proporcionando, o al menos tratando de proporcionar, una mejor calidad en los cuidados de salud de los pacientes. En los equipos sanitarios las enfermeras y los médicos componen el mayor grupo de profesionales y diariamente se enfrentan de manera directa, tanto con problemas organizativos en el ámbito de las instituciones sanitarias, como con problemas de salud de los pacientes, siendo ambos grupos de problemas de características muy complejas y con soluciones que no son nada fáciles (Keenan, Cooke y Hilis, 1998).

La colaboración es un componente incondicional en la promoción y desarrollo de una cultura de ambientes de trabajo saludables en las organizaciones sanitarias. La ausencia de una colaboración adecuada contribuye habitualmente a la carencia de confianza entre los miembros y a equipos de trabajo fragmentados en los cuales los individuos son incapaces de trabajar juntos. La colaboración adecuada debe de ser visible a través de todos los niveles de la organización, percibiéndose desde el nivel de trabajo de la enfermera con el paciente y la familia a las enfermeras trabajando juntas o la enfermera y el médico y, por supuesto, la enfermera y cualquier otro individuo que lleve a cabo actividades de liderazgo o de gestión de enfermería en el ámbito de la organización. En ambientes de colaboración cada miembro del equipo contribuye a la obtención de las metas conjuntas, proporcionando el poder y el respeto a cada persona facilitándoles la palabra e integrando las diferencias individuales, resolviendo los conflictos de interés y salvaguardando las contribuciones esenciales que cada uno debe hacer en términos de obtener unos resultados adecuados en los pacientes (AACN, 2009).

Ulrich, Lavander, Hart y cols. (2006) desarrollaron un cuestionario para analizar la salud del medio de trabajo a nivel de la unidad y del conjunto de la organización. Los profesionales de enfermería que fueron sometidos al cuestionario dieron una score más alto en la valoración de sus propias unidades que cuando se les preguntaba sobre el conjunto de la organización. En este mismo trabajo se hicieron preguntas acerca de los niveles de colaboración entre los distintos grupos de profesionales obteniendo la mejor puntuación en términos de colaboración y comunicación las enfermeras cuando se puntuaban a sí mismas y, las menores puntuaciones cuando eran interrogadas acerca de la colaboración con los gestores y administradores, indicando asimismo que el respeto entre grupos, es uno de los elementos que componen la comunicación y la colaboración, puntuando en este concepto los mayores niveles de respeto entre las enfermeras cuando se les preguntaba acerca de la colaboración y comunicación entre ellas y obteniendo el menor nivel de respeto cuando se les interrogó acerca de la comunicación y colaboración con los administradores. El respeto mutuo es un elemento clave de las relaciones de colaboración efectivas a nivel interprofesional (Laschinger, Finegan, Shamian y cols., 2004). El respeto se relaciona con la satisfacción en el trabajo y su ausencia con los intentos de abandono (McGuire, Houser, Jarrer y cols., 2003; Laschinger, 2004).

El equipo de trabajo es un ingrediente esencial en los ambientes de trabajo saludables, constantemente asistimos a la publicación de estudios que ponen



de manifiesto la importancia de una clara comunicación en el desarrollo de relaciones positivas de trabajo entre todos los miembros de un equipo, la cual se conecta claramente con la mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes. Las relaciones entre los diferentes miembros del equipo se basan en el respeto mutuo, reconociendo que no se puede trabajar solo en el proceso de provisión de cuidados.

Las buenas relaciones de equipo afectan de una manera clara a la mortalidad, reduciéndola (Healy y McKay, 1999; Laschinger y Sabiston, 2000), en el momento actual hay un alta evidencia de que se obtienen mejores resultados con los pacientes cuando existe una buena relación y colaboración entre enfermeras y médicos (Baggs y Smith, 1988; Aiken Sloane y Solchasky, 1998). Bauman, Brien-Pallas, Armstrong-Stassen y cols. (2007) sugieren que los profesionales comprendidos en equipos multidisciplinares deberían de evitar los conflictos concentrándose en las necesidades de los pacientes más que en sus propios perfiles profesionales, dado que es inevitable que muchas de las veces se produzcan ciertos solapamientos entre las actividades que llevan a cabo.

La comunicación entre enfermeras y médicos fue el único factor asociado que de forma significativa afectaba a la mortalidad en los hospitales (Laschinger, Finegan, Shamian y cols., 2004). La mortalidad es uno de los diferentes elementos que en el medio hospitalario funciona como indicador predictivo en la variación de los resultados de los pacientes. En este caso, los problemas de comunicación e interrelación profesional incrementan la mortalidad de los pacientes. Según Laschinger, Finegan, Shamian y cols. (2004) la comunicación debería de ser uno de los elementos facilitadores, en la búsqueda de soluciones, pero en ocasiones ésta no fluye tal y como debería de fluir (Knaus, Droper, Wagner y cols., 1986). Los trabajos de Knaus, Droper, Wagner y cols. (1986) fueron uno de los primeros que mostraron la relación entre el nivel de coordinación en una unidad de cuidados intensivos y la efectividad del cuidado, a partir de este trabajo la comunicación inadecuada se cita de manera habitual como una de las causas en las que se enraíza los problemas y los eventos centinela.

En los trabajos de Donchin, Gopher, Olin y cols. (1995) se pone de manifiesto que los problemas de comunicación entre las enfermeras y los médicos fueron responsables del 37% de todos los errores. Aunque en la atención sanitaria y, por supuesto, en la calidad que se desprende de todas las actuaciones de cuidado participan otros profesionales de salud, condicionando los procesos

de comunicación con una estructura mucho más compleja, encontramos que la diada compuesta por la comunicación enfermera-médico es determinante y a pesar de su importancia no completamente comprendida.

Toda intervención dirigida a la mejora y el refuerzo de las características de los medios en los que se lleva a cabo la práctica sanitaria, puede y debe mejorar la comunicación entre las enfermeras y los médicos (Manojlovich, 2007). De acuerdo con Maxfield (2007) los hospitales son organizaciones basadas en el conocimiento y por tanto la comunicación es como la sabia de tal organización, lo cual es indicativo de que el desarrollo y mantenimiento de ambientes de trabajo saludables requiere la utilización de destrezas comunicativas. La AACN (2009) define las destrezas comunicativas como un diálogo “en dos direcciones en el cual las personas piensan y deciden juntas”, lo que plantea la necesidad de que las enfermeras sean excelentes comunicadoras al menos, al mismo nivel que son diestras en los aspectos clínicos. Toda organización que reconoce estos aspectos y que plantea las avenidas adecuadas para la integración de las destrezas comunicativas y clínicas, desarrolla procesos en los cuales es fácil promover y desarrollar ambientes de trabajo saludables.

A nivel internacional diferentes asociaciones de enfermería, considerando entre ellas a la ANA (American Nursing Association) y la American Association of Critical-Care Nurses (AACN) y la española Consejo General de Enfermería, han identificado la comunicación como una parte esencial de los estándares de la práctica, introduciendo este aspecto en sus respectivos códigos éticos, los cuales afirman que la enfermera debe de actuar con respeto en todas las relaciones llevadas a nivel profesional y añaden que la enfermera debe de participar en el establecimiento, mantenimiento y mejora de las condiciones de empleo, que tienen que estar y ser consistentes con los valores de la profesión a través de la acción individual y colectiva. En este sentido, tanto las asociaciones citadas, como muchas otras en diferentes países, ponen el énfasis en la necesidad de educar a los profesionales de enfermería en los conceptos y el desarrollo de las destrezas de comunicación, fundamentalmente, poniendo el énfasis en la importancia de la escucha como un elemento esencial y clave de esa comunicación. Estas ideas van en contra de lo habitualmente considerado en este campo ya que, tradicionalmente, se ha considerado a los estudiantes y posteriormente profesionales como buenos comunicadores.

Erróneamente se ha pensado que los estudiantes y nuevos titulados han sido capaces de comunicarse desde su infancia y han podido, por supuesto,



transferir ideas a otras personas, porque no iba a ser así con los pacientes, pero esto choca con la realidad. En términos prácticos los profesionales encuentran dificultades importantes a la hora de comunicarse con pacientes, sus propios compañeros y otros profesionales. El descubrimiento de la conexión entre diferentes factores en el medio de trabajo y la comunicación entre la enfermera y el médico, nos proporciona una visión acerca de como mejorar la percepción de enfermeras y médicos y actuar en las formas de comunicación que comparten. Proporcionar a las enfermeras más información, apoyo, recursos y oportunidades puede mejorar de forma fehaciente la comunicación con los médicos.

Las características de los hospitales magnéticos pueden funcionar como un buen referente para mejorar la comunicación entre las enfermeras y los médicos, sin dejar de lado la necesidad de involucrar a las enfermeras en todo aquello que tiene que ver con la gestión hospitalaria y en la necesidad de perfilar la atención que se proporciona desde un perfil basado en un modelo profesional de enfermería que afectará y condicionará la atención que se proporcione a pacientes a nivel de unidad, departamento u hospital. Esta situación nos abre un nuevo punto de estudio en el cual comenzar a trabajar, puesto que las relaciones a nivel organizativo en términos de comunicación entre las enfermeras y los médicos, es uno de los aspectos peor comprendidos en el ámbito de las instituciones sanitarias, lo cual podría ser uno de los elementos determinantes que podrían estar afectando incluso, otros diferentes aspectos organizativos.

Es necesario encuadrar al profesional de enfermería como parte fundamental del aparato administrativo de las instituciones sanitarias en términos de proceder a la aplicación de los mecanismos de gestión de manera adecuada. Las estructuras organizativas nos muestran exactamente cómo los centros sanitarios enfocan y establecen las estructuras de liderazgo y gestión, y quizás uno de los aspectos más importantes es que habitualmente requiere de procesos compartidos en tomas de decisiones, lo que nos induce a tener que pensar y preguntarnos acerca del tipo de comisiones y entidades que se han desarrollado para realizar esa toma de decisiones compartida, cómo son elegidos los miembros para participar y a qué nivel se va a producir el proceso de participación.

Los centros sanitarios deberían de establecer procedimientos de motivación y desarrollo de procesos de innovación para mejorar la provisión de cuidados de manera que se pudieran desarrollar modelos que demuestren y

proporcionen claramente la responsabilidad y autoridad de las enfermeras para proporcionar y coordinar los cuidados a los pacientes, Unos modelos que tendrían características específicas e individuales condicionadas por la estructura organizativa y los profesionales de enfermería que allí trabajan, un modelo que no necesariamente sería mejor que cualquier otro, sino que tendría características individuales que lo identificaran, un modelo que, por supuesto, tendría que fomentar altos niveles de participación de las enfermeras en el desarrollo, ejecución y evaluación de los cuidados.

Actualmente, los gestores de las instituciones sanitarias carecen en una amplia mayoría de las capacidades de comprensión de los perfiles y contenidos del trabajo de enfermería y cometen frecuentemente errores importantes en los procesos de cambio y reestructuración de la organización. Cambian habitualmente a las enfermeras de unos trabajos a otros sin tener en cuenta sus conocimientos especializados, un aspecto que incluso no se tiene en cuenta cuando se realizan anuncios para la contratación de estos profesionales lo que conduce a una pérdida del conocimiento disponible.

Podríamos plantear los estilos de gestión como un continuum y ubicar en un extremo el estilo participativo, en el que se permite que todos los profesionales y entre ellos las enfermeras participen, de tal manera que los gestores suelen preguntar y desarrollar procedimientos de retroalimentación acerca de cómo se proporcionan los cuidados a los pacientes, la práctica de enfermería y el ambiente de trabajo. En el otro extremo del continuum nos encontramos los procedimientos autoritarios, el orden y mando, que a pesar nuestro, en algunas ocasiones todavía se manifiestan, pero que en el momento actual se encuentran fuera de lugar. Esta esquematización de los estilos de gestión, nos informa de que no existe un estilo de liderazgo único, sino que es importante considerar que puede haber diferentes combinaciones de elementos que hagan que los liderazgos sean exitosos, pero es necesario poner de manifiesto que los mejores lugares de trabajo, buscan activamente la participación del personal. En este sentido, así como debería de ser una obligación de los gestores de enfermería desarrollar estilos de participación, los profesionales de enfermería de manera individual y colectiva deberían tratar influir en sus líderes para generar mecanismos en esta línea.

Cortez (1991) analizó los procedimientos de gestión, la productividad y la calidad de diferentes hospitales con el propósito de evidenciar la transcen-





dencia que tiene la gestión en el funcionamiento armónico de los centros hospitalarios. Un funcionamiento que hace necesario encuadrar al profesional de enfermería como parte fundamental del aparato administrativo de las instituciones sanitarias en términos de proceder a la aplicación de los mecanismos de gestión de manera adecuada.

Los diferentes niveles de gestión deben de cumplir, según Robbins (1998), los siguientes roles:

- Interpersonal, que va desde la selección de personal, la formación y, por supuesto, desde la motivación a la integración de los individuos en los equipos de gestión.
- Información, un aspecto esencial ya que para llevar a cabo la actividad todo trabajador, en el caso de los trabajadores de salud especialmente, debe de conocer los aspectos esenciales relacionados con la planificación y los objetivos.
- Decisión, tomando las decisiones adecuadas para tratar de mejorar el desempeño de la organización, en nuestro caso, de enfermería.

Las enfermeras comprometidas con sus organizaciones aparentemente han pasado a ser un elemento del pasado, al menos en parte, porque cada vez perciben un menor apoyo por parte de los empleadores, especialmente en situaciones de transformación organizativa en donde los jefes de enfermería o mandos intermedios proporcionan mucho menor apoyo emocional y consejo acerca de las actividades relacionadas con los pacientes o problemas relacionados con la unidad. Hay tres elementos principales que podrían incrementar la influencia de las enfermeras y consecuentemente su lealtad con el puesto de trabajo: el control sobre la actividad, el control sobre los diseños de los turnos de trabajo y el liderazgo enfermero.

Un fuerte liderazgo de enfermería es un componente clave de un ambiente de trabajo saludable, los gestores de enfermería y ejecutivos actúan apoyando y abogando por el personal de enfermería de manera que se pueda proporcionar los cuidados adecuados al paciente. Por ello, en cualquier organización sanitaria es clave que los directivos sean conocidos por todo el personal, toda enfermera debería conocer quiénes son los gestores en los diferentes niveles del personal de enfermería y conocer la visión profesional que de ésta deben de tener como enfermeros, al fin y al cabo, como gestores preocupados por la consecución de los objetivos.

Un fuerte liderazgo de enfermería debe mostrar evidencias constantemente y éstas deben de ser sentidas a pie de obra, o sea, alrededor de la cama de los pacientes. En la medida en que las enfermeras cuenten y desarrollen con posibilidades de actualizar los cuidados proporcionados y tengan voz en la organización de la institución, es pertinente desarrollar cómo llevarlos a cabo y establecer la forma en que se debe gestionar la participación de los demás profesionales. Es necesario, que todo nivel de administrador de enfermería se preocupe tanto por el funcionamiento, como por la consecución de los objetivos de la institución en la que se trabaja, ejerciendo y facilitando la participación del personal en todas las actividades de gestión y de manera especial, de aquellas enfermeras que participan en la atención directa, ya que sus conocimientos, experiencia, destrezas y desarrollo profesional serían aportaciones de un inmenso valor para el diseño de actuaciones y elementos de gestión.

Tradicionalmente se ha entendido que el apoyo social en el puesto de trabajo procede de los gestores supervisores y los propios colegas, y el apoyo cognitivo o educativo se obtiene de los mentores o tutores y de las políticas organizativas que ayudan con el desarrollo profesional y las carreras individuales (Levy, Sexton, Willeford y cols., 2009). El apoyo de los supervisores y los colegas reduce la presión laboral de tal manera que las enfermeras con supervisores que las apoyan permanecen comprometidas con el trabajo y aquéllas que sienten el apoyo de los departamentos de personal se sienten mucho más seguras en sus trabajos, más satisfechas con la cantidad de trabajo que deben resolver y las oportunidades de desarrollo profesional, así como una mayor satisfacción en el conjunto de la actividad laboral (Armstrong-Stassen, Keil, Cameron y cols., 1995; Armstrong-Stassen, Cameron, y Horsburgh, 1996), las buenas relaciones con los colegas, colaboradores y supervisores puede reducir los porcentajes de abandono laboral (Murray y Frisina, 1988).

Las organizaciones que se involucran en el desarrollo y obtención de líderes de enfermería competentes, tienen una gran ventaja en la retención de las enfermeras, de tal manera, que los individuos que habían planeado en alguna ocasión abandonar sus puestos de trabajo y que indicaron en algún momento que sus empleadores habían realizado alguna acción en su favor, para evitar su abandono, les había hecho reconsiderar este abandono e indicaron que el porcentaje más alto de estas acciones estuvo condicionado por un mejor liderazgo (Ulrich, Lavandero, Hart y cols., 2006: 56).



Shirey (2006) plantea que un ambiente de trabajo saludable es el resultado de un proceso psicológico de vinculación y compromiso de los empleados llevado a cabo por auténticos líderes, en este sentido los líderes de enfermería emprenden el diseño de los sistemas necesarios para incrementar y mantener de manera efectiva los estándares de un medio de trabajo saludable, en donde el papel de las organizaciones de atención sanitaria es el de facilitar los esfuerzos llevados a cabo por las enfermeras en posiciones organizativas de liderazgo (AACN, 2009). Por otra parte, los líderes deben comprometerse con la formación del personal, en donde la formación continuada es un elemento esencial de lucha contra la obsolescencia y el mantenimiento de la competencia para el desarrollo profesional a nivel individual.

La formación continuada es un elemento esencial y un contribuyente fundamental para el desarrollo profesional y la retención de las enfermeras. Indudablemente, todos los procesos de formación continuada pueden ser considerados procesos de recertificación o de certificación adicional y proporcionan beneficios a los pacientes y a las organizaciones sanitarias, mejorando la calidad del cuidado, la satisfacción y la retención del personal, tal y como así lo atestigua el estudio llevado a cabo por Cary en 2001. Las enfermeras a través de los procesos de certificación de la formación continuada incrementan la confianza, la competencia, la credibilidad y el control de tal manera que las enfermeras que obtienen formaciones adicionales son más rápidas en reconocer los problemas y generan soluciones a tiempo. Esto hace que sea menos probable que puedan cometer errores. La capacitación de las enfermeras para elevar sus niveles de conocimientos y destrezas contribuye a la creación de una atmósfera que se alinea completamente con criterios de provisión de personal adecuados. En muchos casos, las enfermeras reciben apoyo financiero para la obtención de sus certificaciones adicionales así como la mejora y progreso en los niveles clínicos, lo cual en base a las carreras promocionales de las distintas instituciones muchas de las veces comportan recompensas económicas adicionales tanto a nivel salarial como la obtención y promoción a nuevos niveles clínicos.

Las enfermeras que tienen supervisores que llevan a cabo, y fomentan, el apoyo mutuo entre todo el personal que componen las unidades y/o departamentos se sienten menos inseguras y más satisfechas, con la carga de trabajo y las oportunidades de desarrollo profesional y una mayor satisfacción de conjunto. Las buenas relaciones con otros trabajadores y con los supervisores pue-

de incluso reducir el abandono del trabajo. Una situación que debe ser tratada y considerada desde la formación básica, teniendo en cuenta que la docencia en el ámbito de la enfermería es una actividad a desarrollar en cada momento durante toda nuestra vida profesional, dirigiéndonos a estudiantes de enfermería, colegas, pacientes y su familia.

Las actividades docentes se deben de apoyar y animar en las organizaciones que pretendan obtener ambientes de trabajo saludables, proporcionando apoyo y asistencia en este ámbito a las enfermeras, a través de la inclusión en las descripciones del puesto de trabajo de las actividades docentes que tienen que llevar a cabo y las correspondientes recompensas en su carrera profesional y oportunidad de desarrollo. Es necesario prestar una especial atención al momento en que se produzca la incorporación de nuevos profesionales en las instituciones sanitarias, un momento de transición de estudiante a profesional, el cual se debe de llevar a cabo de una forma suave, que permita a la institución asistir y apoyarlo en todo momento durante esta situación crítica, por lo tanto aprovechamos la ocasión para abogar y demorar el desarrollo de procesos de integración de los puestos de trabajo de los nuevos titulados a través de procesos docentes que impidan la exigencia de responsabilidad inmediata y el trato de estos nuevos profesionales como supernumerarios en las organizaciones durante períodos que se deberían de estimar en función de la complejidad de las unidades.

Es imposible no estar de acuerdo en que los sentimientos acerca de la actividad que se lleva a cabo y la evaluación que se puede realizar, de ésta, por distintos individuos, puede plantear diferencias importantes. Así como tampoco se debe olvidar tal y como sugiere Siegrist (1996) en el desarrollo de su modelo de esfuerzo/recompensa, que cuando los trabajadores perciben un desbalance entre los esfuerzos que ellos realizan, en su trabajo y las recompensas que reciben, se presentan reacciones que pueden ser en algún caso patológicas, a nivel físico y emocional.

Las recompensas que se ofrecen a las enfermeras habitualmente pueden tener que ver con dinero, lo que es interesante, pero fundamentalmente las recompensas que en la mayoría de las ocasiones funcionan más adecuadamente tiene que ver con las razones de nuestro estudio, que son: el reconocimiento, el control sobre la práctica, la adquisición de responsabilidades y, por supuesto, imbuido de todos estos elementos, las oportunidades para el desarrollo personal y profesional.



La literatura en el ámbito de la remuneración apoya de manera clara la relación entre la satisfacción de las enfermeras con su salario y la satisfacción de éstas con el conjunto del trabajo sugiere que el dinero sólo se convierte en uno de los principales elementos de satisfacción en ausencia de otros elementos (Lum, Kervin, Clark y cols., 1998; Lamarche y Teullai-McGuinness, 2009). No obstante, es tradicional en el ámbito de la enfermería la existencia de una queja constante a cerca del salario que reciben, incluso cuando este salario es significativamente superior al que se pueda percibir en otros ámbitos productivos.

La relación responsabilidad, cantidad de trabajo y sobrecarga emocional, muchas de las veces no tienen la correspondiente ni la adecuada remuneración económica, lo que puede conducirnos a preguntarnos las causas por las que, incluso en estas situaciones, las enfermeras llevan a cabo su trabajo. Esta podría ser una de las causas, posiblemente, latentes en los procesos de abandono que se están llevando en los sistemas sanitarios de muchos países y que hacen que porcentajes muy altos de profesionales de enfermería, a pesar de que las remuneraciones no sean adecuadas, continúen haciendo prevalecer su implicación vocacional para resolver todas las situaciones que esto comporta.

En esta línea es necesario hacer mención de la situación en la que se encuentra una parte importante del personal del sistema sanitario realizando sustituciones temporales o contratos a corto plazo para resolver la situación de déficit de personal del sistema sanitario. Esto revierte en una situación de inseguridad laboral e inseguridad en el puesto de trabajo provocando un alto nivel de rotación de profesionales que redundan en una disminución de la seguridad de los pacientes y, por supuesto, en la pérdida de control sobre la actividad que se desempeña y la autonomía profesional. En los últimos años se ha procedido a realizar análisis salariales comparando el salario percibido por las enfermeras con otros grupos profesionales de idéntico nivel formativo. Por ejemplo, en el año 2001, se procedió a comparar los salarios de las enfermeras en hospitales e instituciones abiertas de la Generalitat Valenciana con otros colectivos del grupo B, entre ellos los profesores de primaria, secundaria y formación profesional o los Técnicos de Gestión Administrativa. Se tomó como referencia el salario de las enfermeras (Base 100) y se comparó con el de los profesionales enunciados anteriormente y se observaron diferencias de hasta un 67.5% superiores y favorables a estos últimos profesionales (López y Tortosa, 2001: 16-17). Durante el año 2002, se procedió a realizar la misma comparación con los cuerpos de seguridad del estado, cuyas condiciones de ingreso no requieren

de titulación universitaria alguna y para los que basta con el graduado escolar o un certificado de haber superado la educación secundaria obligatoria. El autor volvió a tomar de nuevo el salario de las enfermeras como Base 100 y encontró diferencias de hasta un 28.23%, a favor de los colectivos de seguridad del estado (López, 2002:15-16). Las conclusiones a las que se llegaron nos llevan a pensar que en términos salariales los profesionales de enfermería están discriminados percibiendo porcentajes menores de salario a igual categoría.

Si la profesión de enfermería debe de ser viable a corto plazo, su estatus debe ser reforzado y el bienestar de las enfermeras mejorado. Las enfermeras son una parte muy importante de capital humano de las instituciones sanitarias, y es decisivo invertir en su situación laboral, ya que en definitiva, y tal como hemos afirmado en otras partes de este escrito, el bienestar de los pacientes, depende en última instancia de la excelencia en el trabajo de las enfermeras.

Podríamos considerar que la enfermería falla en la atracción y retención de nuevos profesionales, pero esto, aunque en esencia es una idea correcta, no es un problema en el que las enfermeras tengan ni toda la culpa, ni puedan actuar directamente en términos de solución del problema. Nos encontramos que, mayoritariamente, las enfermeras son contratadas por servicios públicos y privados de salud, los cuales son los que necesariamente deberían de proceder junto con el apoyo de los distintos grupos profesionales a generar los elementos de atracción y retención necesarios. Se reconoce a nivel internacional que el estatus de la profesión de enfermería debe de cambiar, fundamentalmente, porque la forma en que los sistemas sanitarios están utilizando el conjunto de la fuerza de trabajo de enfermería, actualmente, ofrece beneficios limitados y muchos retos.

La viabilidad de la profesión de enfermería, y el bienestar de las enfermeras, depende de un crucial cambio cultural en el valor que se otorga a las enfermeras, y a la profesión de enfermería, y de la realización de cambios estructurales que permitan a las enfermeras participar de una forma decisiva y en mayor medida en el sistema de salud. Los cambios necesarios necesitan comenzar por la ubicación de las enfermeras en todos los niveles de toma de decisiones de las estructuras jerárquicas de las instituciones sanitarias, por supuesto, no sólo como meros asesores, tal y como ha venido siendo en el Ministerio de Sanidad o la Conselleria de Sanitat en la Comunidad Valenciana, sino con capacidad ejecutiva que les permita controlar su actividad, asegurar



el trabajo y distribuir y asegurar fondos y recursos que lo apoyen. Una de las expresiones prácticas de estos puntos es permitir que la enfermería decida y desarrolle sistemas de medida y provisión de personal de manera adecuada.

En términos de realizar la medición del número de enfermeras que se necesita para proporcionar cuidados directos o indirectos a un paciente diariamente y proporcionar una aproximación a las plantillas necesarias, se ha utilizado un amplio conjunto de metodologías que van desde los cálculos a través de la utilización de cronómetros en la medición del desempeño de las acciones de enfermería hasta sistemas de evaluación que diferencian entre los distintos tipos de unidad (Camaño y Forero, 2000a y b).

La valoración de los puestos de trabajo individualmente y, por tanto, la necesidad de enfermeras determinada por las prácticas, para la contratación y el establecimiento de los criterios de demanda de las enfermeras, no es una medida adecuada en términos de reflejar las necesidades de personal de enfermería (Shullamberger, 2000; Unruh, 2002b). Los hospitales habitualmente utilizan sistemas de cálculo de plantillas utilizando sistemas comerciales o desarrollándolos de manera específica basados, fundamentalmente, en la situación de gravedad de los pacientes (Seago, Ash, Spetz y cols., 2001). Sin embargo, si se realiza la comparación tal y como la recoge Kindaron y cols. (2005) de las horas estimadas necesitadas por paciente varían hasta cerca del doble dependiendo del sistema de clasificación de pacientes utilizado. Estos hallazgos implican que el número de personal presupuestado puede variar de forma muy amplia con pacientes similares dependiendo del tipo de sistema utilizado. A esto hay que añadir diversos factores que relacionados con la organización hospitalaria, pueden afectar también la percepción de necesidades de enfermeras y los cuales incluyen al personal desde los niveles expertos a los niveles auxiliares, la disponibilidad de médicos, la intensidad del trabajo y el personal de apoyo, desde una perspectiva física y por supuesto de las características del trabajo de la unidad (Seago, Ash, Spetz y cols., 2001).

En los últimos tiempos los índices de rotación de camas hospitalarias han disminuido en términos de duración media de la estancia, lo cual ha resultado en un incremento de la media de la gravedad de los pacientes y el incremento del número de pacientes para admitir y dar de alta por turno. Las enfermeras gestoras y el personal de enfermería y los pacientes pueden percibir un incremento de la necesidad de enfermeras relacionados con todos estos cambios.

Fundamentalmente, en base a elementos de percepción subjetiva relacionados con la práctica diaria, lo que en cierta manera puede estar diciéndonos que las medidas estáticas que se realizan de forma sincrónica en un momento en el tiempo, pueden informar de manera adecuada acerca de las necesidades reales del personal de enfermería. Dado lo explicado anteriormente, las medidas que se tengan que llevar a cabo, relacionadas con la fuerza de enfermería y su adecuación a las necesidades de los pacientes, independientemente del método que utilizáramos, debería de proporcionarnos cantidades similares.

En la literatura podemos encontrar múltiples argumentos que apoyan, tal y como hacen Welton, Unruh y Halloran (2006), que cuando los pacientes en una unidad requieren de niveles de cuidados similares, se puede predecir de una forma clara el nivel de cuidados de enfermería y, por tanto, del personal que necesitamos. Una cuestión que ha sido la base para el diseño de diferentes sistemas de cálculo de costos en distintos sistemas sanitarios: pacientes con un nivel de isoconsumo similar determinan costos similares. Sin embargo, cuando las necesidades de los pacientes varían de manera significativa, lo cual se está convirtiendo cada día en más habitual, el establecimiento del nivel de personal necesario, así como predecir las necesidades de cuidados, es mucho más difícil. Los cuidados de enfermería requeridos por los pacientes en el momento actual son variables y complejos y, por tanto, no va a existir ninguna solución que sea suficiente para cada uno de los casos. Por tanto, el establecimiento de regulaciones fijas respecto al personal en las unidades puede introducir rigideces en el sistema que pueden conducir a dificultades en los desempeños (Cummings, Hayduk, Estabrooks y cols., 2006).

La provisión de personal adecuada a las características de los pacientes de las unidades es un factor clave en el desarrollo de medios de trabajo saludables y, por supuesto, de la obtención de resultados positivos con los pacientes (Aiken, Smith y Lake, 1994; Aiken Clarke, Sloane y cols., 2002; Needleman, Buerhaus, Mattke y cols., 2002) La provisión de personal apropiado y en número suficiente es mucho más que el ratio paciente/enfermera al que estamos habituados, éste incluye además la mezcla de destrezas necesarias. Desde distintas organizaciones, entre ellas la AACN, los estándares relativos a la consecución de un medio de trabajo saludable establecen que la provisión de personal debe asegurar el efectivo nivel de competencias de enfermería en relación con las necesidades de los pacientes (AACN, 2009). La obtención de una apropiada mezcla de personal se lleva a cabo reconociendo las condi-





ciones y características de las enfermeras que permanecen al lado de la cama proporcionando los adecuados cuidados clínicos a los pacientes. Un proceso de reconocimiento que las conduzca y las haga progresar desde las posiciones de novicia a la de experta, hace de esta manera que las enfermeras se sientan apoyadas y reconocidas para mejorar su conjunto de habilidades clínicas. Es imprescindible que como punto de partida las enfermeras posean la educación adecuada, los conocimientos y las destrezas para proporcionar, desde una perspectiva de enfermera generalista, cuidados a distintos tipos de pacientes, elementos que son obtenidos a través de la formación adquirida en diferentes unidades, tal y como ocurre en la formación básica, lo que facilita que las enfermeras obtengan un conjunto de destrezas que puedan ser las requeridas por múltiples pacientes de tipo generalista.

Las dificultades para proveer personal de enfermería en número suficiente son debidas en parte al ambiente de trabajo que quema y desanima a las enfermeras con experiencia y a los nuevos profesionales, pero el ambiente puede ser cambiado. El nivel de satisfacción de trabajo en el personal de enfermería ha demostrado ser un poderoso determinante de la satisfacción de los pacientes. La satisfacción mejora con la definición de cargas de trabajo adecuadas y manejables y cuando los profesionales realizan un adecuado balance entre trabajo y vida privada.

Las enfermeras estresadas y vulnerables al daño tienen mayores tasas de absentismo y discapacidad que en cualquier otra profesión, una situación que afecta a los cuidados proporcionados a los pacientes, y plantea importantes dificultades en la planificación y el costo de los sistemas de salud. El incremento de las cargas de trabajo de las enfermeras en las instituciones sanitarias tiene de manera inmediata una mejora en los elementos o criterios de productividad, pero a largo plazo incrementa los costos. Las enfermeras con altas cargas de trabajo estresadas y enfermas pueden llevar a cabo juicios clínicos inadecuados y reducir la productividad hasta niveles en que tal y como hemos visto pueden dañar a los pacientes. El desarrollo de procesos de delegación en auxiliares y personal administrativo puede hacer que las enfermeras reduzcan su nivel de estrés y se puedan concentrar de una forma más adecuada en sus pacientes.

El mantenimiento del personal en las instituciones sanitarias es mucho más sencillo en todos aquellos ámbitos en los que se plantea un trabajo menos estresante, se tienen buenas relaciones entre los distintos miembros del equipo

y la organización considera y respeta a los trabajadores en el lugar de trabajo, esto funciona de manera tal que beneficia ampliamente a los pacientes y puede, incluso, reducir la mortalidad. La reducción del abandono de personal y permitir a las enfermeras llevar a cabo una práctica independiente en ámbitos cooperativos puede mejorar el clima laboral.

Las enfermeras pueden encontrar significado a su trabajo cuando el cuidado de los pacientes se lleva a cabo a través de procesos y metodologías que se alinean con la filosofía y los principios profesionales. Las enfermeras como miembros de una profesión regulada y con estándares establecidos a nivel académico y por las organizaciones científicas son adiestradas desde una perspectiva de guías de práctica clínica. Sin embargo, la percepción de los diferentes roles que los profesionales de enfermería deben de llevar a cabo se adquieren durante la formación en los lugares de práctica a través de la interacción con sus futuros colegas y tutores. Estos procesos de socialización desarrollan en las enfermeras los estándares profesionales y de cuidado, entre los que se incluye habitualmente una filosofía del cuidado, y de su trabajo, que adquiere su máxima significación cuando son capaces de atender todos los aspectos de la salud de los pacientes. En la actualidad, este modelo está constantemente siendo retado en las instituciones sanitarias, en donde los modelos de cuidado a menudo adoptan un lugar secundario debido a la orientación del modelo de asistencia sanitaria hacia el diagnóstico y tratamiento médico. Instituciones en las que si combinamos la identificación del modelo de actuación de enfermería como no prioritario con altas cargas de trabajo para las enfermeras, se produce como resultado que solamente tienen tiempo para llevar a cabo las tareas relacionadas con las necesidades más básicas de los pacientes. En esta situación, las enfermeras niegan a los pacientes los cuidados que les son necesarios a todos los niveles y devienen rápidamente en sentirse culpables y desanimadas.

La definición de los roles profesionales es un requisito imprescindible para el establecimiento del control sobre la actividad práctica de enfermería. Las nuevas tecnologías y los cambios organizativos han creado un cierto nivel de confusión entre lo que las enfermeras pueden o deberían de hacer y los cambios que se están introduciendo en las propias infraestructuras sanitarias. Esta situación causa tensión en los equipos de enfermería incluyendo, por supuesto, a todos aquellos individuos que conforman este equipo desde una perspectiva auxiliar haciéndolos menos eficientes. El control sobre la práctica, la libertad para actuar de manera independiente, aplicando el amplio conjunto de



conocimientos adquiridos y desarrollados con la experiencia y la adquisición de nuevos niveles educativos, está relacionado de manera importante con la satisfacción en el trabajo (Weston, 2010). Hay una amplia evidencia de que la provisión de una mayor capacidad de toma de decisiones, tal y como está también demostrado en otros ámbitos no necesariamente de salud, disminuye el abandono de enfermería (Wagner, 2002).

Cuando las enfermeras se encuentran limitadas en sus capacidades y en la toma de decisiones acerca de los cuidados sobre los pacientes, consideran que su experiencia y conocimientos no se valoran, lo cual se transforma en una menor afiliación a la empresa. Las enfermeras tienen mucho qué decir acerca de todos los aspectos de los cuidados de la salud de los pacientes, especialmente, en todo aquello que tiene que ver con la práctica de su actividad de cuidado e incluyendo la actuación como consejeras de los pacientes.

Los profesionales de enfermería se comportan y actúan como cualquier grupo profesional, tratando de llevar a cabo su actividad con total autonomía y control sobre la práctica de su profesión. El concepto de autonomía se refiere a la capacidad de actuar de acuerdo con el conocimiento que se posee y nuestro propio juicio, proporcionando los cuidados de enfermería dentro del amplio abanico de la práctica tal y como viene definido por las normas establecidas por los organismos profesionales los cuales actúan animando constantemente y esperan obtener de los profesionales la aplicación de su mejor conocimiento experto y proporcionan los mejores cuidados a los pacientes (Camaño, 2005). Freidson (1998) ha planteado una idea de autonomía para las enfermeras que siempre se describe en términos de práctica clínica, para los sociólogos autonomía es el derecho de una profesión a controlar su propio trabajo, libre de las influencias o los condicionamientos en términos de poder de otros. Los profesionales de enfermería vinculan el concepto de autonomía con actuaciones relacionadas con los pacientes, fundamentalmente, a nivel individual y olvidan que están inmersos en un ambiente complejo que necesita ser analizado y tenido en cuenta a la hora de organizar, tomar decisiones y llevarlas a cabo. Por otra parte, cuando analizamos el concepto desde la perspectiva de los sociólogos en el cual se incluye la palabra libertad, o sea, actuación sin correpisas, incluye la toma independiente de decisiones incluso de todos aquellos elementos que tienen que ver con la organización del trabajo, con respecto a otros y la aplicación racional e independiente de su cuerpo de conocimientos y de sus actuaciones.

El control sobre la práctica de enfermería, por tanto, podríamos decir que se refiere a la capacidad de las enfermeras para proveer y desarrollar la forma y estructura organizacional de los correspondientes departamentos de enfermería así como para el establecimiento de las prácticas y políticas relacionadas con el cuidado de enfermería (Weston, 2008). Las enfermeras con un alto nivel de control sobre su práctica tienen la oportunidad y la responsabilidad de introducir y proporcionar la mejor toma de decisiones relacionada con esa práctica, incluyendo políticas y temas de personal que puedan afectar en algún momento al contexto en donde se proporcionan y se llevan a cabo los cuidados. Ambos conceptos, tanto autonomía como control sobre la práctica, han sido considerados desde los primeros momentos en que surge el interés por el análisis de ambientes saludables, como variables a analizar y explicar en el caso para su obtención. Encontrándose también una relación directa con la satisfacción en el trabajo y la retención de las enfermeras por parte de los centros sanitarios (Kremer y Schmalenberg, 2004). Adicionalmente los diferentes análisis realizados han mostrado un incremento del respeto, el estatus y el reconocimiento para las enfermeras (Hinsaw, 2002), así como un bajo abandono del puesto de trabajo y menos comportamientos de burnout. Estos hallazgos acerca de autonomía, control sobre la práctica y la satisfacción de los empleados, son consistentes con los hallazgos en la investigación en otros ámbitos laborables (Sagie, 1994; Cotton, Vollrath, Froggatt y cols., 1998), así como la literatura relacionada con gestión nos muestra que la participación en toma de decisiones se ha mostrado como positiva en la satisfacción en el trabajo (Black y Gregersen, 1997).

El Institute of Medicine (2004) ha encontrado que los ambientes de trabajo saludables y el control de la práctica por parte de las enfermeras mejoran los resultados obtenidos y aumentan la seguridad de los pacientes, reduciéndose la mortalidad (Aiken, Clark, Sloane y cols., 2008). Las estrategias descritas para mejorar y desarrollar la autonomía de las enfermeras se basan en mejorar las estructuras de toma de decisiones autónomas proporcionando apoyo e incrementando el conocimiento y experiencia de las enfermeras.

Esta fuerza se dirige a la capacidad de las enfermeras para valorar las necesidades de los pacientes y proporcionar cuidados basados en la competencia, el conocimiento profesional y su experiencia. La obtención de este objetivo requiere de procedimientos en el ámbito de las organizaciones que guíen la práctica de la enfermería basada en los estándares nacionales. Por lo tanto,



es esencial para las enfermeras tener acceso a los últimos avances publicados en la literatura, a través del acceso a bibliotecas, fuentes bibliográficas y fundamentalmente Internet. Estos recursos proporcionan un plus adicional en el desarrollo y mantenimiento de la competencia, son esenciales para proporcionar cuidados a nivel de la clínica individual y como miembro de un equipo interdisciplinario.

La docencia en el ámbito de la enfermería es una actividad a desarrollar en cada momento durante toda nuestra vida profesional, dirigiéndonos a estudiantes de enfermería, colegas, pacientes y su familia. Las actividades docentes se deben de apoyar y animar en las organizaciones que pretendan obtener ambientes de trabajo saludables, proporcionando apoyo y asistencia en este ámbito a las enfermeras a través de la inclusión en sus descripciones de puesto de trabajo, de las actividades docentes que tienen que llevar a cabo y las correspondientes recompensas en su carrera profesional y oportunidades de desarrollo. Es necesario prestar una especial atención al momento en que se produzca la incorporación de nuevos profesionales en las instituciones sanitarias, es necesario prestar una especial atención a este momento para llevar a cabo la transición del estudiante a profesional de una forma suave que permita a la institución asistir y apoyarlo en todo momento durante esta situación crítica, por lo tanto aprovechamos la ocasión para abogar y demorar el desarrollo de procesos de integración de los puestos de trabajo de los nuevos titulados a través de procesos docentes que impidan la exigencia de responsabilidad inmediata y el trato de estos nuevos profesionales como supernumerarios en las organizaciones durante períodos que se deberían de estimar en función de la complejidad de las unidades.

El estudio del clima laboral y el trabajo de enfermería debe de ser llevado a cabo teniendo en cuenta cuál es el resultado final de las acciones en términos de resultados de los pacientes, como en todo trabajo independientemente del análisis de los procesos hay que observar en términos de definición de calidad el resultado final (Ingersoll, 1998). En la actualidad, podemos encontrar cada vez más literatura que conecta y proporciona evidencia acerca de los resultados en los pacientes que son sensibles a las actuaciones de enfermería.

Las enfermeras son el grupo de profesionales sanitarios más directamente involucradas con los pacientes, responsables de la monitorización y valoración clínica de los cambios, intervenir en todos los momentos en que sea necesario

y de comunicar cambios en la situación para asegurar intervenciones adecuadas y establecer con ello la coordinación del cuidado. Benner (1984: 136-137) escribió que las enfermeras ocupan una posición básica, y a la vez única, en los procesos sanitarios, la detección y prevención de errores. En este sentido describe que una de las características de la formación de enfermería es el desarrollo de una observación orientada en base a claves sensibles, que les permitan detectar los errores potenciales. Un comportamiento que identifica a la enfermera interesada y comprometida con su trabajo. Por otra parte, describe situaciones en las que los profesionales de enfermería pueden ser superados por la presión del trabajo, propiciando una situación en la que enfermeras solo alcanzan a satisfacer determinados aspectos superficiales del trabajo. Esto les impide detectar los cambios sutiles que pueden deteriorar la salud de los pacientes o, en su caso, los posibles errores médicos.

La American Association of Critical-Care Nurses (AACN) reconoce la sinergia entre el desarrollo de ambientes de trabajo saludables y el progreso y avance de la enfermería a pie de cama, lo cual contribuye al desarrollo de ambientes positivos de trabajo en los cuales “las enfermeras de agudos y críticos pueden hacer sus óptimas contribuciones” (AACN, 2009). El clima de trabajo en el cual las enfermeras proporcionan cuidados a los pacientes puede determinar de forma clara tanto la calidad como la seguridad del cuidado proporcionado.

La profesión de enfermería es el más amplio grupo de profesionales sanitarios que debe de aplicar sin ningún tipo de cortapisas su conocimiento, destrezas y experiencia de cuidado a las necesidades cambiantes de los pacientes. Una de las partes más importantes de las demandas de atención de los pacientes tiene que ser resuelta a través del conocimiento y las acciones de las enfermeras. Cuando los cuidados de enfermería se llevan a cabo por debajo de los estándares establecidos, lo cual se puede producir en base a múltiples causas que pueden ir desde déficit en la satisfacción de las necesidades de personal, a dificultades de acceso a las infraestructuras técnicas e incluso carencia de políticas y estándares apropiados, lo que hace que en muchas ocasiones el personal de enfermería cargue con mucha más responsabilidad de la que deben. Este conjunto de puntos dibuja un panorama en el que se debería poner el énfasis en la mejora de los aspectos a los sistemas que capaciten a las enfermeras, a través de la previsión de los recursos necesarios para proporcionar los adecuados cuidados de salud y asegurar que los pacientes se beneficien de la seguridad y la calidad del cuidado.



El Instituto de Medicina de los Estados Unidos (Apsden, 2004; Adler y Goman, 1952), considera la seguridad de los pacientes “indistinguible de lo que son la provisión de unos cuidados de salud de calidad”. Hartleh (2003) plantea una definición abstracta de calidad que es considerada como “un balance óptimo entre las posibilidades de atención y un marco de normas y valores”. Esta definición refleja el hecho de que calidad es una abstracción, que refleja una entidad discreta que no existe, en donde se construye el concepto basándose en una interacción entre los actores relevantes, los cuales acuerdan determinados estándares (normas y valores) y componentes (las posibilidades).

La definición de seguridad de los pacientes ha surgido del movimiento por la calidad de los cuidados de salud que es igualmente abstracto. Esta perspectiva tiene diferentes enfoques, desde lo más concreto a los componentes más esenciales y utiliza una nueva aproximación determinada por el Institute of Medicine que lo plantea como “la prevención del daño a los pacientes” (2001). Ni qué decir tiene que el énfasis, en este caso, se pone en todo aquello que tiene que ver con el sistema de provisión de cuidados de salud, en la prevención de los errores de los cuales se debe de aprender y, por supuesto, en la construcción de una cultura de seguridad que involucre de manera equivalente tanto a los profesionales de salud, como a las organizaciones o los pacientes. La definición de prevención del daño se incorpora en el glosario de la American Health Research Quality como “ausencia de daños producidos de manera accidental o prevenibles en relación con el cuidado sanitario”.

El personal de enfermería desea proporcionar los más altos niveles de cuidados, lo que incluye no solamente preocuparse por cómo llevar a cabo los procesos de actuación si no en que se enfoque toda esta actuación desde una perspectiva de seguridad de los pacientes (Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations, 2010). Las organizaciones que consiguen los mejores resultados promueven una cultura de seguridad que capacita al personal para informar de los peligros y prácticas inseguras, sin miedo al castigo, esto implica que en algunos momentos se desarrollen líneas telefónicas atendidas permanentemente en las que se preserva el anonimato del que llama y a través de las cuales se pueda proceder a realizar mediante diferentes mecanismos el informe sobre peligros y prácticas inseguras. Por otra parte este tipo de organizaciones orientadas hacia la calidad del cuidado manejan constantemente procedimientos que fomentan el uso de materiales de equipo que minimizan las posibilidades de daño tanto al paciente como al personal en todos aquellos aspectos relacionados con movimiento de los pacientes.

El clima de trabajo, en el cual las enfermeras proporcionan cuidados a los pacientes, puede determinar de forma clara, tanto la calidad como, la seguridad del cuidado proporcionado. El clima laboral es un factor básico para la retención de enfermeras y está convirtiéndose en uno de los más importantes en la explicación y predicción en términos de resultados los pacientes en función de su problema de salud. Se plantea, por tanto, la necesidad de cambios de tipo en la previsión de la organización a todos los niveles en las instituciones sanitarias, en las que el profesional de enfermería debe estar capacitado para ejercer el liderazgo de sus correspondientes equipos de enfermería, e integrarlo, y en consecuencia, para la toma de decisiones en cualquiera de las áreas de su desempeño profesional. Debe de promover acciones a través de la toma de decisiones, para propiciar y mantener las condiciones del liderazgo, entre los profesionales de enfermería que en esencia son los ejecutores de la mayoría de la actividad en la institución sanitaria.

Shirey (2006) describió los ambientes de trabajo saludables como ambientes que ‘apoyan al conjunto del ser humano’, ‘enfocados al paciente’ y ‘lugares de trabajo alegres’, estas descripciones coinciden con las corrientes generales establecidas en el mundo de la enfermería desde los tiempos de Nigehingale: una autora que reconoció la importancia de los ambientes saludables sobre el paciente en su libro *Notes on nursing* (1860), en esta línea el círculo se cierra puesto que autores como Shirey (2006) han demostrado que los ambientes de trabajo saludables tienen un impacto de mejora sobre la díada del cuidado, la enfermera y el paciente, incrementando la satisfacción en la primera y mejorando los resultados en el segundo.

El Consejo Internacional de Enfermería lanzó la campaña de promoción de ambientes de práctica positiva reconociendo su impacto en el bienestar de los empleados, la productividad, la retención y los resultados (CIE, 2007). La AACN (2005) desarrolló seis estándares para el establecer y sostener ambientes de trabajo saludables, estándares que debían de ser desarrollados de manera conjunta si se pretendía obtener los resultados:

- 1. Comunicación.** Las enfermeras deben actuar con un alto nivel de destreza en términos comunicativos al menos al mismo nivel en el que son diestras en la actividad clínica.
- 2. Colaboración.** Las enfermeras deben de actuar de manera persuasiva en la persecución y el fomento de auténtica colaboración.





3. **Toma de decisiones efectiva.** Las enfermeras deben de ser socias valiosas y comprometidas en la realización de políticas, dirigiendo y evaluando los cuidados clínicos y conduciendo las operaciones organizativas.
4. **Personal apropiado.** El personal debe de asegurar una satisfacción efectiva de las necesidades de los pacientes a través del concurso del adecuado grado de competencias de enfermería.
5. **Reconocimiento significativo.** Las enfermeras deben de ser reconocidas y reconocer a otros por el valor que cada uno proporciona al trabajo de la organización.
6. **Liderazgo auténtico.** Los líderes de enfermería deben adoptar completamente los imperativos de un ambiente de trabajo saludable, vivirlo auténticamente y comprometer a otros y en su obtención.

Los ambientes de trabajo saludables son ambientes de capacitación sanadora que han sido correlacionados en términos de compromiso entre los empleados y las organizaciones. Estos ambientes se caracterizan por un alto nivel de confianza entre empleados y gestores, en el cual los empleados se tratan entre ellos de una manera respetuosa, al tiempo podemos encontrar características de una cultura organizativa que apoya la comunicación diestra y la colaboración y en donde el clima es sentido por los empleados a nivel emocional y físico como seguro (Shirey, 2006), en este sentido un ambiente de trabajo saludable puede ser conceptualizado como un ambiente de práctica profesional en el cual los empleados son comunicadores diestros y las interacciones cara a cara son consideradas positivas y consistentes con los mandatos profesionales y éticos, y en donde todo el mundo tiene un compromiso para la obtención de un ambiente de trabajo saludable que se convierte en un imperativo organizativo.

La satisfacción en el trabajo tiene que ver con la forma en la que los individuos se sienten acerca del trabajo que desempeñan. McGillis Hall (2003) procedió a analizar la satisfacción de las enfermeras a través de sus conductas en el trabajo: intentos de abandono, estrés laboral, compromiso con la organización, la turnicidad y, por supuesto, el nivel de burnout, esta autora también identifica diferentes características que afectan a la satisfacción al trabajo, tales como: el salario, la afiliación al grupo, los niveles de comunicación, la participación, el control sobre su práctica clínica, la autonomía, el apoyo por parte de los gestores y líderes y las oportunidades educativas. Otros factores que

afectan a la satisfacción laboral en la práctica clínica incluyen un ambiente de práctica inmerso en una cultura organizativa basada en el apoyo, disponibilidad y fácil acceso a recursos, niveles de personal adecuados para resolver las demandas de pacientes agudos y, en última instancia, la posibilidad de influir en la toma de decisiones a todos los niveles. Geiger-Brown, Trinkoff, Nielsen y cols. (2004) procedieron a estudiar la participación y los aspectos relativos al ambiente de trabajo, a la salud y al bienestar de las enfermeras utilizando metodologías cualitativas. Entre las principales conclusiones obtenidas fue la dificultad de las enfermeras para controlar sus propias condiciones de trabajo, incluyendo la excesiva presión asistencial. Un segundo aspecto identificado es que las enfermeras en sentido amplio perciben una devaluación de su situación en condiciones laborales desfavorables, estos resultados sugerían que el alto nivel de presión asistencial, y, por supuesto, los daños que podrían producir en las enfermeras, reducían la calidad de vida de la misma durante los períodos fuera del trabajo. Estas carencias de control o de alto nivel de presión asistencial han proporcionado en el ámbito de la investigación una vinculación estrecha con frustración, absentismo, descenso de la productividad, baja moral y, en última instancia, hubo un compromiso de los cuidados proporcionados a los pacientes por parte de las enfermeras clínicas.

La meta o intención inicial de llevar a cabo este estudio fue tratar de identificar las percepciones que las enfermeras clínicas que trabajan en los hospitales de la Comunidad Valenciana y llevan a cabo atención directa, tienen sobre el control de su práctica profesional y el clima laboral. Por tanto, el estudio pretende proporcionar una descripción del control sobre la práctica de enfermería y lo que este concepto significa para las enfermeras clínicas que trabajan en los hospitales de la Comunidad Valenciana.

Se pretende que los resultados de este estudio tengan un impacto positivo en todos los estratos gubernamentales, y que los gestores y educadores y todo tipo de profesionales, que de una manera u otra, puedan verse afectados, identifiquen por una parte, las tendencias en términos de futuro respecto a lo que, puede ser o podría ser la práctica clínica, y por otro, que identifiquen posibles escenarios en los que se deberían de producir cambios de manera más directa para generar control sobre la práctica.

En este sentido, este estudio ha sido percibido tanto por los investigadores involucrados así como por los/as profesionales entrevistados/as, y así lo han



manifestado, como una oportunidad para compartir ideas acerca de la situación en que nos encontramos respecto al control de la práctica de enfermería, tanto en la provisión de cuidados directos al paciente como en todos los niveles organizativos. Así mismo, esto ha permitido cumplir uno de los objetivos, que no habiendo sido verbalizado estaba en la mente de los investigadores y era que, desde un primer momento, simplemente, por el hecho de pasar el cuestionario, todos y cada uno de aquellos individuos entrevistados, comenzaran a reflexionar sobre la práctica clínica, su control y correspondiente juicio clínico y autonomía profesional, y si fuere factible en última instancia tuviere un impacto a nivel legislativo.

Las preguntas que nos planteamos los investigadores tuvieron que ver fundamentalmente con siete factores (Práctica enfermera autónoma, Juicio profesional y control de la práctica clínica, Competencia y liderazgo, Actuación centrada en el paciente, Relación con otros profesionales, Apoyo Formación, Adecuada provisión de Recursos Humanos) contenidos en el cuestionario Revised Nursing Work Index, a través del cual pretendíamos obtener las percepciones de las enfermeras clínicas que, en el momento en que se pasó el cuestionario, estaban trabajando en los hospitales de la Comunidad Valenciana. De forma resumida, se pretendía obtener contestación acerca de los elementos fundamentales que regían y gobernaban el ambiente de práctica profesional, incluyendo los aspectos relacionados con el control sobre la práctica de enfermería.

Un concepto, el de control, difícil de separar del concepto de gobernanza y que por tanto al ser compartido con este concepto es necesario examinar la perspectiva de los tres dominios de la práctica de la gobernanza, que tiene que ver con:

1. El ámbito organizativo,
2. El medio de trabajo, y
3. La satisfacción de las enfermeras en el desempeño y realización de cuidados directos en la práctica a los pacientes.

La satisfacción de la enfermera clínica en el trabajo tiene que ver con la forma en la que los individuos se sienten acerca del trabajo que desempeñan. McGillis-Hall (2003) planteó que la satisfacción de las enfermeras en el trabajo puede ser estudiada a través de conducta y el desempeño en el trabajo, analizando elementos tales como: intentos de abandono, estrés laboral, com-

promiso con la organización, la turnicidad y, por supuesto, el nivel de burnout. Esta autora trató de identificar los diferentes elementos que pueden afectar a la satisfacción al trabajo, el salario, el sentimiento de afiliación o pertenencia al grupo, los niveles de comunicación, la participación, el control sobre la práctica clínica, la autonomía, el apoyo por parte de líderes y gestores y las oportunidades educativas. Describe por último, otros factores que podrían estar afectando a la satisfacción laboral, en la práctica clínica, e incluye en términos políticos un ambiente de trabajo en la práctica inmerso en una cultura organizativa basada en el apoyo, disponibilidad y fácil acceso a recursos, niveles de personal adecuados para resolver las demandas de pacientes agudos y, en última instancia, la posibilidad de influir en la toma de decisiones a todos los niveles. Geiger-Brown y otros (2004) procedieron a estudiar la participación y los aspectos relativos al ambiente de trabajo, a la salud y al bienestar de las enfermeras utilizando metodologías cualitativas; llegando a la conclusión de que la dificultad de las enfermeras para controlar sus propias condiciones de trabajo, incluyendo la excesiva presión asistencial era una de las principales barreras para lograr la satisfacción en el trabajo. Valorándose en un segundo lugar algo que las enfermeras se manifestaron en sentido amplio, considerándose una devaluación de su situación profesional cuando llevan a cabo su trabajo en condiciones laborales desfavorables, y sugirieron que el alto nivel de presión asistencial y, por supuesto, los daños que se podrían producir en las enfermeras y los pacientes, reducían la calidad de vida de las mismas profesionales incluso durante los períodos de libranza fuera del trabajo. Carencias de control o de alto nivel de presión asistencial que proporcionan, en el ámbito de la investigación, un vínculo estrecho con la frustración, el absentismo, el descenso de la productividad, la baja moral y, en última instancia, un inadecuado nivel de compromiso con los cuidados proporcionados a los pacientes por parte de las enfermeras clínicas.

En los lugares donde se han detectado niveles adecuados de enfermeras clínicas se trataba de la formación entre las enfermeras superiores a la media y a la vez tenían una mayor experiencia profesional. Instituciones en las que la provisión de personal no era tratada única y exclusivamente como meros números de trabajadores, y en las que se han detectado unos mejores resultados en la resolución de los problemas de los pacientes. Asimismo, la carga de trabajo en unidades de atención a adultos fue directamente relacionada con la satisfacción de las enfermeras.



El Colegio de enfermería de Valencia se ha comprometido en esta línea de trabajo, al igual que otras organizaciones profesionales a nivel internacional, efectuara actuaciones, no solo en la defensa de los profesionales sino, y esto es lo más importante, en la defensa de los derechos de nuestros pacientes, y propondrá a la administración una herramienta que le permita direccionar las estrategias de continuidad de los cuidados. Con toda esta experiencia acumulada, se ha demostrado que una forma adecuada de llevar a cabo el análisis de las mejoras de los ambientes de trabajo es a partir de la aplicación de cuestionarios, que contestados por las/los profesionales de enfermería nos proporcionan información valida acerca del ambiente de trabajo en las instituciones y las oportunidades de mejora, siendo considerados una herramienta valida para identificar y desarrollar actividades de mejora continua.

Este estudio se lleva a cabo con la intención, por una parte de tratar de incidir en el desarrollo de un clima de trabajo saludable, lo cual por definición es “un lugar de trabajo en el que las políticas, los procedimientos, y los sistemas están diseñados de tal manera que los empleados son capaces de alcanzar los objetivos organizativos al tiempo que alcanzan una satisfacción personal con su trabajo”, lo que implica el control de los recursos, en el caso de enfermería. Si las enfermeras trabajan en un ambiente en el que no pueden controlar los recursos de una manera adecuada, y con ello cubrir las necesidades y expectativas de los pacientes, no hay forma de alcanzar la calidad asistencial. En nuestro país, hay dificultades para obtener los datos adecuadamente y por tanto una carencia de estudios en este sentido, muchas enfermeras y enfermeros llevan a cabo su trabajo en ambientes y condiciones que apenas alcanzan a cubrir los mínimos estándares profesionales.

Es por esto que un representante del Colegio de Enfermería de Valencia se identificaba como tal y procedió a pedir que rellenaran un cuestionario, el Nursing Work Index - Revised (NWI-R), al igual que han hecho diferentes representantes de enfermería en varios países, con ello se pretende llevar a cabo una evaluación del ambiente de trabajo de enfermería y el análisis del desarrollo de las correspondientes sub-escalas en las diferentes unidades hospitalarias. Se trata de obtener el mayor número de cuestionarios posible a lo largo de los próximos meses.

Uno de los primeros estudios realizados en este campo fue la investigación llevada a cabo por Aiken, Smith y Lake (1994), en una investigación en la que

trataba de identificar características de los hospitales magnéticos, entendidos como centros sanitarios atractivos en los que las enfermeras desean trabajar. Aiken utilizó los datos del sistema Medicare y observó un descenso de la mortalidad cuando comparaba los hospitales que obedecían a la descripción de magnéticos con aquellos que no se consideraban como tales. El modelo de hospital magnético considera a las enfermeras un elemento fundamental sobre el que pivotan los cuidados de salud y se ha comprobado ampliamente en los Estados Unidos, que es una de las mejores estrategias para reclutar y retener enfermeras en el puesto de trabajo. Kramer y Schmalenberg (1991) han observado que las enfermeras empleadas en los hospitales magnéticos tienen una mayor satisfacción en el trabajo que aquellas que trabajan en hospitales no magnéticos. Aiken, Clarke, Sloane y cols. (2001) llevaron a cabo una encuesta en cinco países en los que recogieron las opiniones de 43.000 enfermeros y observaron que cuando se incrementa el trabajo de las enfermeras, la mayoría de las veces significa el abandono de intervenciones básicas de enfermería, lo que conduce a estas profesionales a un sentimiento de frustración e incapacidad para proporcionar los adecuados cuidados a los pacientes. Estos autores conectan estos sentimientos con una menor satisfacción en el trabajo y, por tanto, con problemas con la retención en el trabajo de estos profesionales. Baumann, O'Brien-Pallas, Armstrong-Stessen y cols. (2001) encontraron idénticos hallazgos en un estudio de características similares realizado en Canadá. Entre otros hallazgos adicionales, llegaron a la conclusión de que el supervisor y los compañeros, la autonomía, una turnicidad flexible y una carga de trabajo razonable eran importantes para determinar un lugar de trabajo saludable. Adicionalmente, comentaron que factores tales como un ambiente de trabajo positivo, el énfasis en la educación de enfermería, la continuidad de cuidado y una mezcla adecuada de destrezas, se podían conectar con un descenso de la mortalidad de los pacientes (Estabrooks, Midodzi, Cummings y cols., 2005).

En los lugares donde se han detectado niveles adecuados de enfermeras clínicas a la vez que éstas tenían una formación superior a la media y una mayor experiencia, no siendo la provisión de personal tratada única y exclusivamente como meros números de trabajadores, se han detectado unos mejores resultados en la resolución de los problemas de los pacientes. La carga del trabajo ha sido directamente relacionada con la satisfacción de las enfermeras trabajando en unidades de atención a adultos.



## **MATERIAL Y MÉTODO**

El Colegio de enfermería de Valencia se comprometió en esta línea de trabajo, al igual que otras organizaciones profesionales a nivel internacional, y comenzó las actuaciones, con la premisa de la defensa de los derechos de nuestros pacientes y la intención de que a partir de los resultados, se pueda proceder de manera conjunta con la administración al desarrollo de una herramienta que permita direccionar las estrategias de continuidad de los cuidados.

El Colegio Oficial de Enfermería de Valencia en su compromiso con el desarrollo profesional ha llevado a cabo un proceso de recogida de datos para analizar el clima laboral de las enfermeras en los hospitales. Este proyecto fue presentado al Conseller de Sanidad Don Manuel Cervera Taulet y a la Directora de Asistencia Sanitaria Doña Luisa Carrero Hueso, los cuáles apoyaron el proyecto y proporcionaron instrucciones, a las correspondientes direcciones de los centros hospitalarios, para que facilitaran el trabajo. Las direcciones de los hospitales de la Comunidad Valenciana nos han facilitado el acceso a las unidades y la posibilidad de que el personal de enfermería completara el correspondiente cuestionario para llevar a cabo la colecta de datos. El Nursing Work Index fue el instrumento utilizado en el proceso de estimación del entorno de la práctica de enfermería en los hospitales. El objetivo de esta recogida de datos fue disponer de un indicador que permita ajustar estadísticamente las posibles diferencias de los resultados entre centros.

### **Administración del cuestionario**

El cuestionario fue proporcionado por encuestadoras entrenadas al efecto y portadoras de una acreditación que las identificaba por parte del Colegio de enfermería, en la que se describía el objetivo del estudio y mostraban una autorización del Gerente del hospital que facilitaba el acceso a las enfermeras y la posibilidad de realizar las entrevistas.

El cuestionario se acompañaba de una carta en la que se animaba a los participantes a hacerlo de forma voluntaria, en la que se repetía el objetivo del estudio y se explicaba que al completar el cuestionario se proporcionaba el consentimiento de su participación. Asimismo, se les pedía que nos hicieran llegar a través de nuestros colaboradores todas las preguntas que consideraran oportunas, con el compromiso de una rápida respuesta. Los cuestionarios no estaban ni fueron codificados durante su recogida, de tal manera que se garantizaba la completa confidencialidad de los datos. No se utilizó ningún tipo de incentivo.

Las enfermeras debían de proporcionar los correspondientes datos demográficos, sexo, edad, años de experiencia, sexo, una valoración del número de camas del centro en el que trabajaban, el tipo de unidad a elegir entre las siguientes opciones: médica, quirúrgica, críticos u otros, especificando la denominación oficial de la unidad y el número de camas. Además, se les pedía que valoraran cada una de las preguntas del cuestionario de acuerdo con su percepción y en base a una escala que iba desde 1 (absolutamente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). Se incorporó en cada pregunta una última opción en la que se recogía la posibilidad de manifestar que no sabían o no querían contestar. Los datos representan la opinión a nivel de enfermeras/os.

Este estudio utilizó un cuestionario en un diseño de investigación de tipo transversal de naturaleza cuantitativa. La investigación comenzó en septiembre de 2009, mes en el que se procedió a realizar la formación de las entrevistadoras y diciembre fue el mes de partida para la distribución en los centros hospitalarios. Las enfermeras dispusieron de tiempo en las unidades para completar el cuestionario y devolverlo a las entrevistadoras. En el mes de mayo se comenzó la tabulación de los datos mediante el lector de marcas ópticas OMR 200S con Alimentador. En junio de 2010 se comenzó el tratamiento estadístico de los datos sobre los 2562 cuestionarios recogidos.

Los resultados de este proyecto serán utilizados en un futuro próximo, tanto por la Conselleria de Sanitat como por el Colegio Oficial de Enfermería, para el desarrollo de ambientes laborales más saludables, en todo lo que respecta al personal del enfermería, lo cual tendrá, en definitiva, su impacto en la atención final que reciban los usuarios de la Agencia Valenciana de Salud.

### **Traducción del instrumento al castellano**

Para la realización del estudio se utilizó el cuestionario Nursing Work Index Revised (NWI-R) que fue necesario traducir del original en inglés al castellano, para ello se utilizó la metodología de la adaptación cultural que presenta las siguientes etapas: traducción del cuestionario al castellano; traducción del cuestionario a la lengua de origen o retrotraducción; evaluación de la versión traducida por un grupo de evaluadores y realización de un pretest o prueba preliminar (Guillemin, 1995; Beaton, Bombardier, Guillemin y Feraz, 2000; Neusa y Edinês de Brito, 2002).

En la primera etapa intervinieron dos traductores cuya lengua materna original era el castellano y hablaban perfectamente el inglés, uno de los cuales





estaba al tanto de los objetivos del estudio (enfermero y con alto nivel de inglés hablado y escrito) y el otro (titulado en filología inglesa) realizó la traducción sin conocer exactamente el ámbito de utilización y demás detalles. Una vez realizada la traducción se comprobaron las diferencias y la existencia de ambigüedades. Las diferencias fueron mínimas por lo que no se necesitó ninguna transaccional para llegar a una versión final. A continuación se tradujo el cuestionario obtenido en castellano nuevamente al inglés con la participación de dos nuevos traductores (filólogos cuya lengua materna era el inglés). Esta fue una nueva versión de síntesis que fue necesaria para comprobar la validez de la traducción y comprobar la existencia de discrepancias en el significado y contenido entre el original y el traducido (Beaton, Bombardier, Guillemin y Feraz, 2000).

El resultado de ambas traducciones se sometió a un grupo de trabajo, compuesto por docentes, expertos en metodología, profesionales de la salud, filólogos y traductores, con la intención de obtener una única y definitiva versión sin discrepancias en términos culturales, idiomáticos, semánticos y conceptuales, que fuera comprensible y que pudiera ser sometida a una prueba piloto.

Como prueba piloto, se distribuyó el cuestionario entre enfermeras de varias unidades de uno de los hospitales de la muestra. Se pudo comprobar que la versión obtenida respondía a las características del cuestionario original, las preguntas eran comprensibles y no se produjeron preguntas ni aclaraciones relativas al texto y significado de las preguntas. No obstante durante todo el proceso y durante el tiempo en que completaban el cuestionario se pidió a los participantes que valoraran aspectos tales como la claridad de las expresiones y que realizaran sugerencias y críticas tanto al contenido como a la facilidad de su relleno. Al mismo tiempo se realizó una valoración de aspectos prácticos de la distribución, pues algunas de las personas entrevistadas manifestaron cierto temor ante la posibilidad de que se conocieran sus respuestas por parte de los mandos de la unidad e incluso del hospital. Lo que determinó que se extremaran las medidas de mantenimiento de la confidencialidad en el proceso de recogida incluso con respecto a las propias compañeras de la unidad. En este punto aunque se obtuvo información acerca de la positiva acogida del instrumento, esto no garantizaba la fiabilidad y validez del cuestionario, lo que exigió algunas determinaciones adicionales durante y después de la finalización del proceso de recogida de datos.

## **Muestra**

Pretendíamos que contestara el conjunto de la población, con la intención de estudiar este universo de manera completa o lo que es mismo, todas las enfermeras cuyo puesto de trabajo estaba asignado en una unidad de hospitalización y en el que llevaban a cabo atención directa, entendiendo por unidad de hospitalización el lugar donde se llevan a cabo los cuidados de los pacientes ingresados o local o dependencia para enfermos o heridos e incluyendo como unidad de hospitalización desde las unidades de observación de puertas de urgencias a las unidades de cuidados intensivos. No se paso el cuestionario a las enfermeras de ninguna otra unidad en la que no se verificara la permanencia en el tiempo y consiguiente recepción de cuidados por parte de los pacientes.

## **Diseño del estudio**

El cuestionario que se iba a utilizar fue producto de la combinación de las 57 preguntas del cuestionario NWI-R, diseñado por Aiken y Patricien (2000) e información demográfica (ver Anexo A). La información fue utilizada con la intención de determinar si los que contestaron, la muestra obtenida podía ser representativa de las enfermeras trabajando en ese momento a pie de cama en los hospitales de la Comunidad Valenciana. El cuestionario NWI-R se utilizó como instrumento de recolección de datos, es un instrumento dirigido a la identificación de los atributos organizativos que caracterizan los ambientes de enfermería, planteándose como un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios y sobre las cuales el encuestado emitía su opinión de una manera específica, pidiéndose sinceridad a los encuestados y que indicaran el grado de acuerdo en una escala de 1 a 4, con la opción que mejor representaba su percepción sobre cada uno de los aspectos incorporados en las cincuenta y siete preguntas, siendo la opción 1 considerada el nivel de absolutamente en desacuerdo y la opción 4 el nivel de totalmente de acuerdo.

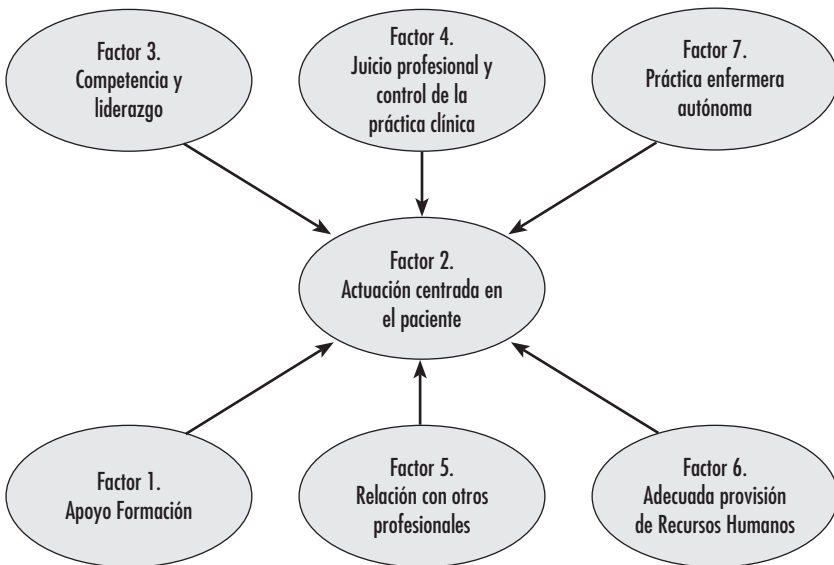
## **Análisis de datos**

El cuestionario tal y como se recoge en el anexo (A) contenía 57 preguntas que se distribuyeron acompañadas de una hoja de contestaciones diseñada para proceder a su lectura mediante lector de marcas ópticas OMR Alpha 200S PRN AR (Datawin), lo que facilito la transferencia de los datos a una página Excel desde la cual los datos se transfirieron a un nuevo archivo para su tratamiento estadístico mediante el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, 17.0). Se llevaron a cabo los cálculos de estadística descriptiva y análisis de



frecuencias para cada una de las preguntas del cuestionario, se calcularon las medias y se determinaron las diferencias si existían entre los distintos subgrupos de la muestra para cada una de las subescalas. Se procedió al análisis de factores y se extractaron los factores principales y de máxima probabilidad. El análisis de factores fue utilizado para identificar de manera coherente el conjunto de subescalas.

Dada la gran cantidad de variables (57) que contiene el cuestionario NWI-R diseñado por Aiken y Patricien utilizado en este estudio, ha sido necesario utilizar un análisis estadístico que nos permitiera manejar la gran cantidad de datos emergentes de forma cómoda y fiable para lo cual decidimos llevar a cabo un análisis factorial. Este análisis tiene la ventaja de que en el se tratan todas las variables simultáneamente, cada una relacionada con las demás y no existe una variable dependiente y otras independientes. El objetivo fundamental de utilizar este tipo de análisis fue el de encontrar la manera de resumir la información contenida en una serie de variables originales, mediante una serie de dimensiones compuestas que iban a constituir los factores. El análisis factorial debe tener suficientes correlaciones para poder aplicarse. Las correlaciones entre variables se analizan mediante el cálculo de correlaciones siendo adecuadas las que estaban por encima de 0,3.



Las puntuaciones de las subescalas se calcularon como puntuaciones medias, con un rango de posibilidades de 1 a 4. Una puntuación alta indicaba un alto nivel de acuerdo y por tanto tal característica se encuentra presente en el clima laboral estudiado. Puntuaciones superiores a 2,5 representan acuerdo y una puntuación media en la subescala inferior a 2,5 significaban desacuerdo (Lake, 2002).

Los hospitales incluidos, ordenados alfabéticamente y por provincias, son los siguientes, en la provincia de Alicante, Denia La Pedrera, Denia- Marina Salud, Dr. Moliner, Dr. Peset, Elda-Salud, General Universitario Alicante, General Elx, San Vicente del Raspeig, Vega Baja Orihuela, La Vila Marina Baixa, Torrevieja. En la provincia de Castellón, General Castellón, La Magdalena, La Plana, Sant Joan, Vinaroz y Virgen de los Lirios. En la provincia de Valencia: Arnau de Vilanova, Complejo Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV), Clínico, Francesc de Borja, La Fe, La Ribera-Alzira, Malvarrosa, Manises, Ontinyent, Padre Jofre, Requena, Xativa.



## RESULTADOS

En el presente estudio hemos agrupado las variables en 7 factores los cuales explican el 45,07 (Tabla de componentes rotados, Anexo 1.) de la varianza total, si bien a simple vista parece que es una cifra baja esto no es así ya que se han desechado las correlaciones por debajo de 0,3. Para decidir el número de factores hemos utilizado las comunalidades que son el porcentaje de varianza explicada por el número de factores escogido.

Estadísticos de fiabilidad, se ha evaluado la consistencia interna mediante el cálculo Alfa de Cronbach obteniendo valores para el cuestionario NWI-R de 0,94 con N= 57 elementos.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,946	57

### Sexo de los encuestados

A esta pregunta respondieron un total de 2240 enfermeras y enfermeros de unidades de hospitalización de los hospitales de la Comunidad Valenciana. La distribución en función del sexo fue la siguiente, 1912 (85,4%) de sexo femenino y 328 (14,6) de sexo masculino. Extrañamente hubo 322 individuos que no completaron esta casilla.

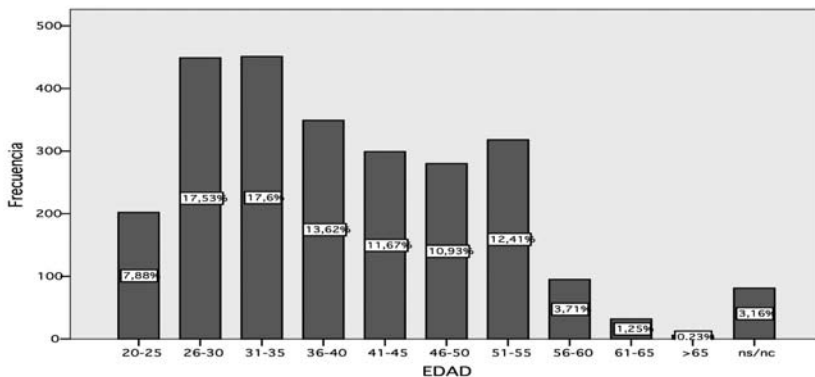
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino	1912	74,6	85,4	85,4
	Masculino	328	12,8	14,6	100,0
	Total	2240	87,4	100,0	
Perdidos	Sistema	322	12,6		
Total		2562	100,0		

Estos datos vienen a confirmar la tradicional prevalencia de profesionales de sexo femenino, con un sexo masculino minoritario en el ámbito de la profesión de enfermería.

### Edad

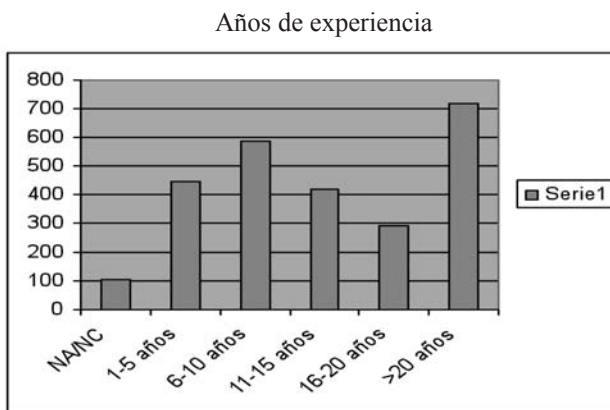
Se interrogo a los profesionales acerca de su edad, obteniéndose una edad media de 38,90 años, una edad máxima de 65 y una edad mínima de 20. El

grueso de profesionales (900) tenía edades comprendidas entre los 26 y los 35 años.



### Años de experiencia

Las respuestas a la pregunta respecto a los años de experiencia laboral se han agrupado en aras de obtener una mayor sencillez de lectura en intervalos de cinco años, obteniéndose cinco grupos que oscilaban desde uno a cinco años a más de veinte años de experiencia laboral.



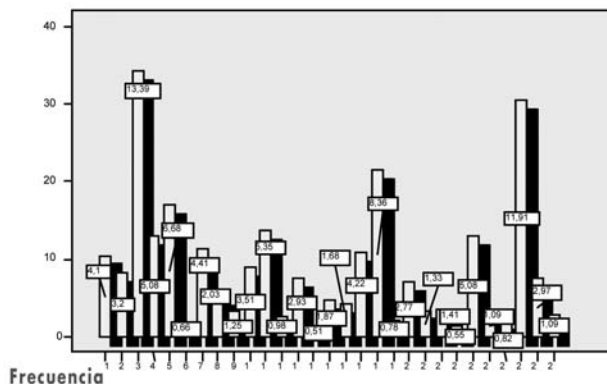
Es en este último apartado donde encontramos el mayor número de respuestas, con un total de 717 (28%) enfermeras, el grupo siguiente con mayor número de respuestas fue el comprendido entre los seis y los diez años con 587 (22,9%) respuestas, los grupos entre uno y cinco años y entre once y quince obtuvieron un número prácticamente similar de respuestas, con 445 (17,4%) y 419 (16,4%) respectivamente. Llama la atención que solo 289 (11,3%) profesionales contestaran que tenían una experiencia laboral entre los dieciséis y los veinte años. La media de años trabajados se ubico en los 15,63 años.

Se recogieron 1272 (49,7%) cuestionarios en la provincia de Alicante, 161 (6,3%) cuestionarios en la provincia de Castellón y 1128 (44%) cuestionarios en la provincia de Valencia, lo que constituyo un conjunto total de 2562 cuestionarios en las tres provincias de la Comunidad Valenciana.

<b>Distribución de las respuestas por provincias</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Alicante	1272	49,6
	Castellón	161	6,3
	Valencia	1128	44,0
	Total	2561	100,0
Perdidos	No contesta	1	,0
Total		2562	100,0

El cuestionario se distribuyó entre el personal de enfermería de las unidades de hospitalización de los hospitales de la Generalitat Valenciana. Una red asistencial compuesta por veintinueve hospitales y que participaron en función a su tamaño con menor o mayor cantidad de respuestas. En algunos de los centros se logro que respondiera casi la totalidad de la plantilla asignada a las unidades de hospitalización. En otros, tal y como fue el caso del hospital General Universitario de Alicante (343) o el hospital la Fe de Valencia (305) dado su tamaño esto fue mucho más difícil. Entre los hospitales con menor aportación de cuestionarios respondidos nos encontramos el hospital Denia-La Pedrera (17), el hospital de la Malvarrosa (14) el hospital de la Magdalena (13), en Castellón. En conjunto se obtuvieron 2562 cuestionarios respondidos.

Nº	Provincia	Hospital	Plantilla	Frecuencia	Porcentaje
1		General Universitario Alicante		343	13,4
2		La Fe		305	11,9
3		CHGUV		214	8,4
4		General Elx		171	6,7
5		Vega Baja Orihuela		137	5,3
6		Elda-Salud		130	5,1
7		La Ribera-Alzira		130	5,1
8		La Vila Marina Baixa		113	4,4
9		Clínico		108	4,2
10		Virgen de los Lirios		105	4,1
11		Torreveija		90	3,5
12		Denia- Marina Salud		82	3,2
13		Xativa		76	3,0
14		General Castellón		75	2,9
15		Dr. Peset		71	2,8
16		Sant Joan		52	2,0
17		La Plana		48	1,9
18		Arnau de Vilanova		43	1,7
19		Ontinyent		36	1,4
20		H. Francesc de Borja		34	1,3
21		San Vicente del Raspeig		32	1,2
22		Pare Jofre		28	1,1
23		Manises		28	1,1
24		Vinaroz		25	1,0
25		Requena		21	,8
26		Dr. Moliner		20	,8
27		Denia La Pedrera		17	,7
28		Malvarrosa		14	,5
29		La Magdalena		13	,5
No contestan				1	,0
Total				2562	100,0



Se le pidió a los profesionales que indicaran el número de camas de los hospitales en que se encontraban trabajando, algo aparentemente simple, por lo que fue interesante comprobar que los profesionales no conocían el número real de camas de los hospitales en los que trabajaban y se producía una declaración valorativa que en muchas ocasiones no se correspondía con la realidad. No obstante atendiendo a las respuestas obtenidas hemos procedido a realizar la clasificación en intervalos de cien en cien para así facilitar su tratamiento.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	< de 100	602	23,5
	entre 101 y 200	104	4,1
	entre 201 y 300	492	19,2
	entre 301 y 400	332	13,0
	entre 401 y 500	25	1,0
	entr 501 y 600	319	12,5
	> de 600	434	16,9
	Total	2308	90,1
Perdidos	Sistema	254	9,9
Total		2562	100,0

### Tipo de Unidad

Se pregunto acerca del tipo de unidad en la que las enfermeras llevaban a cabo los servicios, pudiendo elegir entre las propuestas de una limitada lista de denominaciones de unidades a lo cual contestaron que 836 (32,6%) trabajaban en una unidad de medica, 523 (20,4%) trabajaban en una unidad de cirugía, 458 (17,9%) trabajaban en una unidad de críticos y 42 (1,6%) trabajaban en unidades recogidas bajo el genérico de otros, concepto que pretendía recoger



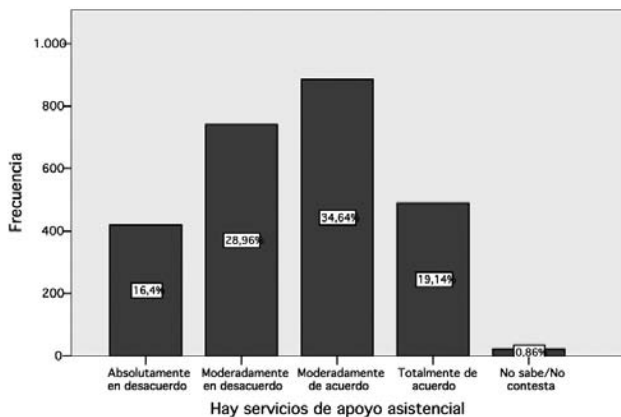


todo aquellos que no encajara en las anteriores denominaciones, lo que incluía desde las unidades de pediatría a las de nefrología o la observación de urgencia.

Tipos de Unidad			
		Frecuencia	Porcentaje
Validos	0	368	14,4
	Medica	836	32,6
	Quirúrgica	523	20,4
	Críticos	458	17,9
	Otros	42	1,6
	NS/NC	166	6,5
	Total	2393	93,4
Perdidos	Sistema	169	6,6
Total		2562	100,0

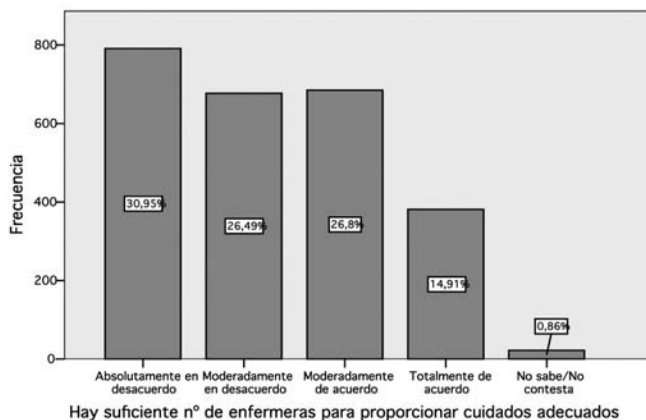
Este acotamiento en unas categorías específicas dificultó la contestación dado que muchas de las enfermeras dejaron en blanco este apartado, al responder con la denominación oficial de la unidad, lo que hace intratable el apartado dada la cantidad de denominaciones diversas de unidades que aparecen en el cuestionario. Por otra parte, las cifras son descriptivas de la distribución del personal de enfermería a pie de cama en los hospitales valencianos.

Mediante la primera pregunta del cuestionario NWI-R se interrogó a los profesionales de enfermería acerca de si había servicios de apoyo asistencial adecuados para la realización de los cuidados, considerando que los celadores, las auxiliares y el personal administrativo, etc., como elementos imprescindibles y necesarios para el desarrollo de la actividad.



Esta pregunta la contestaron un total de 2555 enfermeras. La media obtenida en las contestaciones fue de 2,57 con una desviación típica de 0,981. Distribuyéndose la respuesta de la siguiente manera, 419 (16,4%) enfermeras contestaron estar absolutamente en desacuerdo, 740 (28,9%) contestaron encontrarse moderadamente en desacuerdo, lo que constituyó un grupo de 1159 enfermeras, el 45,4% de las que contestaron. Moderadamente de acuerdo contestaron 885 (34,6%) enfermeras y totalmente de acuerdo 489 (19,1%). 22 (0,9%) enfermeras contestaron No sabe/No contesta y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 7 (0,3%).

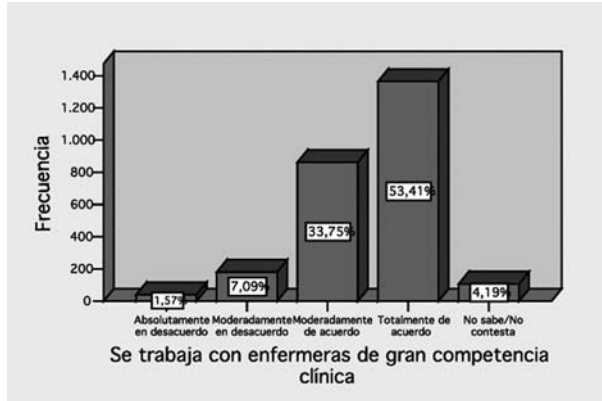
En la segunda pregunta se interrogaba acerca de si consideraban que había un número suficiente de enfermeras para proporcionar los cuidados adecuados. A esta pregunta contestaron un total 2556 enfermeras, la media de las contestaciones se ubicó en 2,26 con una desviación típica de 1,057. Contestaron que se encontraban absolutamente en desacuerdo 791 (30,9%), moderadamente en desacuerdo 677 (26,4%) lo que constituyó un conjunto de 1458 (57,4%) respuestas. Moderadamente de acuerdo contestaron 685 (26,7%) y totalmente de acuerdo 381 (14,9%). Únicamente un pequeño grupo de 22 (0,9%) profesionales contestaron que No sabían/No contesta y 6 (0,2%) la dejaron en blanco.



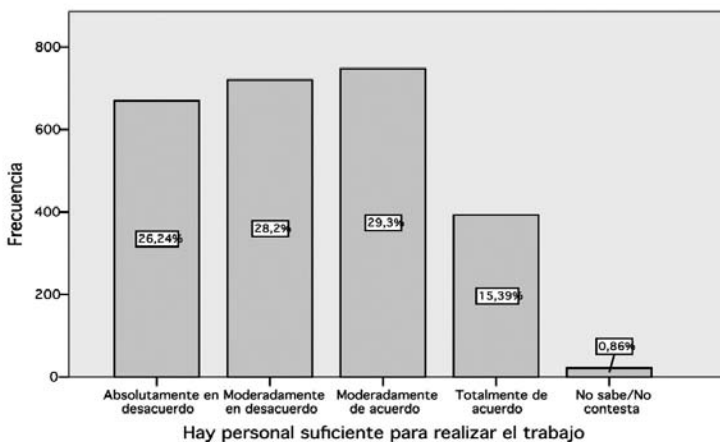
La tercera pregunta la contestaron un total de 2554 profesionales, en ella se les interrogaba acerca de la competencia clínica de las enfermeras con las que trabajaban, la media de las contestaciones se ubicó en 3,45 y la desviación típica fue de 0,702. La distribución de las contestaciones fue como sigue, 40 (1,6%) estuvieron absolutamente en desacuerdo y moderadamente en desacuerdo 181 (7,1%) lo que conformó un grupo de 221 (8,7%) profesionales.



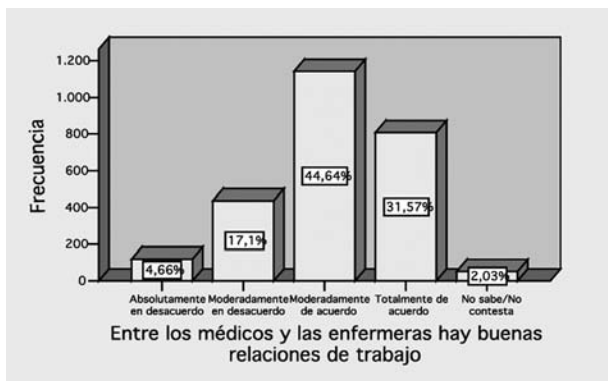
Moderadamente de acuerdo contestaron 862 (33,6%) y totalmente de acuerdo 1364 (53,2%). El grupo de los que No saben/No contestan fue en esta pregunta de 107 (4,2%) y no contestaron la pregunta dejándola en blanco 8 (0,3%) profesionales.



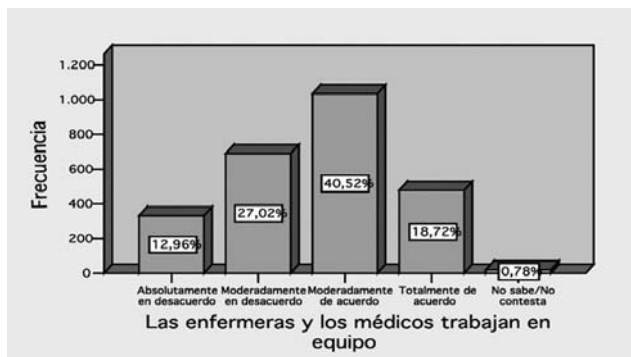
La cuarta pregunta interrogaba acerca de si había personal suficiente para la realización del trabajo, a lo cual contestaron un total de 2553 profesionales. La media de las contestaciones fue de 2,34 y la desviación típica de 1,032. 670 (26,2%) profesionales respondieron estar absolutamente en desacuerdo y 720 (28,1%) moderadamente en desacuerdo lo que constituyó un grupo de 1390, el 54,4% de las que contestaron. 748 (29,2%) profesionales contestaron estar moderadamente de acuerdo y un grupo de 393 (15,3%) totalmente de acuerdo. La elección de la contestación No sabe/No contesta fue realizada por 22 (0,9%). No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 9 (0,4%) profesionales.



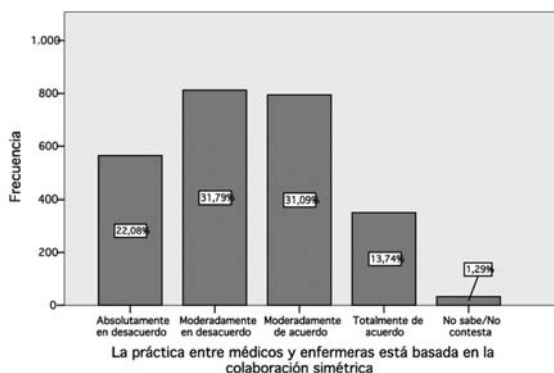
La quinta pregunta interrogó acerca de si había buenas relaciones de trabajo entre los médicos y las enfermeras. Las contestaciones obtenidas fueron un total de 2556, con una media de 3,05 y una desviación típica de 0,827. Las respuestas se distribuyeron de la siguiente manera, absolutamente en desacuerdo 119 (4,6%), moderadamente en desacuerdo 437 (17,1%), lo que constituyó un grupo de 556 (21,8%) profesionales. Moderadamente de acuerdo y totalmente de acuerdo fueron las opciones elegidas por 1141 (44,6%) y 807 (31,6%) profesionales respectivamente. La opción No sabe/No contesta fue elegida por 52 (2,0%) y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 6 (0,2%).



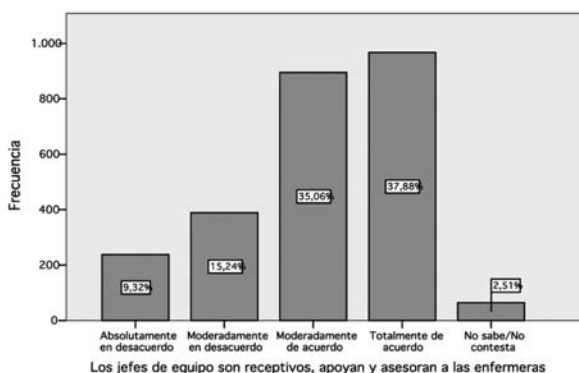
En la sexta pregunta se interrogaba acerca de si las enfermeras y los médicos trabajan en equipo y la contestaron un total de 2554 profesionales. La contestación media fue 2,66 y la desviación típica de 0,930. Distribuyéndose las contestaciones de la siguiente manera, absolutamente en desacuerdo 331 (13%), moderadamente en desacuerdo 690 (27%), la suma de ambas respuesta dio un total de 1021 (40%) profesionales. Moderadamente de acuerdo lo contestaron 1035 (40,5%) profesionales y totalmente de acuerdo 478 (18,7%). La opción No sabe/No contesta fue elegida por 20 (0,8%), no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 8 (0,3%).



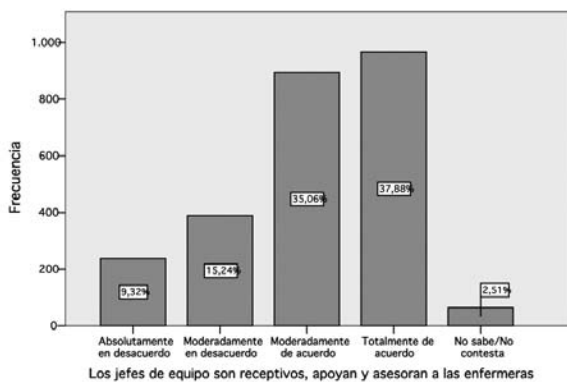
La séptima pregunta contenía la siguiente afirmación, la práctica entre médicos y enfermeras está basada en una colaboración simétrica (de igual a igual), a lo que contestaron un total de 2554 profesionales de enfermería. La media fue de 2,37 y la desviación típica de 0,979. Contestaron estar absolutamente en desacuerdo 564 (22,1%), moderadamente en desacuerdo 812 (31,8%) y la suma de ambas contestaciones fue de 1376 (53,9%) profesionales. Por otra parte, 794 (31,1%) profesionales estuvieron moderadamente de acuerdo y 351 (13,7%) totalmente de acuerdo. No sabe/No contesta fue la respuesta elegida por 33 (1,3%) y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 8 (0,3%).



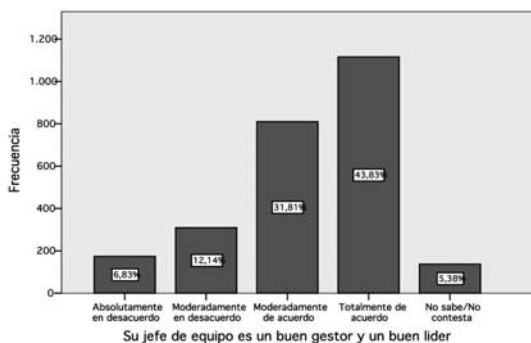
Las media de las contestaciones a la octava pregunta en la que se interrogaba acerca de la receptividad, apoyo y asesoramiento de los jefes de equipo (supervisores/as) a las enfermeras, lo que produjo un total de 2553 respuestas con una media de 3,04 y una desviación típica de 0,962. Eligieron la opción de absolutamente en desacuerdo 238 (9,3%) profesionales, y 389 (15,2%) eligieron moderadamente en desacuerdo, lo que conformó un grupo de 627 (24,6%) respuestas. Moderadamente de acuerdo lo eligieron 895 (35,1%) y totalmente de acuerdo 967 (37,9%). La contestación No sabe/No contesta fue elegida por 64 (2,5%) y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 9 (0,4%).



Un total de 2554 contestaciones se obtuvieron en la novena pregunta, la cual interrogaba acerca de si los supervisores/as utilizaban los errores como una oportunidad de mejora, no como una crítica negativa. La media de las contestaciones obtenidas se ubicó en 3,0 y la desviación típica fue de 0,957. Absolutamente en desacuerdo fue la respuesta elegida por 230 (9,0%) profesionales y moderadamente en desacuerdo fue elegida por 409 (16%), la suma de ambas opciones constituyó un grupo de 639 (25%) profesionales. Eligieron la respuesta moderadamente de acuerdo 923 (36,1%) profesionales y totalmente de acuerdo 857 (33,6%). No sabe/No contesta fue la opción elegida por 135 (5,3%), no contestaron a esta pregunta dejándola en blanco 8 (0,3%).

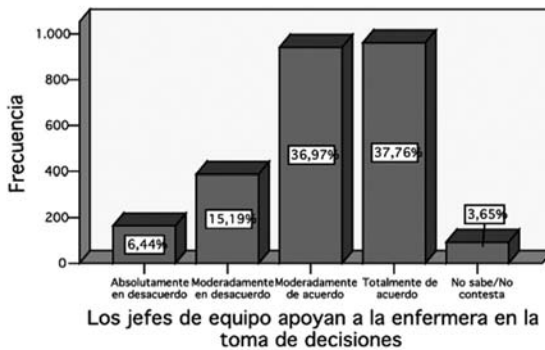


Acerca de las cualidades de los supervisores/as como un buen líder y/o buenos gestores/as se preguntó en la décima pregunta, obteniendo un total de 2546 respuestas y una media de 3,19 y una desviación típica de 0,919. Las opciones de absolutamente en desacuerdo y moderadamente en desacuerdo fueron elegidas por 174 (6,8%) y 309 (12,1%) respectivamente, siendo su suma de 483 (19%) profesionales. La opción moderadamente de acuerdo fue elegida por 810 (31,8%) profesionales y totalmente de acuerdo por 1116 (43,8%). Un grupo de 137 (5,4%) profesionales eligió la opción de No sabe/No contesta y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 16 (0,6%).

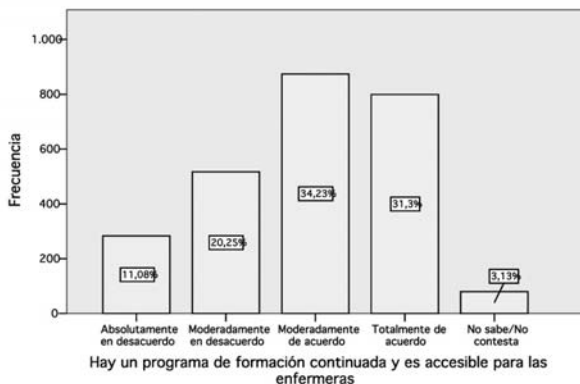




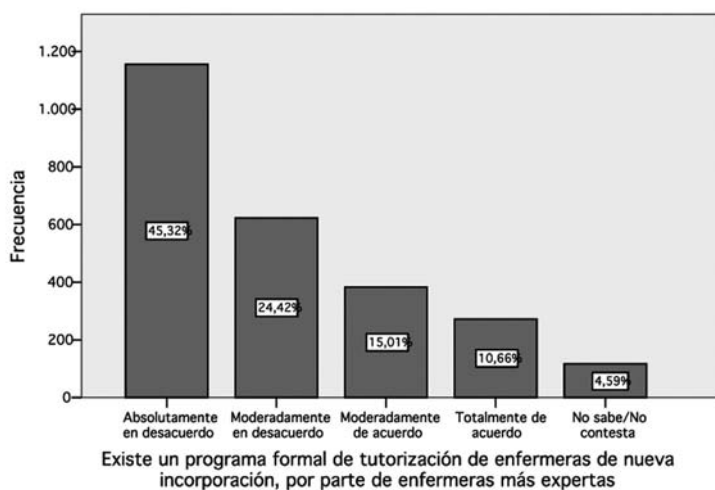
En la onceava pregunta, se preguntaba acerca del apoyo proporcionado por las/os supervisores en la toma de decisiones del personal de enfermería, obteniendo un total de 2548 contestaciones con una media de 3,10 y una desviación típica de 0,898. Absolutamente en desacuerdo fue la opción elegida por 164 (6,4%) profesionales y 387 (15,2%) profesionales eligieron la opción moderadamente en desacuerdo, lo que sumada constituía un grupo de 551(21,6%) profesionales. Moderadamente de acuerdo 942 (37%) Totalmente de acuerdo 962 (37,8%) No sabe/No contesta 93 (3,6%) Total No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 14 (0,5%).



La pregunta doceava tuvo que ver con la existencia de un programa de formación continuada y su accesibilidad para las enfermeras. La media de las contestaciones fue de 2,89 con una desviación típica de 0,898. Contestaron que estaban en absoluto desacuerdo 283 (11,1%), moderadamente en desacuerdo 517 (20,3%) lo que sumado dio un grupo de 800 (31,3%) profesionales. Moderadamente de acuerdo contestaron 874 (34,2%) y totalmente de acuerdo 799 (31,3%). La opción No sabe/No contesta la eligieron 80 (3,1%) profesionales del total de los que respondieron que fue de 2553. No contestaron a esta pregunta dejándola en blanco 9 (0,4%).

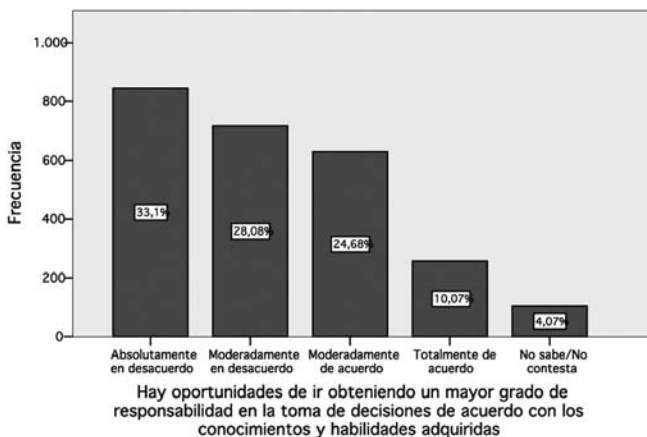


La pregunta número 13, preguntaba acerca de la existencia de programas formales de tutorización para las enfermeras de nueva incorporación, por parte de enfermeras más expertas. La media de las contestaciones fue de 1,91 con una desviación típica de 1,035. la contestación de absolutamente en desacuerdo fue elegida por 1156 (45,3%) y moderadamente en desacuerdo por 623 (24,4%) la suma de ambas cantidades nos ha proporcionado la cifra de 1779 (69,7%). Moderadamente de acuerdo se encontraban 383 (15%) enfermeras y totalmente de acuerdo 272 (10,7%). 117(4,6%) enfermeras eligieron la opción de No sabe/No contesta de un total de 2551 que contestaron a esta pregunta. La dejaron en blanco 11 (0,4%) profesionales.

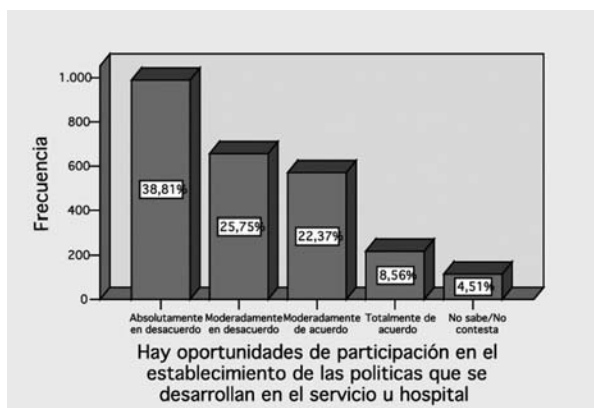


En la pregunta 14 se interrogaba acerca de las oportunidades de ir obteniendo un mayor grado de responsabilidad y peso en la toma de decisiones clínicas en función de los conocimientos y habilidades adquiridas por parte de las enfermeras. De las contestaciones se obtuvo una media de 2,12 y una desviación típica de 1,004. Las contestaciones se distribuyeron de la siguiente manera: absolutamente en desacuerdo 845 (33,1%), moderadamente en desacuerdo 717 (28,1%) lo que sumado nos dio la cantidad de 1562 (61,2%). 630 (24,7%) enfermeras contestaron estar moderadamente de acuerdo y 257 (10%) totalmente de acuerdo. Contestaron a la pregunta como No sabe/No contesta 104 (4,1%) enfermeras de un total 2553 profesionales que la respondieron. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 9 (0,4%).



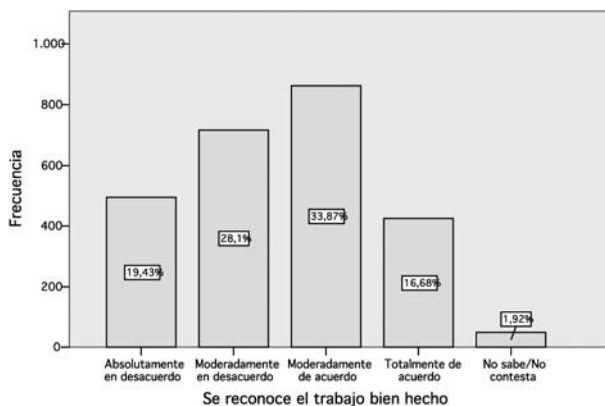


Mediante la pregunta número 15 se trató de averiguar si había oportunidades de participación en el establecimiento de las políticas que se desarrollan en el servicio u hospital (por ejemplo en recursos, planes, estrategias, normativas, etc.), en este caso la media de las contestaciones se ubico en 2,01 con una desviación típica de 1,000. Absolutamente en desacuerdo contestaron 989 (38,8%) y moderadamente en desacuerdo 656 (25,7%), en conjunto 1562 (64,6%) profesionales. Otros 570 (22,4%) profesionales eligieron la opción de moderadamente de acuerdo y totalmente de acuerdo 218 (8,6%). No sabe/ No contesta fue elegida por 115 (4,5%) de un total de 2548 profesionales que respondieron No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 14 (0,5%).

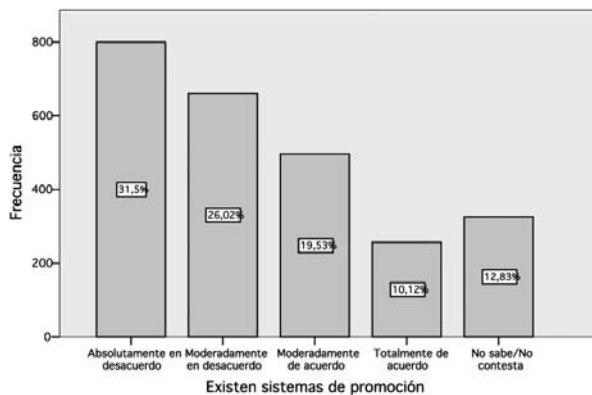


En la pregunta dieciséis, se puso el interés en conocer si el trabajo bien hecho era reconocido. La media de las contestaciones fue de 2,49 con una

desviación típica de 0,993. Entre los entrevistados contestaron que estaban absolutamente en desacuerdo 495 (19,4%), 716 (28,1%) moderadamente en desacuerdo y las suma de ambas cantidades fue de 1211(47,5%). Moderadamente de acuerdo contestaron 863 (33,9%) y totalmente de acuerdo 425 (16,7%). Del total 2548 entrevistados 49 (1,9%) contestaron No sabe/No contesta a esta pregunta. Catorce profesionales, el 0,5% no contestaron esta pregunta dejándola en blanco.

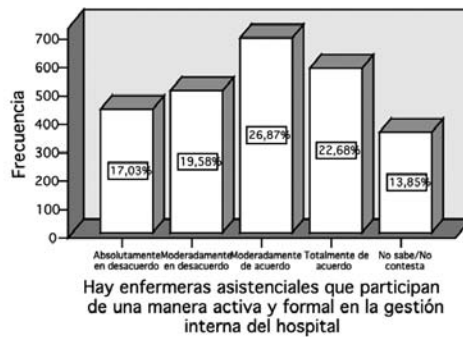


La existencia de sistemas de promoción fue objeto de la pregunta diecisiete, en la que la media de las contestaciones se ubicó en 2,09 con una desviación típica de 1,020. La contestaciones se distribuyeron entre 800 (31,5%) profesionales que eligieron absolutamente en desacuerdo, 661 (26%) que eligieron moderadamente en desacuerdo lo que sumado dio 1441 (57,5%) profesionales. Moderadamente de acuerdo lo contestaron 496 (19,5%) profesionales y totalmente de acuerdo 257 (10,1%). 326 (12,8%) profesionales eligieron contestar No sabe/No contesta de un total de 2540. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 22 (0,9%).

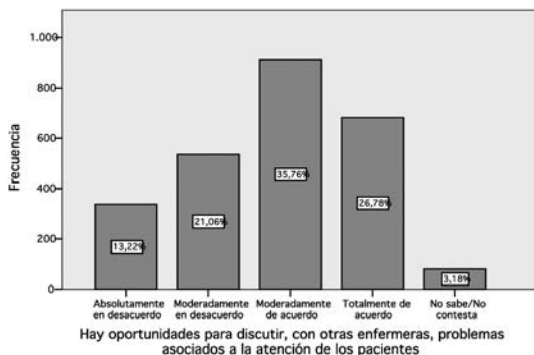




La media de las contestaciones a la pregunta dieciocho fue de 2,64 y una desviación típica de 1,073, en ella se preguntaba si había enfermeras asistenciales que participaban de una manera activa y formal en la gestión interna del hospital (juntas, comités, comisiones, etc.). La contestación se distribuyó de la siguiente manera, 434 (17%) contestaron estar absolutamente en desacuerdo, 499 (19,6%) moderadamente en desacuerdo, lo que sumado dio una cantidad de 993 (36,6%) profesionales. Estar moderadamente de acuerdo lo contestaron 685 (26,9%) y totalmente de acuerdo 578 (22,7%). Del total de 2549 contestaciones, 353 (13,8%) contestaron No sabe/No contesta. Trece (0,5%) profesionales no contestaron esta pregunta dejándola en blanco.



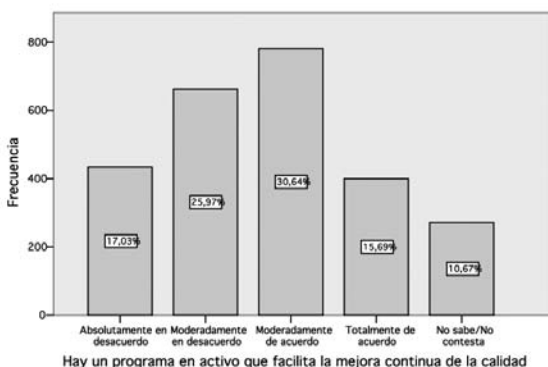
En la pregunta diecinueve se planteaba si había oportunidades para discutir, con otras enfermeras, los problemas asociados a la atención de los pacientes. La media obtenida fue de 2,79 con una desviación típica de 0,997. Distribuyéndose las contestaciones de la siguiente manera, 337 (13,2%) profesionales eligieron estar absolutamente en desacuerdo, 537 (21,1%) moderadamente en desacuerdo y la suma de ambas cantidades nos dio 878 (34,3%). 912 (35,8%) profesionales plantearon estar moderadamente de acuerdo y totalmente de acuerdo 683 (26,8%). No sabe/No contesta fue la elección de 81 (3,2%) profesionales. En total contestaron esta pregunta 2550. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 12 (0,5%).



En la pregunta veinte, se interrogaba acerca de si había una misma manera de entender la enfermería (filosofía, misión, enfoque) que impregna el entorno de trabajo. Las contestaciones se distribuyeron de la siguiente manera, 481 (18,9%) profesionales eligieron estar absolutamente en desacuerdo, 751 (29,5%) eligieron estar moderadamente en desacuerdo, siendo la suma de ambas cantidades de 1232 (48,4%), 847 (33,1%) eligieron estar moderadamente de acuerdo y 377 (14,8%) totalmente de acuerdo. La media fue de 2,46 y la desviación típica de 0,973. Contestaron No sabe/No contesta 90 (3,5%) de un total de 2546. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 16 (0,6%).

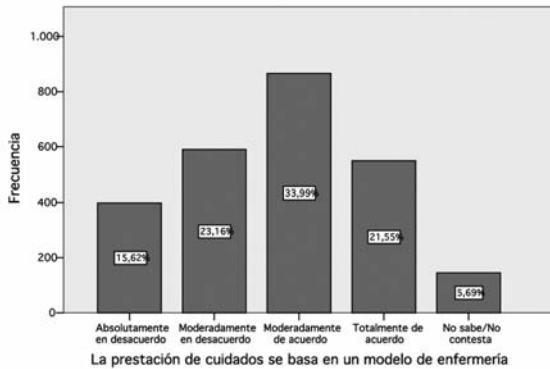


La pregunta veintiuno, se interesaba por la existencia de un programa en activo que facilite la mejora continua de la calidad. A esta pregunta respondieron un total de 2549 profesionales con una media de 2,50 y una desviación típica de 0,991. De estos profesionales eligieron la opción de absolutamente en desacuerdo 434 (17%), la de moderadamente en desacuerdo 662 (26%), dando su adicción un cantidad de 1096 (43%), 781 (30,6%) eligieron la opción de moderadamente de acuerdo y 400 (15,7%) la de totalmente de acuerdo. No sabe/No contesta fue contestado por 272 (10,7%) y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 13 (0,5%) profesionales.





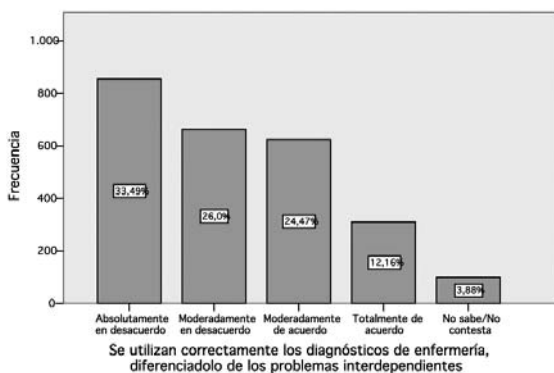
Si la prestación de cuidados se basaba en un modelo de enfermería fue el objeto de la pregunta veintidós. Pregunta a la que contestaron un total 2548 profesionales, ubicándose la media en 2,65 con una desviación típica de 1,008. Absolutamente en desacuerdo fue la opción de 398 (15,6%) profesionales, moderadamente en desacuerdo la opción de 590 (23,2%) profesionales lo que una vez sumado dio una cantidad de 988 o el 38,8% de los que contestaron. Moderadamente de acuerdo fue la opción de 866 (34%) profesionales y Totalmente de acuerdo fue la opción de 549 (21,5%). No sabe/No fue contestado por 145 (5,7%) y no contestaron a esta pregunta dejándola en blanco 14 (0,5%) profesionales.



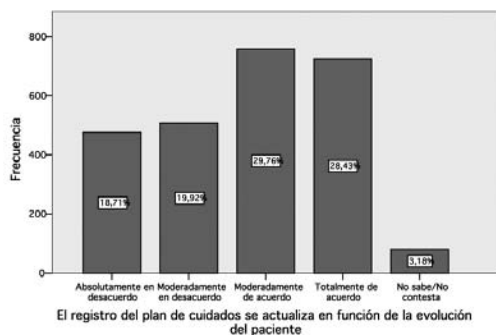
La existencia de un plan de cuidados escrito para cada paciente fue el objeto de la pregunta veintitrés, siendo contestada por un total de 2547 profesionales. La media de las contestaciones fue de 2,43 y la desviación típica de 1,133. La distribución de las respuestas en función de la escala utilizada fue: 713 (28%) profesionales contestaron estar absolutamente en desacuerdo, 556 (21,8%) estaban moderadamente en desacuerdo, lo que constituyó una vez sumado 1269 (49,8%) profesionales. Por otra parte, respondieron a la opción moderadamente de acuerdo 637 (25%) y totalmente de acuerdo 573 (22,5%) profesionales. No sabe/No contesta fue la opción de 68 (2,7%). Profesionales y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 15 (0,6%).



La utilización correcta de los diagnósticos de enfermería y su diferenciación respecto de los problemas interdependientes fue el objeto de la pregunta veinticuatro. La media de las contestaciones fue de 2,16 y la desviación típica de 1,041, siendo el total de los profesionales que contestaron de 2550. Las contestaciones se distribuyeron de la siguiente manera, absolutamente en desacuerdo fue la opción de 854 (33,5%), a lo que había que sumar la opción de 663 (26%) profesionales que contestaron estar moderadamente en desacuerdo, lo que nos proporciona una suma de 1517 (59,5%) profesionales. Moderadamente de acuerdo fue la opción de 624 (24,5%) profesionales y totalmente de acuerdo la de 310 (12,2%). No sabe/No contesta fue elegida por 99 (3,9%) y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 12 (0,5%).

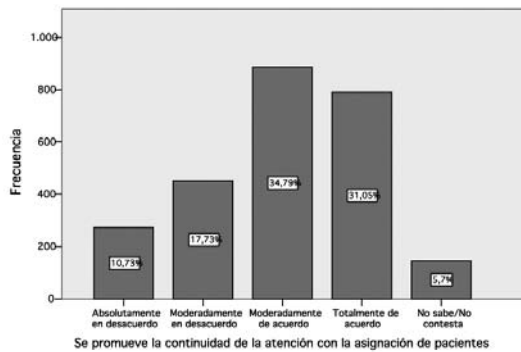


En la pregunta veinticinco se planteaba si el registro del plan de cuidados se actualizaba en función de la evolución del paciente y fue contestada por un total de 2553 profesionales distribuidos de la siguiente manera: Absolutamente en desacuerdo 477 (18,7%), moderadamente en desacuerdo 508 (19,9%) y su suma dio un producto de 985 (38,6%). Moderadamente de acuerdo fue la elección de 759 (29,8%) profesionales y totalmente de acuerdo la de 725 (31,3%). No sabe/No contesta fue elegida por 80 (3,1%) y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 12 (0,5%). La media de las contestaciones fue de 2,70 con una desviación típica de 1,088.





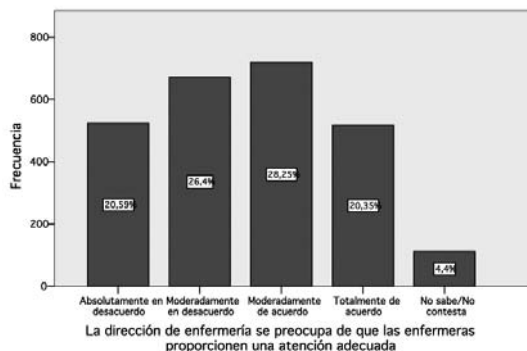
La promoción de la continuidad de la atención con la asignación de pacientes fue el objeto de la pregunta veintiséis. Contestaron un total de 2544 profesionales, no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 18 (0,7%). La media de las contestaciones se ubico en 2,91 con una desviación típica de 0,983. La distribución de las respuestas se realizo de la siguiente manera: Absolutamente en desacuerdo 273 (10,7%), moderadamente en desacuerdo 451 (17,7%), la suma de estas dos respuestas nos dio 724 (28,5%) profesionales. Moderadamente de acuerdo fue la respuesta elegida por 885 (34,8%) y totalmente de acuerdo fue elegida por 790 (31,1%) La opción No sabe/No contesta fue elegida por 145 (5,7%).



En la pregunta veintisiete se interrogo acerca de la existencia de una dirección de enfermería visible y accesible al personal. Las contestaciones se distribuyeron de la siguiente manera, absolutamente en desacuerdo 404 (15,8%), moderadamente en desacuerdo 563 (22,1%), la suma de ambos números de respuesta nos dio 967 (37,9%) profesionales. Moderadamente de acuerdo se mostraron 763 (29,9%) y totalmente de acuerdo 748 (29,3%). La respuesta No sabe/No contesta fue la elegida por 74 (2,9%) profesionales de un total de 2552. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 10 (0,4%). El cálculo de la media nos dio 2,75 y la desviación típica de 1,058.



La dirección de enfermería se preocupa de que las enfermeras proporcionen una atención adecuada fue la temática de la pregunta veintiocho. La media de las contestaciones proporcionadas fue de 2,51 con una desviación típica de 1,052., distribuyéndose las respuestas de la siguiente manera: Absolutamente en desacuerdo 524 (20,6%), moderadamente en desacuerdo 672 (26,4%) siendo la suma de ambas cantidades 1196 (47%). Moderadamente de acuerdo fue la opción de 719 (28,3%) profesionales y totalmente de acuerdo de 518 (20,4%). No sabe/No contesta fue la elección de 112 (4,4%) de un total 2545 que contestaron, no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 17 (0,7%).



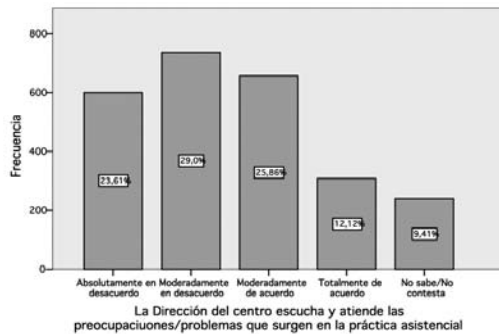
En la pregunta veintinueve se interrogó a las enfermeras acerca de si consideraban que la dirección de enfermería estaba al mismo nivel de poder y autoridad que el resto de directivos del Hospital (dirección médica, dirección económica, dirección de personal, etc.). La media de las contestaciones fue de 2,60 con una desviación típica de 1,057. Contestando estar en desacuerdo ya fuera absolutamente (364 (14,3%)) o moderadamente (435 (17,1%)) 799 (31,5%) profesionales y moderadamente de acuerdo 588 (23,2%) y totalmente de acuerdo 433 (17,1%). Un importante número de los entrevistados 718 (17,1%), contestó No sabe/No contesta de un total 2538 profesionales que respondieron a esta pregunta del cuestionario. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 24 (0,9%).



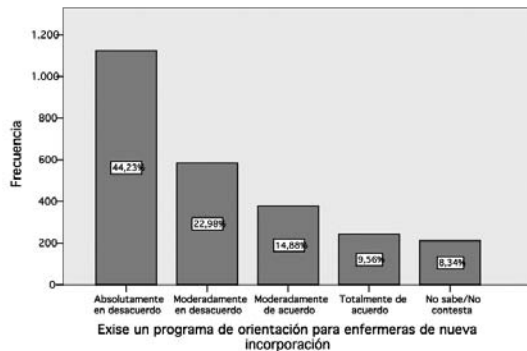




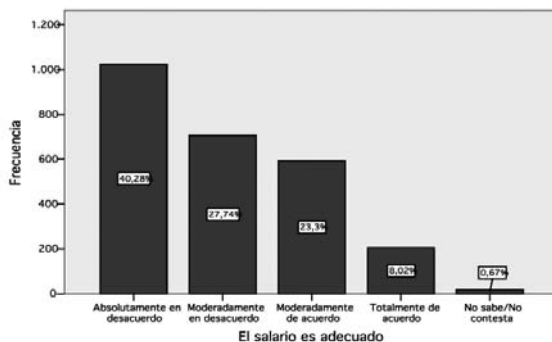
El comportamiento de la dirección del centro respecto a la escucha y atención a las preocupaciones/problemas que surgen en la práctica asistencial fue el objeto de la pregunta número treinta. La media de las contestaciones se colocó en 2,29 con una desviación típica de 0,998. Siendo el conjunto de las contestaciones que expresaban algún nivel de desacuerdo de 1337 (52,6%), distribuidos entre los que estaban Absolutamente en desacuerdo que fueron 600 (23,6%) profesionales y los moderadamente en desacuerdo que fueron 737 (29%). Por otra parte, la elección de moderadamente de acuerdo fue realizada por 657 (25,9%) profesionales y totalmente de acuerdo fue la elección de 308 (12,1%). No sabe/No contesta fue la opción elegida por 239 (9,4%) de un total de 2541 profesionales. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 21 (0,8%).



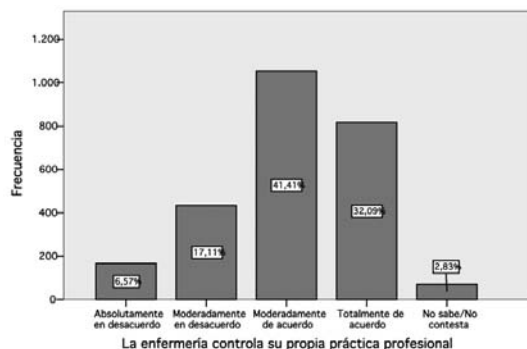
La orientación de las enfermeras de nueva incorporación fue la temática de la pregunta treinta y una. La media de las contestaciones se ubicó en 1,89 con una desviación típica de 1,025. El número de profesionales que expresaron algún nivel de desacuerdo fue de 1708 - (67,2%), distribuyéndose de la siguiente manera: Absolutamente en desacuerdo 1124 (44,2%) y moderadamente en desacuerdo 584 (23%). Moderadamente de acuerdo fue la respuesta de 378 (14,9%) y totalmente de acuerdo de 243 (9,6%) profesionales de un total de 2541 profesionales que contestaron a esta pregunta. No sabe/No contesta fue la opción de 212 (8,3%) profesionales y 21 (0,8%) no contestaron esta pregunta dejándola en blanco.



El salario es adecuado. La media de las contestaciones a la pregunta treinta y dos se ubico en 1,99, con una desviación típica de 0,981. Esta pregunta interrogaba acerca del nivel de adecuación del salario de los profesionales de enfermería, encontrándose en absoluto en desacuerdo 1025 (40,3%) profesionales, moderadamente en desacuerdo 706 (27,7%) y la suma de los que se encontraban de una manera u otra en desacuerdo fue de 1731 (68%) profesionales. Por otra parte, encontramos que moderadamente de acuerdo fue la respuesta de 593 (23,1%) profesionales y totalmente de acuerdo de 204 (8%). Una pequeño grupo del total 2545 que respondieron esta pregunta, eligió la opción de No sabe/No contesta 17 (0,7%). No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 17 (0,7%).

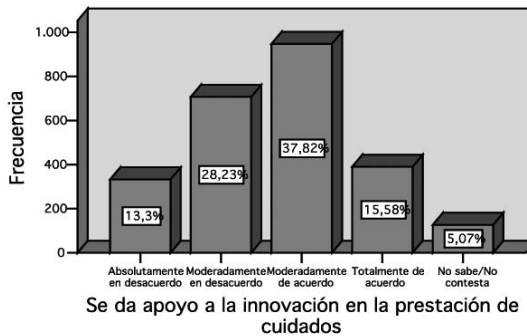


Mediante la pregunta treinta y tres, se interrogo a las profesionales acerca de si la enfermería controla su propia práctica profesional, los que nos proporciono una media de las respuesta que se ubicó en 3,02 con una desviación típica de 0,881, distribuyéndose las respuesta de la siguiente manera: Absolutamente en desacuerdo 167 (6,5%), moderadamente en desacuerdo 435 (17,1%) y la suma de estas dos opciones nos proporciono la cifra de 602 (23,7%). Moderadamente de acuerdo fue la respuesta de 1053 (41,4%) profesionales y 816 (32,1%) optaron por la opción totalmente de acuerdo. De un total 2543 profesionales, 72 (2,8%) consideraron la opción No sabe/No contesta. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 19 (0,7%).

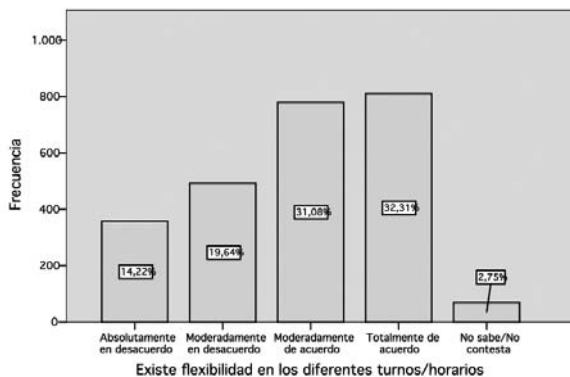




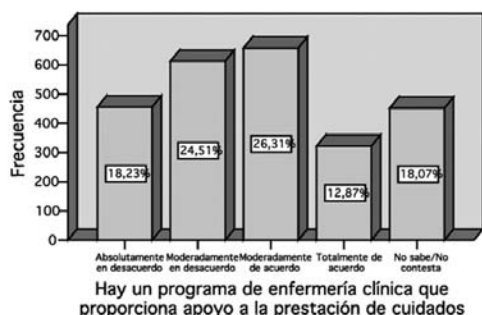
En la pregunta treinta y cuatro se interrogaba acerca de si se daba apoyo a la innovación en la prestación de cuidados. De las contestaciones se obtuvo una media de 2,59 y una desviación típica de 0,923. Las contestaciones se distribuyeron de la siguiente manera: absolutamente en desacuerdo 333 (13,3%), moderadamente en desacuerdo 707 (28,2%) lo que sumado nos dio la cantidad de 1040 — (41,5%). 947 (37,8%) enfermeras contestaron estar moderadamente de acuerdo y 390 (15,6%) totalmente de acuerdo. Contestaron a la pregunta como No sabe/No contesta 127 (5,1%) enfermeras de un total 2504 profesionales que la respondieron. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 58 (2,3%).



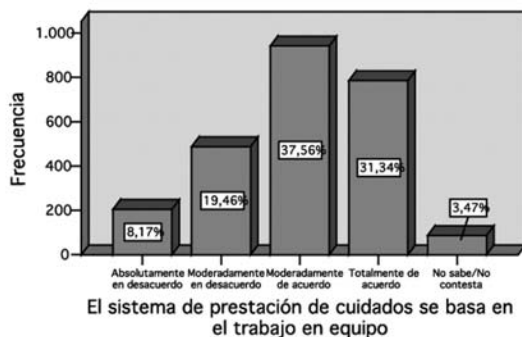
Mediante la pregunta número 15 se trató de averiguar si había flexibilidad en la organización de los diferentes turnos/horarios, en este caso la media de las contestaciones se ubico en 2,84 con una desviación típica de 1,046. Absolutamente en desacuerdo contestaron 357 (14,2%) y moderadamente en desacuerdo 493 (19,6%), en conjunto 850 (33,9%) profesionales. Otros 780 (31,1%) profesionales eligieron la opción de moderadamente de acuerdo y totalmente de acuerdo 811 (31,7%). No sabe/No contesta fue elegida por 69 (2,7%) de un total de 2510 profesionales que respondieron No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 52 (2%).



En la pregunta treinta y seis se puso el interés en conocer si había un programa de enfermería clínica que proporcionara apoyo a la prestación de cuidados, la media de las contestaciones fue de 2,41 con una desviación típica de 1,001. Entre los entrevistados contestaron que estaban absolutamente en desacuerdo 456 (18,2%), 613 (24,5%) moderadamente en desacuerdo y las suma de ambas cantidades fue de 1069 (42,7%). Moderadamente de acuerdo contestaron 658 (26,3%) y totalmente de acuerdo 322 (12,9%). Del total 2501 entrevistados 452 (18,1%) contestaron No sabe/No contesta a esta pregunta. Sesenta y un profesionales, el 2,4% no contestaron esta pregunta dejándola en blanco.



En la pregunta treinta y siete se interrogó acerca de si el sistema de prestación de cuidados se basaba en el trabajo en equipo, las contestaciones se distribuyeron de la siguiente manera, absolutamente en desacuerdo 205 (8,2%), moderadamente en desacuerdo 488 (19,5%), la suma de ambos números de respuesta nos dio 693 (27,6%) profesionales. Moderadamente de acuerdo se mostraron 942 (37,6%) y totalmente de acuerdo 786 (31,3%). La respuesta No sabe/No contesta fue la elegida por 87 (3,5%) profesionales de un total de 2508. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 54 (2,1%). El cálculo de la media nos dio 2,95 y la desviación típica de 0,929.

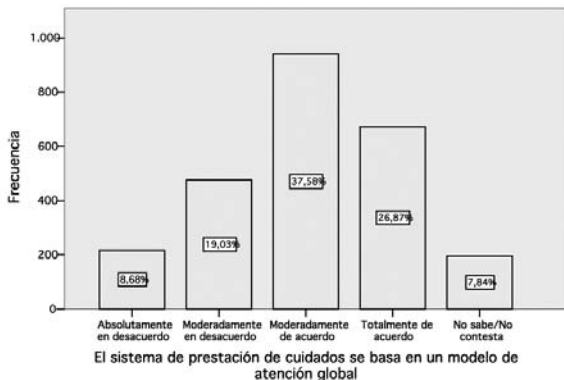




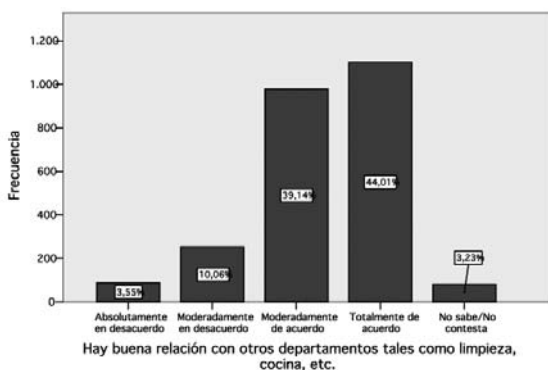
La media de las contestaciones a la pregunta treinta y ocho fue de 2,44 y una desviación típica de 1,037, en ella se preguntaba si el sistema de prestación de cuidados de basaba en un modelo de enfermera de referencia, la contestación se distribuyó de la siguiente manera, 513 (20,5%) contestaron estar absolutamente en desacuerdo, 624 (24,9%) moderadamente en desacuerdo, lo que sumado dio una cantidad de 1137 (45,4%) profesionales. Estar moderadamente de acuerdo lo contestaron 682 (27,3%) y totalmente de acuerdo 409 (16,3%). Del total de 2502 contestaciones, 274 (11%) contestaron No sabe/No contesta. Sesenta (2,3%) profesionales no contestaron esta pregunta dejándola en blanco.



En la pregunta treinta y nueve, se interrogó acerca de si el sistema de prestación de cuidados de basaba en un modelo de atención global, las contestaciones se distribuyeron de la siguiente manera, absolutamente en desacuerdo 217 (8,7%), moderadamente en desacuerdo 476 (19%), la suma de ambos números de respuesta nos dio 693 (27,7%) profesionales. Moderadamente de acuerdo se mostraron 940 (37,6%) y totalmente de acuerdo 672 (26,9%). La respuesta No sabe/No contesta fue la elegida por 196 (7,7%) profesionales de un total de 2501. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 61 (2,4%). El cálculo de la media nos dio 2,90 y la desviación típica de 0,930.



La buena relación con otros departamentos tales como limpieza, cocina, etc., fue el objeto de la pregunta número cuarenta. La media de las contestaciones se colocó en 3,28 con una desviación típica de 0,793. Siendo el conjunto de las contestaciones que expresaban algún nivel de desacuerdo de 341 (13,6%), distribuidos entre los que estaban Absolutamente en desacuerdo que fueron 89 (3,6%) profesionales y los moderadamente en desacuerdo que fueron 252 (10,1%). Por otra parte, la elección de moderadamente de acuerdo fue realizada por 980 (39,1%) profesionales y totalmente de acuerdo fue la elección de 1102 (44%). No sabe/No contesta fue la opción elegida por 81 (3,2%) de un total de 2504 profesionales. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 58 (2,3%).

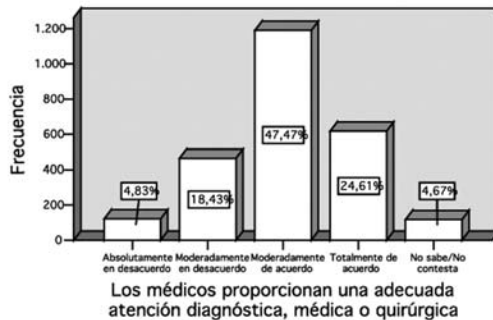


En la pregunta cuarenta y uno se interrogo a las enfermeras acerca de si consideraban que la enfermera no debía de afrontar situaciones que van en contra de su juicio profesional. La media de las contestaciones fue de 2,68 con una desviación típica de 1,025. Contestando estar en desacuerdo ya fuera absolutamente (369 (14,7%)) o moderadamente (611 (24,4%)) 980 (39,2%) profesionales y moderadamente de acuerdo 756 (30,2%) y totalmente de acuerdo 610 (24,4%). Un importante número de los entrevistados 718 (17,1%), contesto No sabe/No contestaron 157 (6,3%) de un total 2503 profesionales que respondieron a esta pregunta del cuestionario. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 59 (2,3%).

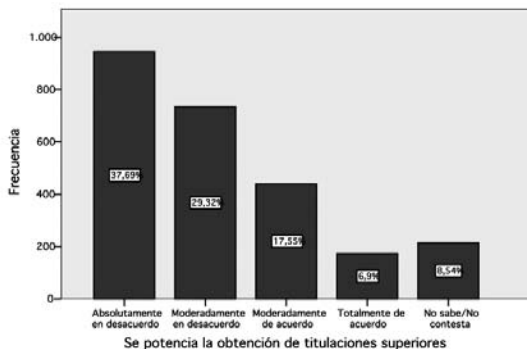




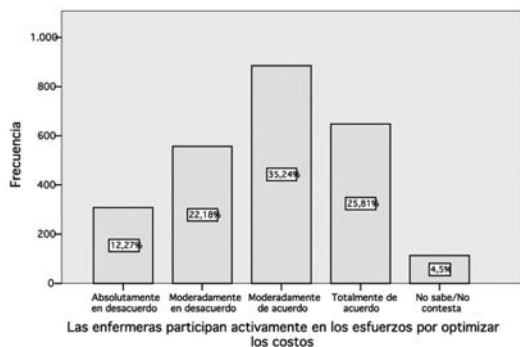
En la pregunta cuarenta y dos se interrogaba acerca de si consideraban que los médicos proporcionaban una adecuada atención diagnóstica, médica o quirúrgica. A esta pregunta contestaron un total 2507 enfermeras, la media de las contestaciones se ubicó en 2,96 con una desviación típica de 0,808. Contestaron que se encontraban absolutamente en desacuerdo 121 (4,8%), moderadamente en desacuerdo 462 (18,4%) lo que constituyó un conjunto de 583 (23,3%) respuestas. Moderadamente de acuerdo contestaron 1190 (47,5%) y totalmente de acuerdo 617 (24,6%). Únicamente un grupo de 117 (4,6%) profesionales contestaron que No sabían/No contesta y 55 (2,1%) dejaron la pregunta en blanco.



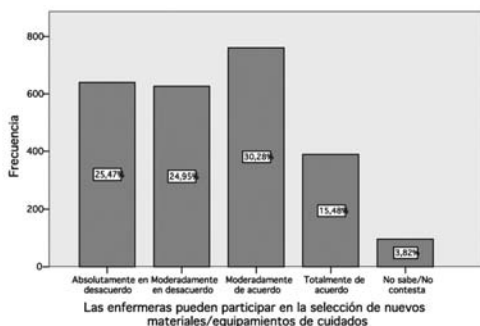
La posibilidad de que la institución potenciara la obtención de titulaciones superiores de las enfermeras fue el objetivo de la pregunta cuarenta y tres. La media de las contestaciones se ubicó en 1,93 con una desviación típica de 0,949. El número de profesionales que expresaron algún nivel de desacuerdo fue de 1680 (67%), distribuyéndose de la siguiente manera: Absolutamente en desacuerdo 945 (37,7%) y moderadamente en desacuerdo 735 (29,3%). Moderadamente de acuerdo fue la respuesta de 440 (17,6%) y totalmente de acuerdo de 173 (6,9%) profesionales de un total de 2507 profesionales que contestaron a esta pregunta. No sabe/No contesta fue la opción de 214 (8,5%) profesionales y 55 (2,1%) no contestaron esta pregunta dejándola en blanco.



Si las enfermeras participaban activamente en los esfuerzos por optimizar los costos fue el objeto de la pregunta cuarenta y cuatro. La media de las contestaciones fue de 2,78 y la desviación típica de 0,984, siendo el total de los profesionales que contestaron de 2511. Las contestaciones se distribuyeron de la siguiente manera, absolutamente en desacuerdo fue la opción de 308 (12,3%), a lo que había que sumar la opción de 557 (22,2%) profesionales que contestaron estar moderadamente en desacuerdo, lo que nos proporciona una suma de 865 (34,4%) profesionales. Moderadamente de acuerdo fue la opción de 885 (35,2%) profesionales y totalmente de acuerdo la de 648 (25,8%). No sabe/No contesta fue elegida por 113 (4,5%) y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 51 (2%).



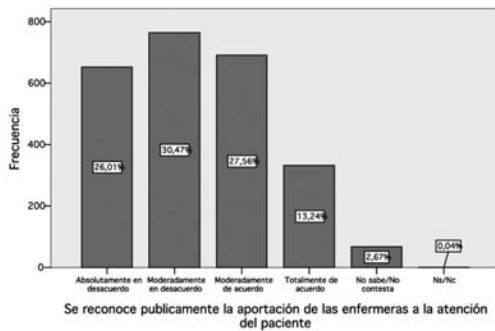
La posibilidad de que las enfermeras puedan participar en la selección de nuevos materiales/equipamientos de cuidados fue la razón de la pregunta cuarenta y cinco, siendo contestada por un total de 2513 profesionales. La media de las contestaciones fue de 2,37 y la desviación típica de 1,042. La distribución de las respuestas en función de la escala utilizada fue: 640 (25,5%) profesionales contestaron estar absolutamente en desacuerdo, 627 (25%) estaban moderadamente en desacuerdo, lo que constituyó una vez sumado 1267 (50,4%) profesionales. Por otra parte, respondieron a la opción moderadamente de acuerdo 761 (30,3%) y totalmente de acuerdo 389 (15,5%) profesionales. No sabe/No contesta fue la opción de 96 (3,8%). Profesionales y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 49 (1,9%).



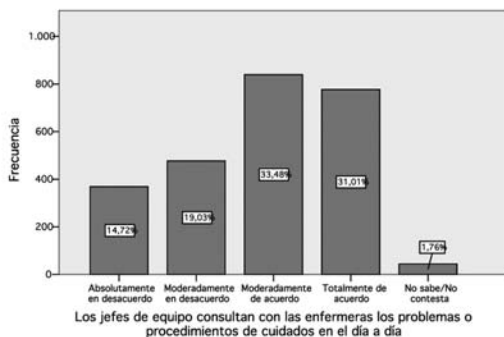




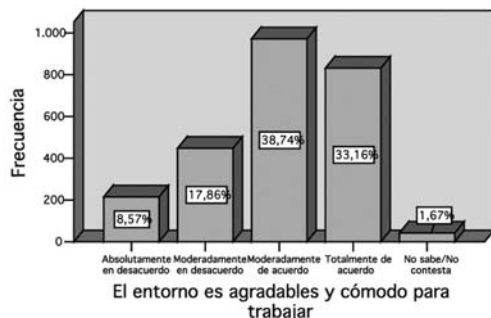
En la pregunta cuarenta y seis se interrogaba acerca de si se reconocía públicamente la aportación de las enfermeras a la atención del paciente, de las contestaciones se obtuvo una media de 2,29 y una desviación típica de 1,034. Las contestaciones se distribuyeron de la siguiente manera: absolutamente en desacuerdo 652 (26%), moderadamente en desacuerdo 764 (30,5%) lo que sumado nos dio la cantidad de 1416 (56,5%). 691 (27,6%) enfermeras contestaron estar moderadamente de acuerdo y 332 (13,2%) totalmente de acuerdo. Contestaron a la pregunta como No sabe/No contesta 67 (2,7%) enfermeras de un total 2507 profesionales que la respondieron. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 55 (2,1%).



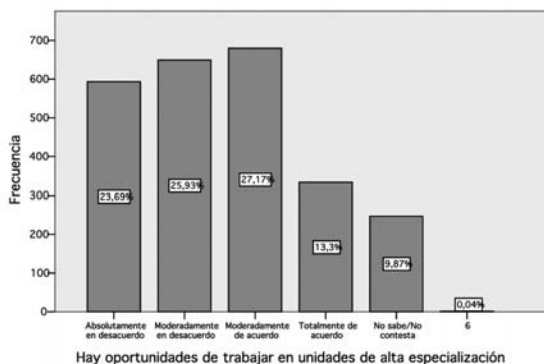
Mediante la pregunta número cuarenta y siete, se trató de averiguar si los jefes de equipo o supervisores, consultan con las enfermeras los problemas o procedimientos de cuidados en el día a día, en este caso la media de las contestaciones se ubico en 2,82 con una desviación típica de 1,038. Absolutamente en desacuerdo contestaron 369 (14,7%) y moderadamente en desacuerdo 477 (19%), en conjunto 846 (33,8%) profesionales. Otros 839 (33,5%) profesionales eligieron la opción de moderadamente de acuerdo y totalmente de acuerdo 777 (31%). No sabe/No contesta fue elegida por 44 (1,7%) de un total de 2506 profesionales que respondieron. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 56 (2,2%).



En la pregunta cuarenta y ocho se le solicitaba a las enfermeras que evaluaran el entorno de trabajo mediante la siguiente pregunta: El entorno es agradable y cómodo para trabajar. La media de las contestaciones fue de 2,98 con una desviación típica de 0,931. Entre los entrevistados contestaron que estaban absolutamente en desacuerdo 215 (8,6%), 448 (17,9%) moderadamente en desacuerdo y las suma de ambas cantidades fue de 663 (26,4%). Moderadamente de acuerdo contestaron 972 (38,7%) y totalmente de acuerdo 832 (32,5%). Del total 2509 entrevistados 42 (1,7%) contestaron No sabe/No contesta a esta pregunta. Cincuenta y tres profesionales, el 2,1% no contestaron esta pregunta dejándola en blanco.

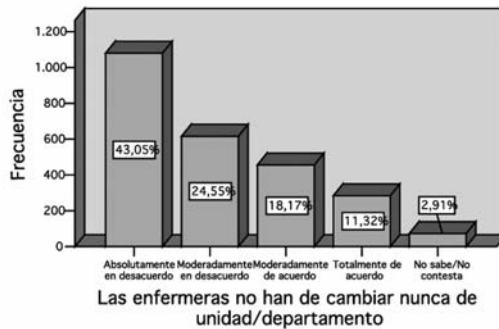


En la pregunta cuarenta y nueve se interrogo a las enfermeras acerca de las oportunidades de trabajar en unidades de alta especialización. La media de las contestaciones fue de 2,34 con una desviación típica de 1,031. Contestando estar en desacuerdo ya fuera absolutamente (593 (23,7%)) o moderadamente (649 (25,9%)) un total de 799 (31,5%) profesionales, moderadamente de acuerdo 680 (27,2%) y totalmente de acuerdo 333 (13,3%). Un grupo de los entrevistados 247 (9,6%), contesto No sabe/No contesta, de un total de 2503 profesionales que respondieron a esta pregunta del cuestionario. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 59 (2,3%).

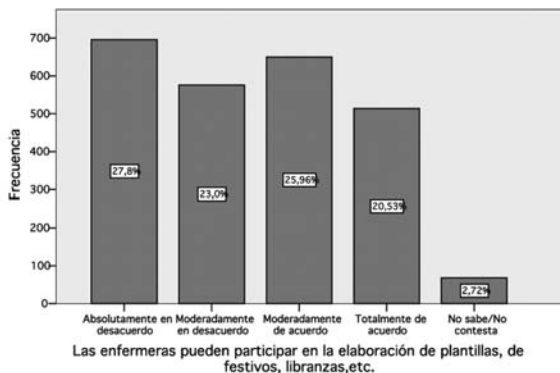




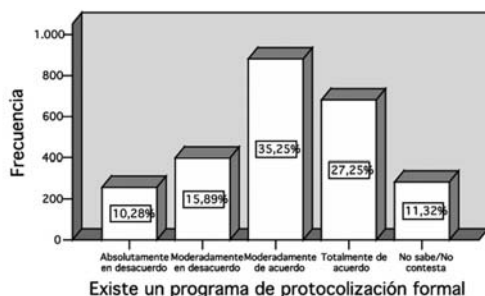
Acerca de si las enfermeras no deberían de cambiar nunca de unidad o departamento se pregunto en la pregunta número cincuenta, obteniendo un total de 2509 respuestas y una media de 1,98 y una desviación típica de 1,047. Las opciones de absolutamente en desacuerdo y moderadamente en desacuerdo fueron elegidas por 1080 (43%) y 616 (24,6%) respectivamente, siendo su suma de 1696 (67,6%) profesionales. La opción moderadamente de acuerdo fue elegida por 456 (18,2%) profesionales y totalmente de acuerdo por 284 (11,3%). Un grupo de 73 (2,9%) profesionales eligió la opción de No sabe/No contesta y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 53 (2,1%).



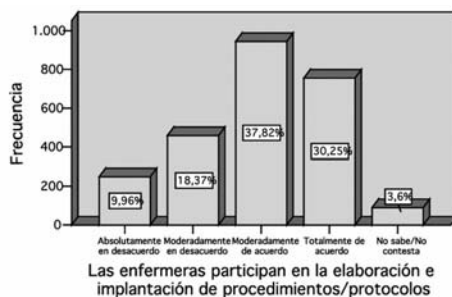
En la pregunta cincuenta y uno se interrogaba acerca de si las enfermeras pueden participar en la planificación de plantillas, de festivos, libranzas, etc.. A esta pregunta contestaron un total 2504 enfermeras, la media de las contestaciones se ubicó en 2,40 con una desviación típica de 1,111. Contestaron que se encontraban absolutamente en desacuerdo 696 (27,8%), moderadamente en desacuerdo 576 (23%) lo que constituyo un conjunto de 1272 (50,8%) respuestas. Moderadamente de acuerdo contestaron 650 (26%) y totalmente de acuerdo 514 (20,5%). Únicamente un pequeño grupo de 68 (2,7%) profesionales contestaron No sabe/No contesta y 58 (2,3%) la dejaron en blanco.



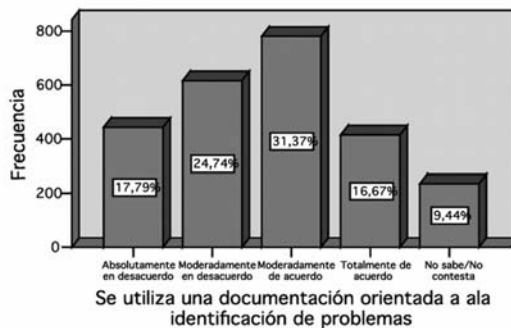
En la pregunta cincuenta y dos se trató de identificar la existencia de un programa de protocolización formal, la media de las contestaciones fue de 2,90 y la desviación típica de 0,970, siendo el total de los profesionales que contestaron de 2553. Las contestaciones se distribuyeron de la siguiente manera, absolutamente en desacuerdo fue la opción de 257 (10,3%), a lo que había que sumar la opción de 397 (15,9%) profesionales que contestaron estar moderadamente en desacuerdo, lo que nos proporciona un grupo de 654 (26,2%) contestaciones de profesionales. Moderadamente de acuerdo fue la opción de 881 (35,3%) profesionales y totalmente de acuerdo la de 681 (27,3%). No sabe/No contesta fue elegida por 283 (11,3%) y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 63 (02,5%).



La pregunta número cincuenta y tres la contestaron un total de 2499 profesionales, en ella se les interrogaba acerca de si las enfermeras participan en la elaboración e implantación de procedimientos/protocolos en la actividad de las unidades, la media de las contestaciones se ubicó en 2,92 y la desviación típica fue de 0,955. La distribución de las contestaciones fue como sigue, 249 (10%) estuvieron absolutamente en desacuerdo y moderadamente en desacuerdo 459 (20,3%) lo que conformo un grupo de 708 (28,3%) profesionales. Moderadamente de acuerdo contestaron 945 (37,8%) y totalmente de acuerdo 756 (30,3%). El grupo de los que No saben/No contestan fue en esta pregunta de 90 (3,6%) y no contestaron la pregunta dejándola en blanco 63 (2,5%) profesionales.



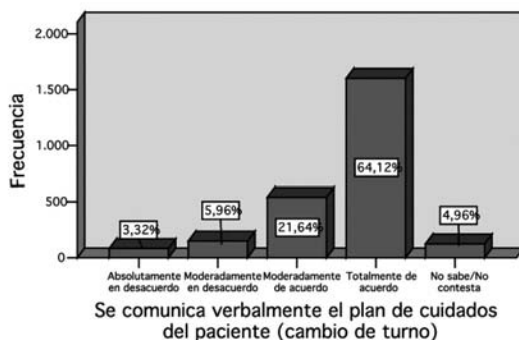
La pregunta cincuenta y cuatro interrogaba acerca de si se utilizaba una documentación orientada a la identificación de problemas, a lo cual contestaron un total de 2490 profesionales. La media de las contestaciones fue de 2,52 y la desviación típica de 1,006. 443 (17,8%) profesionales respondieron estar absolutamente en desacuerdo y 616 (24,7%) moderadamente en desacuerdo lo que constituyó un grupo de 1059 el 42,5% de las que contestaron. 781 (31,4%) profesionales contestaron estar moderadamente de acuerdo y un grupo de 415 (16,7%) totalmente de acuerdo. La elección de la contestación No sabe/No contesta fue realizada por 235 (9,4%). No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 72 (2,8%) profesionales.



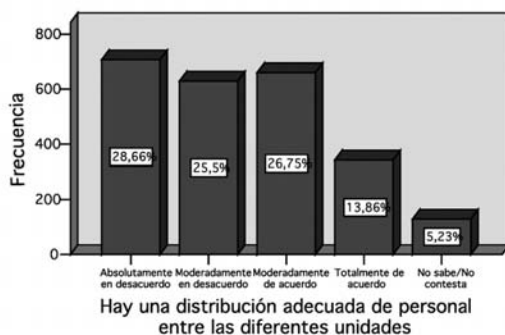
Mediante la pregunta número 55 se trató de averiguar si las entrevistadas trabajaban con enfermeras con mucha experiencia, que conocían bien el hospital, en este caso la media de las contestaciones se ubico en 3,19 con una desviación típica de 0,828. Absolutamente en desacuerdo contestaron 102 (4,1%) y moderadamente en desacuerdo 339 (13,6%), en conjunto 441 (17,6%) profesionales. Otros 983 (39,3%) profesionales eligieron la opción de moderadamente de acuerdo y totalmente de acuerdo 1003 (40,1%). No sabe/No contesta fue la opción elegida por 72 (2,9%) de un total de 2499 profesionales que respondieron. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 63 (2,5%).



En la pregunta cincuenta y seis, se interrogaba acerca de si se comunica verbalmente el plan de cuidados del paciente en el cambio de turno. La media obtenida en las contestaciones fue de 3,54 con una desviación típica de 0,764. Entre los entrevistados contestaron que estaban absolutamente en desacuerdo 83 (3,3%), 149 (6%) moderadamente en desacuerdo y las suma de ambas cantidades fue de 232 (9,3%). Moderadamente de acuerdo contestaron 541 (21,6%) y totalmente de acuerdo 1603 (64,1%). Del total de 2500 entrevistados 124 (4,8%) contestaron No sabe/No contesta en esta pregunta. Sesenta y dos profesionales, el 2,4% no contestaron esta pregunta dejándola en blanco.



La pregunta cincuenta y siete hacia referencia a la adecuada distribución del personal entre las diferentes unidades, a lo que contestaron un total de 2467 profesionales de enfermería. La media fue de 2,27 y la desviación típica de 1,047. Contestaron estar absolutamente en desacuerdo 707 (28,7%), moderadamente en desacuerdo 629 (25,5%) y la suma de ambas contestaciones fue de 1336 (54,2%) profesionales. Por otra parte, 660 (26,8%) profesionales estuvieron moderadamente de acuerdo y 342 (13,9%) totalmente de acuerdo. No sabe/No contesta fue la respuesta elegida por 129 (5%) y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 95 (3,7%).





### **Resumen Análisis factorial, siete factores:**

**Factor 1. Apoyo Formación:** No hay diferencia clara de opinión entre los tipos de hospital relacionados con el apoyo a la formación.

**Factor 2. Actuación centrada en el paciente:** En los hospitales del primer y segundo grupo es más clara la opinión de que la atención está centrada en el paciente, esta opinión está en ambos casos sobre el 60% de alguna manera de acuerdo, en el tercer grupo solo un 18,3% está totalmente de acuerdo con el epígrafe del factor que es la atención está centrada en el paciente.

**Factor 3. Competencia y liderazgo:** es clara la opinión en los tres grupos de hospitales la opinión de que la actividad clínica está basada en la competencia por encima del 70% en los tres grupos. En el primer y segundo grupo la opinión de que hay un claro liderazgo y apoyo de la dirección con un 66% en el primero, un 60% en el segundo y un poco más bajo un 47% en el grupo de hospitales de mas de 500 camas.

**Factor 4. Juicio profesional y control de la práctica clínica:** en los tres grupos es evidente que existe control sobre la práctica clínica con un 71% en el primer grupo, un 70% en el segundo y un poco más bajo en el grupo de los grandes hospitales con un 64%.

**Factor 5. Relación con otros profesionales:** También existe buena relación con otros profesionales en los tres grupos aunque es de destacar la del grupo 2 con un 71%, un 68% en el grupo 3 y un 60% en el grupo 1.

**Factor 6. Adecuada provisión de Recursos Humanos:** Parece por la opinión que conforme va creciendo el hospital en número de camas la opinión favorable a la adecuada provisión de recursos humanos va disminuyendo, en el grupo 1 el 62% esta de alguna manera de acuerdo, en el grupo dos baja a un 48% y en el grupo 3 es de un 40%.

**Factor 7. Práctica enfermera autónoma:** También parece claro que existe una práctica enfermera autónoma en los hospitales de la Comunidad Valenciana. En los tres grupos está sobre el 75% la opinión de las enfermeras que están moderadamente o absolutamente de acuerdo en que la práctica enfermera es autónoma.

## DISCUSIÓN

### *Factor 1. Apoyo formación*

La formación continuada es un elemento esencial y un contribuyente fundamental para el desarrollo profesional y la retención de las enfermeras. Indudablemente, todos los procesos de formación continuada pueden ser considerados procesos de recertificación o de certificación adicional y proporcionan beneficios a los pacientes y a las organizaciones sanitarias, mejorando la calidad del cuidado, la satisfacción y la retención del personal, tal y como así lo atestigua el estudio llevado a cabo por Cary en 2001. Las enfermeras a través de los procesos de certificación de la formación continuada incrementan la confianza, la competencia, la credibilidad y el control de tal manera que las enfermeras que obtienen formaciones adicionales son más rápidas en reconocer los problemas y generar soluciones a tiempo. Esto hace que sea menos probable que puedan cometer errores. La capacitación de las enfermeras para elevar sus niveles de conocimientos y destrezas contribuye a la creación de una atmósfera que se alinea completamente con criterios de provisión de personal adecuados. En muchos casos las enfermeras reciben apoyo financiero para la obtención de sus certificaciones adicionales, así como la mejora y progreso en los niveles clínicos, lo cual en base a las carreras promocionales de las distintas instituciones, muchas de las veces, comportan recompensas económicas adicionales, tanto a nivel salarial como la obtención y promoción a nuevos niveles clínicos.

Las enfermeras que tienen supervisores que llevan a cabo, y fomentan, el apoyo mutuo entre todo el personal que componen las unidades y/o departamentos se sienten menos inseguras y más satisfechas, con la carga de trabajo y las oportunidades de desarrollo profesional y una mayor satisfacción de conjunto. Las buenas relaciones con otros trabajadores y con los supervisores puede incluso reducir el abandono del trabajo. Una situación que debe ser tratada y considerada desde la formación básica, teniendo en cuenta que la docencia en el ámbito de la enfermería es una actividad a desarrollar en cada momento durante toda nuestra vida profesional, dirigiéndonos a estudiantes de enfermería, colegas, pacientes y su familia.

Las actividades docentes se deben de apoyar y animar en las organizaciones que pretendan obtener ambientes de trabajo saludables, proporcionando apoyo y asistencia en este ámbito a las enfermeras, a través de la inclusión en las descripciones de puesto de trabajo de las actividades docentes que tienen





que llevar a cabo y las correspondientes recompensas en su carrera profesional y oportunidades de desarrollo. Es necesario prestar una especial atención al momento en que se produzca la incorporación de nuevos profesionales en las instituciones sanitarias, un momento de transición de estudiante a profesional, el cual se debe de llevar a cabo de una forma suave, que permita a la institución asistir y apoyarlo en todo momento durante esta situación crítica, por lo tanto aprovechamos la ocasión para abogar por una demora en el desarrollo de procesos de integración en los puestos de trabajo de los nuevos titulados a través de la promoción de procesos docentes que impidan la exigencia de responsabilidad inmediata y se garantice el trato de estos nuevos profesionales como supernumerarios en las organizaciones durante períodos que se deberían de estimar en función de la complejidad de las unidades.

Es imposible no estar de acuerdo en que los sentimientos acerca de la actividad que se lleva a cabo y la evaluación que se puede realizar, de ésta, por distintos individuos, puede plantear diferencias importantes. Así como tampoco se debe olvidar tal y como sugiere Siegrist (1996) en el desarrollo de su modelo de esfuerzo/recompensa, que cuando los trabajadores perciben un desbalance entre los esfuerzos que ellos realizan, en su trabajo, y las recompensas que reciben, se presentan reacciones que pueden ser en algún caso patológicas, a nivel físico y emocional.

Las recompensas que se ofrecen a las enfermeras habitualmente pueden tener que ver con dinero, lo que es interesante, pero fundamentalmente las recompensas que en la mayoría de las ocasiones funcionan más adecuadamente tiene que ver con las razones de nuestro estudio, que son: el reconocimiento, el control sobre la práctica, la adquisición de responsabilidades y, por supuesto, imbuido de todos estos elementos, las oportunidades para el desarrollo personal y profesional.

La literatura en el ámbito de la remuneración apoya de manera clara la relación entre la satisfacción de las enfermeras con su salario y la satisfacción de éstas con el conjunto del trabajo, y sugiere que el dinero sólo se convierte en uno de los principales elementos de satisfacción en la ausencia de otros elementos. No obstante, es tradicional en el ámbito de la enfermería la existencia de una queja constante a cerca del salario que reciben, incluso cuando este salario es significativamente superior al que se pueda percibir en otros ámbitos productivos.

La relación responsabilidad, cantidad de trabajo y sobrecarga emocional, muchas de las veces no tienen la correspondiente ni la adecuada remuneración económica, lo que puede conducirnos a preguntarnos las causas por las que, incluso en estas situaciones, las enfermeras llevan a cabo su trabajo. Una de las causas, posiblemente, latentes en los procesos de abandono que se están llevando en los sistemas sanitarios de muchos países y que hacen que porcentajes muy altos de profesionales de enfermería, a pesar de que las remuneraciones no sean adecuadas, continúen haciendo prevalecer su implicación vocacional para resolver todas las situaciones que esto comporta.

En esta línea, es necesario hacer una mención a la situación en la que se encuentra una parte importante del personal del sistema sanitario, realizando sustituciones temporales o contratos a corto plazo, para resolver la situación de déficit de personal del sistema sanitario. Esto revierte en una situación de inseguridad laboral e inseguridad en el puesto de trabajo, provocando un alto nivel de rotación de profesionales que redundará en una disminución de la seguridad de los pacientes y, por supuesto, en la pérdida de control sobre la actividad que se desempeña y la autonomía profesional. En los últimos años, se ha procedido a realizar análisis salariales comparando el salario percibido por las enfermeras con otros grupos profesionales de idéntico nivel formativo, por ejemplo, las enfermeras en hospitales e instituciones abiertas de la Generalitat Valenciana con otros colectivos del grupo B, entre ellos los profesores de primaria, secundaria y formación profesional o los Técnicos de Gestión Administrativa. Llegándose a la conclusión de que las enfermeras están discriminadas en términos salariales (López y Tortosa, 2001).

La docencia en el ámbito de la enfermería es una actividad a desarrollar en cada momento durante toda nuestra vida profesional, dirigiéndonos a estudiantes de enfermería, colegas, pacientes y su familia. Las actividades docentes se deben de apoyar y animar en las organizaciones que pretendan obtener ambientes de trabajo saludables, proporcionando apoyo y asistencia en este ámbito a las enfermeras a través de la inclusión en sus descripciones de puesto de trabajo, de las actividades docentes que tienen que llevar a cabo y las correspondientes recompensas en su carrera profesional y oportunidad de desarrollo.

Las enfermeras son el grupo de profesionales sanitarios más directamente involucradas con los pacientes, responsables de la monitorización y valoración clínica de los cambios, intervenir en todos los momentos en que sea necesario y de comunicar cambios en la situación para asegurar intervenciones adecua-



das y establecer con ello la coordinación del cuidado. Benner (1984: 136-137) escribió que las enfermeras ocupan una posición básica, y a la vez única, en los procesos sanitarios, para la detección y prevención de errores. En este sentido describe que una de las características de la formación de enfermería es el desarrollo de una observación orientada en base a claves sensibles, que les permitan detectar los cambios y los errores potenciales. Un comportamiento que identifica a la enfermera interesada y comprometida con su trabajo. Por otra parte, describe situaciones en las que los profesionales de enfermería pueden ser superados por la presión del trabajo, propiciando una situación en la que las enfermeras solo alcanzan a satisfacer determinados aspectos superficiales del trabajo. Esto les impide detectar los cambios sutiles que pueden deteriorar la salud de los pacientes o, en su caso, los posibles errores médicos.

La American Association of Critical-Care Nurses (AACN) reconoce la sinergia entre el desarrollo de ambientes de trabajo saludables y el progreso y avance de la enfermería a pie de cama, lo cual contribuye al desarrollo de ambientes positivos de trabajo en los cuales “las enfermeras de agudos y críticos pueden hacer contribuciones óptimas” (AACN, 2009). El clima de trabajo en el cual las enfermeras proporcionan cuidados a los pacientes puede determinar de forma clara tanto la calidad como la seguridad del cuidado proporcionado.

Una de las partes más importantes de las demandas de atención de los pacientes tiene que ser resuelta a través del conocimiento y las acciones de las enfermeras, las cuales son el grupo más amplio de profesionales sanitarios que debe de aplicar sin ningún tipo de cortapisas su conocimiento, destrezas y experiencia de cuidado a las necesidades cambiantes de los pacientes. Cuando los cuidados de enfermería se llevan a cabo por debajo de los estándares establecidos, lo cual se puede producir en base a múltiples causas, que pueden ir desde déficit en el número de profesionales disponibles y necesarios, a dificultades de acceso a las infraestructuras técnicas e incluso carencia de políticas y estándares apropiados, lo que hace que en muchas ocasiones el personal de enfermería cargue con mucha más responsabilidad de la que corresponde. El conjunto de puntos anteriores, dibuja un panorama negativo en el que se debería poner el énfasis en la mejora de aspectos que tengan que ver con la capacitación de las enfermeras, a través de la previsión de los recursos necesarios para proporcionar los adecuados cuidados de salud y asegurar que los pacientes obtengan los beneficios necesarios que redundan en su seguridad y la calidad del cuidado.

La pregunta treinta y uno estaba relacionada con la existencia de un programa de orientación para enfermeras de nueva incorporación, a partir de las contestaciones se podría deducir que en el conjunto de los centros estudiados no hay prevista de manera mayoritaria un programa de orientación para enfermeras de nueva incorporación, en conjunto las contestaciones de absolutamente en desacuerdo (1124/44,2%) y moderadamente en desacuerdo (584/23%) sumaron un total de 1708 contestaciones, lo que supuso el 67,2% de las profesionales entrevistadas. Es significativo que adicionalmente eligieran la opción de no sabe/no contesta (212/8,3%) o dejaran en blanco esta pregunta (21/0,8%).

Los programas de orientación constituyen un programa de acogida y bienvenida a los nuevos trabajadores de vital importancia, pues de ellos dependerá en un próximo futuro el tipo de relación que se establezca entre el trabajador y la organización y determina de forma clara la manera en que el nuevo trabajador deberá de pensar y actuar siguiendo pautas de la institución. En definitiva, las pautas y criterios culturales organizativos en los que el nuevo trabajador se va a integrar. Por tanto, se podría decir que un porcentaje muy significativo del personal de enfermería actualmente trabajando en los servicios sanitarios no recibió una adecuada bienvenida u orientación específica organizacional acerca de las características del centro en el que iban a trabajar. Esta es una carencia importante dado que este tipo de actividades permiten a los nuevos trabajadores obtener una idea acerca de la evolución histórica del centro y la posición que detenta respecto a otros centros en el sistema, por otra parte, es necesario que los profesionales reciban una descripción de las actividades y funciones generales, de la estructura organizativa obtengan una descripción de la misión y visión del centro así como de su filosofía y objetivos, estableciendo la forma en que cada empleado puede contribuir a la actividad y la obtención de las metas recibiendo orientación acerca de prestaciones y servicios a los que se tiene derecho por ser trabajador del centro. Por último, y no menos importante, es la exposición de las políticas, normativas internas y presentación de los procedimientos con los que deberá de estar familiarizado.

La educación lo largo de la vida para dar respuesta a los retos de un mundo cambiante es considerada por la Forcem (1998: 7) una de las claves del siglo XXI, en esta línea la mejora de la posición competitiva de las empresas hace de la formación, y en concreto la formación continuada, un valor estratégico. La formación continuada desarrolla conductas diferentes que facilitan el acceso



de los trabajadores a nuevos retos y en especial la realización de sus posibilidades constituyéndose en un elemento facilitador del cambio (Apps, 1985).

En nuestro caso las respuestas obtenidas a la pregunta número 12 en la que se interrogaba acerca de la existencia de un programa de formación continuada y si este era accesible para las enfermeras, se obtuvieron un total de 2553 respuestas con una media que se ubicó en el 2,89 y una desviación típica de 0,898, las respuestas afirmativas fueron 1673 lo que constituyó el 65,5% de las que apoyaban la existencia y accesibilidad del programa de manera mayoritaria.

El nivel de acuerdo se podría considera importante, aunque exigiría la realización de análisis complementarios dado que sería necesario concretar las características del programa de formación continuada y sus aspectos de incidencia ya que habiendo realizado una primera aproximación a los programas estos no están dirigidos a formar para seguir ocupando un puesto de trabajo, dado que la caducidad de los aprendizajes es cada vez más inmediata, por lo tanto, lo aprendido o lo que se aprende cada vez es menos perdurable (Jiménez y Jiménez, 1999: 72/36). A todo ello, hay que añadir que la oferta de cursos es indiscriminada y a la cual se puede adherir cualquier enfermera que lo considere oportuno sin que se realicen consideraciones de gestión por la institución más allá del mero cumplimiento de la oferta de programas de formación.

La razón de la pregunta número trece fue interrogar acerca de la existencia de un programa formal de tutorización de enfermeras de nueva incorporación, por parte de enfermeras más expertas, obteniéndose una contestación media de 1,91 y una desviación típica de 1,035. La contestación fue de desacuerdo en 1779 ocasiones, el 69,7% de un total de 2551 contestaciones totales, a lo que habría que añadir un 5% de profesionales que eligieron la opción no sabe/no contesta 117 (4,6%) o que simplemente dejaron la pregunta en blanco 11 (0,4%).

Las contestaciones a esta pregunta informan de la escasez o carencia de esta figura en el ámbito de la asistencia de enfermería en la Comunidad Valenciana, lo que plantea un problema de apoyo y asistencia al personal de nueva contratación durante los primeros momentos de trabajo. En Inglaterra, el United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (UKCC) durante el año 1989 puso en marcha el proyecto PostRegistration Education and Practice (UKCC, 1990) con el objetivo de analizar la práctica y el mante-

nimiento de estándares después de la titulación. Simultáneamente, la consultora Price Waterhouse, durante mayo de 1990 y julio de 1991, llevo a cabo un análisis de costo beneficio de la utilización de figuras de apoyo tales como los tutores para las profesionales de nueva incorporación, determinando que la creación de estas figuras habían generado ahorros potenciales y reducción de costos (Mckimm, Jolie y Hatter, 2003). Unas figuras que tenían el cometido de apoyar a los nuevos trabajadores a ser efectivos desde sus comienzos reduciendo los errores, mejorando su confianza, conocimientos destrezas y actitudes, incidiendo de manera importante en la mejora de cuidado proporcionado a los pacientes y reduciendo el abandono profesional. Como resultado el National Health Service procedió a publicar una guía requiriendo que las autoridades sanitarias apoyara e implementaran la figura del tutor lo que permanece desde 1993 hasta la actualidad.

La pregunta cuarenta y tres se centró en averiguar si las instituciones sanitarias de la Comunidad valenciana, en un proceso de desarrollo formativo potenciaban la obtención de titulaciones superiores de sus enfermeras. Se obtuvieron un total de 2507 respuestas, con una media de 1,93 y una desviación típica de 0,949. La respuesta mayoritaria se ubicó, fundamentalmente, en el absoluto desacuerdo 945 (37,7%) y en el moderadamente en desacuerdo 735 (29,3%), lo que supuso el 67% de las respuestas siendo llamativo, también en este caso, el número de los eligieron la opción de no sabe/no contesta 214 (8,5%) y los que contestaron en blanco 55 (2,1%).

La respuesta a esta pregunta resulta paradójica, considerando que en su momento se había procedido a la publicación del Decreto 173/2007, de 5 de octubre, del Consell, por el que se aprobaba el Sistema de Carrera Profesional del Personal de Salud Pública de la Conselleria de Sanidad, el cual establece en su Artículo 5, las áreas de evaluación en los Grupos A y B y concretamente define la adquisición de conocimientos como un merito a considerar en el apartado b) Adquisición de conocimientos: se valorará la asistencia a actividades de formación continua y continuada relacionadas con el ejercicio profesional en Salud Pública, siempre que estén acreditadas oficialmente. Se valorará la asistencia a cursos, doctorado, aprendizaje de nuevas técnicas, etc. siempre y cuando incida positivamente en una formación acreditada. La evaluación se realizará conforme al oportuno baremo que se deberá aprobar en las disposiciones de desarrollo de la presente norma. Asimismo, en el Artículo 20 apartado b, respecto de la retribución de los grados de carrera establece que: “El



personal que acceda a un puesto fijo en grupo de titulación superior, teniendo reconocido previamente un determinado grado de carrera profesional, mantendrá un complemento retributivo equivalente a la cuantía correspondiente a dicho grado de carrera hasta que se le reconozca un grado de carrera en el nuevo grupo de titulación cuya cuantía supere la de aquél. En ningún caso se podrá percibir de forma simultánea el complemento de carrera por más de un grupo de titulación”.

La pregunta número veinte interrogaba acerca de la existencia de una misma manera de entender la enfermería (filosofía, misión, enfoque) que impregne el entorno de trabajo. La media de las contestaciones obtenidas sobre un total 2546, se ubicó en el 2,46 con una desviación típica de 0,973. En esta pregunta prácticamente la mitad, el 48,4% (1232), de los que la contestaron se encontraron o absolutamente (481 (18,9%)) o moderadamente en desacuerdo (751 (29,5%)), a lo que hay que añadir un 4,1 % adicional de los encuestados que eligieron la opción no sabe/no contesta 90 (3,5%), o no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 16 (0,6%).

Por otra parte, los que contestaron estar moderadamente de acuerdo fueron 847 (33,1%) y totalmente de acuerdo 377 (14,8%), unas cifras que plantean la existencia de un alto nivel de discrepancia, dado que si existiera una misma filosofía, misión y enfoque, la opinión sería unánime a la hora de contestar, pues la forma de entender la enfermería sería la misma. La filosofía de la enfermería respecto a la propia enfermería es un elemento de trascendental importancia para la práctica profesional pues incorpora y comprende desde el sistema de creencias de la enfermería profesional a la búsqueda del conocimiento, determinando la forma de pensar sobre un fenómeno o situación y por ende definiendo la manera de actuar, siendo uno de los elementos más importantes y sobresalientes la intención de desarrollar los conocimientos enfermeros y con ellos el conocimiento de la humanidad. Pearson (1983) en su trabajo acerca de la unidad clínica de enfermería explora la relación entre los distintos sistemas organizativos de provisión de cuidados y plantea que una vez las enfermeras acuerdan los elementos comunes y básicos de orientación del cuidado, es necesario que lleguen a acuerdos para desarrollar el modelo de cuidados que les permita llevar aquellos principios a la acción, ya que es la filosofía de enfermería la que informa de los aspectos básicos de la organización del cuidado. Una serie de premisas que aparentemente en el caso de nuestra comunidad no se da. Las contestaciones ponen de manifiesto una discrepancia importante y

la necesidad de resolver estos aspectos, cuanto antes mejor, por el benéfico de los pacientes y de los profesionales.

La pregunta dieciocho interrogaba acerca de si había enfermeras asistenciales que participan de una manera activa y formal en la gestión interna del hospital (juntas, comités, comisiones, etc.). De las contestaciones obtenidas se obtuvo una media de 2,64 y una desviación típica de 1,073. De un total de 2549 contestaciones, 434 (17%) estuvieron absolutamente en desacuerdo, 499 (19,6%) moderadamente en desacuerdo lo que configuro un 36,6% (993) de las respuestas y estuvieron totalmente de acuerdo 578 (22,7%) y moderadamente de acuerdo 685 (26,9%). Nuevamente un número importante de profesionales eligió la contestación no sabe/no contesta 353(13,8%) y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 13 (0,5%).

Este último apartado de no sabe/no contesta sumado al de los que dejaron la contestación en blanco supone una cifra importante, que nos informa de problemas de comunicación y por tanto de gestión, el desconocimiento de la existencia de profesionales que participen de la gestión interna del hospital ya sea a través de las juntas, los comités o las comisiones, nos da idea de que esto aún existiendo, es mínimo y poco representativo, a lo que hay que sumar el porcentaje de los que estuvieron moderadamente y absolutamente en desacuerdo, lo que constituye el 50,9 de los profesionales. Un dato que nos informa de un problema de gestión importante del que se podrían realizar dos lecturas distintas, dado que más de la mitad de los profesionales sanitarios de las hospitales de la comunidad, las enfermeras, no tienen claros o no conocen los mecanismos de representación y participación en los mecanismos de gestión interna, nos enfrentamos a un problema de visibilidad, ya que estando, su presencia no trasciende. O en su caso, estos mecanismos no existen o son desarrollados a un nivel muy básico de representación lo que hace que el personal de enfermería este minusrepresentado y esta sea la causa de que no trascienda al colectivo.

Respecto de la pregunta cuarenta y cuatro, si las enfermeras participan activamente en los esfuerzos por optimizar los costos, las contestaciones proporcionadas podrían informarnos más de un deseo y esfuerzo individual que de una realidad, dada la falta de participación de las enfermeras en los elementos y entidades de gestión de la institución. Esta pregunta la contestaron un total de 2511 profesionales. La media de las contestaciones se ubicó en el 2,78 con una desviación típica de 0,984. Estuvieron absolutamente en desacuerdo 308





(12,3%) y moderadamente en desacuerdo 557 (22,2%). En conjunto suponían 865 profesionales, el 34,4%. Moderadamente de acuerdo lo contestaron 885 (35,2%) y totalmente de acuerdo 648 (25,8%). El número de los que estuvieron de acuerdo fue mayor que los que se encontraban en desacuerdo. Un 4,5% (113) optó por la opción no sabe/no contesta y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 51 (2%).

La falta de implicación del personal de enfermería en los mecanismos de gestión impide una participación real de la enfermería en la optimización, puesto que las aportaciones y el compromiso individuales, siendo valiosas, son insignificantes dado su alejamiento de lo que significa realmente una acción planificada y concertada por parte de los elementos de gestión de la institución, en esta misma línea, la pregunta veintiuno, interrogaba acerca de la existencia de un programa activo que facilita la mejora continua de la calidad. Respondieron a esta pregunta un total de 2549 profesionales, y la dejaron en blanco 13 (0,5%), obteniéndose una media de 2,50, con una desviación típica de 0,991. Contestaron estar absolutamente en desacuerdo 434 (17%), moderadamente en desacuerdo 662 (26%), cuya suma nos dio una cantidad de 1096, lo que suponía el 43% de las contestaciones. En este caso las contestaciones en las opciones de moderadamente de acuerdo 781 (30,6%) y totalmente de acuerdo 400 (15,7%), volvieron a superar a la opción de desacuerdo, pero es necesario tener en cuenta el grupo de profesionales que optaron por no sabe/no contesta lo que constituyó un 10,7% (272) del total de la muestra.

El conjunto de las contestaciones, siendo que mayoritariamente se han adherido a las opciones de moderadamente de acuerdo y totalmente de acuerdo en un 46,3%, nos informa de una serie de deficiencias de gestión importantes, dado que cualquier programa activo que tienda a facilitar la mejora continua de la calidad debería de ser conocido por la totalidad de la plantilla y estar integrado en los procesos de planificación para su cumplimiento, de otra manera es imposible de llevar a cabo y, por tanto, de obtener los beneficios que comporta.

A la pregunta número cuarenta y cinco contestaron un total de 2513 profesionales dejándola en blanco 49, el 1,9% de la muestra. Esta pregunta interrogaba acerca de si las enfermeras podían participar en la selección de nuevos materiales/equipamientos de cuidados. La media de las contestaciones fue de 2,37 y la desviación típica de 1,042. Contestado 1267 (50,4%) profesionales estar absolutamente (640 (25,5%)) o moderadamente en desacuerdo (627

(25%). La opción no sabe/no contesta fue elegida por 96, el 3,8% de los que contestaron.

La opción totalmente de acuerdo la eligieron 389, el 15,5% de los que contestaron, adicionalmente un 30,3% de los que contestaron, 761 profesionales, manifestaron estar moderadamente de acuerdo, lo que planteaba ciertas dudas acerca de la posibilidad de participar en cuestiones tan básicas como es la elección de los materiales que se deben de utilizar en la atención de los pacientes. Algo que podría entenderse que, en algún caso, fuera objeto de trabajo en comisiones y por tanto en algún momento que los profesionales no estuvieran al corriente de los detalles, de cómo se eligen los materiales. Pero lo que es seguro, es que si se produjera la selección de los materiales por personal de enfermería esto sería de conocimiento general y no habría duda acerca de ello. Una duda que se plantea a partir del escaso porcentaje de profesionales que eligieron la opción totalmente de acuerdo.

La pregunta número catorce trataba de conocer las opiniones de las enfermeras respecto a la posibilidad de ir obteniendo un mayor grado de responsabilidad y peso en la toma de decisiones clínicas en función de los conocimientos y habilidades adquiridas. Una pregunta a la que contestaron un total de 2553 profesionales y cuya media fue de 2,12, con una desviación típica de 1,004. Las contestaciones fueron mayoritariamente en desacuerdo sumando las respuestas de absolutamente y moderadamente en desacuerdo 1562 y conformando el 61,2% de las respuestas, habiendo contestado el 33,1% (845) a la primera opción y el 28,1% (717) a la segunda opción respectivamente. Solo un 34,7% estuvo o moderadamente de acuerdo (630 (24,7%)) o totalmente de acuerdo (257 (10%)). Eligieron no sabe/no contesta 104(4,1%) profesionales y del conjunto de la muestra 9 (0,4%) eligieron contestar en blanco.

La profesión de enfermería dados los cambios ocurridos a todos los niveles, en especial, en términos educativos, está en estos momentos enfrentado un proceso de ampliación de las responsabilidades, lo que es crucial para la mejora y desarrollo de los cuidados de los pacientes (Hunt y Wainwright, 1994). Este proceso debería comportar, en esencia, un incremento de la obtención de un mayor grado de responsabilidad y peso en la toma de decisiones clínicas en función de los conocimientos y habilidades adquiridas. Independientemente de esta situación, la actividad de enfermería esta cambiando e incrementando su complejidad constantemente, lo que hace necesario que las enfermeras tomen



decisiones acerca del contenido de sus trabajo en el ejercicio de su autonomía, que posiblemente tenga menos que ver con cambiar la propia profesión de enfermería y más con cambiar la forma en las que las enfermeras piensan (Carlisle 1992). Unas decisiones que deberían de ser fomentadas y apoyadas por las instituciones en las que las enfermeras llevan a cabo su trabajo y que, aparentemente, no se produce en las instituciones de la Comunidad Valenciana.

La pregunta número quince interrogaba acerca de la existencia de oportunidades de participación en el establecimiento de las políticas que se desarrollan en el servicio u hospital (por ejemplo en recursos, planes, estrategias, normativas, etc.). Contestaron un total de 2548 profesionales con una media de 2,01 y una desviación típica de 1,000. Del conjunto de contestaciones 1562 profesionales, el 64,6%, opinaron en términos de desacuerdo con 989 (38,8%) que estuvieron en absoluto desacuerdo y 656 (25,7%) que estuvieron moderadamente en desacuerdo, a lo que hay que unir el conjunto de los que eligieron la opción de no sabe/no contesta, que fue elegida por 115 (4,5%) y que junto con los que se manifestaron en términos de desacuerdo componían el 69,1% de los que contestaron a esta pregunta. La dejaron en blanco 14 (0,5%) profesionales.

Los centros sanitarios son instituciones de utilización intensiva de mano de obra profesional con altos niveles de calificación, entre los cuales se encuentran las enfermeras, las cuáles no debería de tener ningún obstáculo para la participación en el desarrollo de cualquier tipo de política, plan, estrategia o normativa o, en su caso, conocer en todo momento los mecanismos para poder participar del desarrollo de todos estos aspectos que de una manera u otra puede afectar a su actividad profesional. En el momento actual, esta claro y existe evidencia suficiente acumulada a lo largo de los últimos años en la actividad empresarial que la participación en estos procesos incrementa la autoestima el valor personal y afecta positivamente a los sentimientos de los profesionales. En esta línea, se ha pronunciado la American Nurses Association (ANA, 1995), reclamando procesos que faciliten la participación de la enfermería en la formulación y desarrollo de políticas, planes, regulaciones y la toma de decisiones. Adicionalmente, el Consejo Internacional de Enfermería pone el énfasis en la interacción e interrelación que se produce entre las enfermeras, sus clientes y sus familias a través de todo el espectro del sistema de salud indicando que las enfermeras ayudan a interpretar las necesidades y expectativas de los ciudadanos en relación con los cuidados de salud, a través

de las distintas actuaciones, ya sea en la clínica o a través de la investigación que, como se ha podido constatar repetidamente, contribuye y proporciona evidencia para el desarrollo de políticas de salud. Es evidente que el que las enfermeras no conozcan los mecanismos ni avenidas de participación en la planificación y desarrollo de políticas de salud, es una pérdida importante que puede lastar y condicionar el desarrollo del sistema sanitario. Las empresas cada vez más promueven el desarrollo y participación de sus empleados, que esto no se produzca en la Agencia Valenciana de Salud, que un porcentaje muy importante de profesionales no participen en nuevos desarrollos es un lujo que no deberíamos de permitirnos, especialmente cuando estos profesionales están altamente cualificados y tienen un amplio conocimiento de las necesidades de los usuarios y de los propios profesionales implicados en la asistencia.

La pregunta dieciséis interrogó a los profesionales acerca de si se reconocía el trabajo bien hecho. Un total 2548 profesionales contestó a esta pregunta obteniéndose una media en las contestaciones de 2,49 y una desviación típica de 0,993. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 14 (0,5%). Un grupo de 1211, el 47,5% de los que contestaron se encontraron absolutamente o moderadamente en desacuerdo, constituyendo el 19,4% (495) y el 28,1% (716) respectivamente de la muestra, no sabe/no contesta fue la elección de 49 (1,9%) de los profesionales que contestaron. Moderadamente de acuerdo contestaron 863 (33,9%) y totalmente de acuerdo 425 (16,7%), constituyendo el 50,6 % de los entrevistados, observándose un alto nivel de discrepancia y de indeterminación a la hora de definir si se reconoce el trabajo bien hecho, lo que nos indica la posibilidad de un problema de gestión dada la falta de determinación a la hora de elegir la opción.

Llegado este punto es importante dada la falta habitual de procedimientos de reconocimiento hacer un pequeño alto para analizar la diferencia entre un cumplido y un reconocimiento, las respuestas obtenidas a esta pregunta, dada su distribución podrían tener un componente de confusión entre lo que son ambas cosas. El cumplido tiene que ver con cuestiones bonitas y agradables tal y como cuando decimos que alguien lleva una corbata bonita o que bien te sienta ese vestido. Un reconocimiento tiene tres elementos, es específico y debe de realizarse con sinceridad y franqueza. El reconocimiento tiene que ver con la forma de ser de la persona o lo que ha realizado/demostrado para conseguir algo, no necesariamente tiene que ver con la consecución de resultados, sino con lo que se demuestra por parte de la persona, para conseguir algo, debe de



ser específico y ser sincero. El reconocimiento crea intimidad y la posibilidad de desarrollar poderosas interacciones ya que el reconocimiento sincero de la realización de un buen trabajo libera gran cantidad de energía y buenos sentimientos, creando una gran diferencia entre el antes y después en la vida laboral de aquellos que lo han recibido, mejorando la salud física y mental tanto de aquellos que reciben como de los que lo realizan. Por ello, es conveniente que cada vez que nos encontremos con una persona que lleve a cabo un trabajo excelente, incluso no teniendo ascendencia sobre ella y simplemente sea un compañero, reconozcamos su trabajo. En la actualidad, hay una importante evidencia de que el reconocimiento y la memoria ayudan a obtener mayores niveles de bienestar energía y diligencia, minimiza el stress y los sentimientos negativos y mejora las condiciones de respuesta de los individuos.

En la pregunta diecisiete, contestaron un total 2540 profesionales y se trataba de conocer la existencia de sistemas de promoción, ante lo que solamente un 29,6% contestó estar de acuerdo distribuyéndose de la siguiente manera, un 19,5% (496) de los profesionales se encontraba moderadamente de acuerdo y un 10,1% (257) totalmente de acuerdo. La media de las contestaciones se ubicó en 2,09 y la desviación típica de fue de 1,020. Por otra parte, absolutamente en desacuerdo fue lo que contestaron 800 (31,5%) profesionales y moderadamente en desacuerdo 661 (26%) lo que representó el 57,5% (1441) de las contestaciones a lo que habría que sumar, evidentemente, el grupo de los que eligieron no sabe/no contesta 326 (12,8%) constituyendo un porcentaje total del 70,3% de los profesionales que contestaron a esta pregunta. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 22 (0,9%).

Aparentemente, estas contestaciones mostraron una importante contradicción ya que tal y como hemos tratado anteriormente, existe una normativa de promoción denominada Carrera Profesional y que viene recogida en el Decreto 173/2007, de 5 de octubre, del Consell, por el que se aprobaba el Sistema de Carrera Profesional del Personal de Salud Pública de la Conselleria de Sanidad, el cual o no se ha comprendido o no ha servido para el fin para el que fue creado, ya que tal y como su nombre indica debería de contener de manera ordenada la manera en que un empleado en este caso profesionales de enfermería puede progresar, en términos de promoción, a lo largo de su vida profesional. El que los profesionales que contestaron a esta pregunta no lo hicieran de una manera mayoritaria en términos de acuerdo, nos hace preguntarnos acerca de que es lo que se entiende o ha sido entendido por promoción en este caso, y

cual es la relación entre la carrera profesional y los correspondientes puestos de trabajo de la agencia valenciana de salud.

La pregunta número treinta y dos fue contestada por 2545 profesionales a los que se les interrogó acerca de si el salario era adecuado, obteniendo una contestación media de 1,99 y una desviación típica de 0,981. Absolutamente en desacuerdo fue la contestación del 40,3% (1025) y moderadamente en desacuerdo del 27,7% (706). El desacuerdo constituyó un grupo de 1731 profesionales que configuró el 68% de las contestaciones a esta pregunta. Esta pregunta tuvo un número poco significativo de profesionales que eligieron la opción de no sabe/no contesta 17 (0,7%), así como un grupo similar de profesionales que la dejaron en blanco 17 (0,7%). Moderadamente de acuerdo fue la opción de 593 (23,1%) y totalmente de acuerdo 204 (8%) profesionales, es realmente significativa esta última cifra dado que solo un 8% (204) de profesionales están satisfechos con el salario recibido.

Los resultados obtenidos nos indican cierto descontento respecto al salario recibido, si tal como comenta Dubin (1976:304) en una economía moderadamente compleja, los sueldos son considerados un medio para valorar y recompensar el trabajo y las contribuciones de los que producen los bienes y los servicios, es normal que las enfermeras se quejen y consideren que la remuneración que reciben no es suficiente, ni son recompensadas adecuadamente, lo que implica, por lo tanto, que se podría decir que su trabajo no es valorado adecuadamente. El dinero se puede considerar una expresión de logro y manifestar prestigio, poder y la seguridad adquirida, pero sólo cuando llega a representar estos factores es cuando se convierte en un poder significativo que motiva (Gellerman, 1963:160-161), por lo tanto aunque el saber popular habitualmente diga que el dinero no lo es todo, casi siempre es necesario obtenerlo, para poder llegar a considerarlo en un segundo lugar.

A la pregunta número cuarenta y nueve relativa a la existencia de oportunidades para trabajar en unidades de alta especialización contestó un total 2503 profesionales siendo la media de las contestaciones y la desviación típica de 1,031. 1239 profesionales, el 49,6% contestaron estar absolutamente (593 (23,7%)) o moderadamente en desacuerdo (649 (25,9%)). Estuvieron moderadamente de acuerdo 680 (27,2%) y totalmente de acuerdo 333 (13,3%). Un importante número de los profesionales que contestaron a la pregunta eligieron la opción no sabe/no contesta 247 (9,6%) y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 59 (2,3%).



Es bastante significativo que un mínimo porcentaje, el 13,3% de los encuestados se encuentre totalmente de acuerdo, lo que implica que hay ciertas dificultades para poder acceder a los puestos de trabajo en unidades de alta especialización, lo cual no tendría trascendencia, si no fuese porque incluso una parte muy importante de los han respondido a la pregunta se encuentran ocupando dichos puestos de trabajo.

### ***Factor 2. Actuación centrada en el paciente***

Acerca del trabajo de enfermería se tiene una idea errónea, se desarrolla y está básicamente conectado con la atención directa a los pacientes, pero no sólo tiene que ver con las acciones llevadas a cabo con pacientes, involucra además de la organización de los pacientes, todo lo relativo a ellos, sus familias y otros profesionales, de manera conjunta en función de un determinado medio, completando en la mayoría de las ocasiones tareas que no tienen que ver con el contenido, del trabajo de enfermería, o con los pacientes directamente, y teniendo la necesidad de realizar una planificación anticipada que impida la suspensión o retrasos de determinadas actividades. En este sentido, O'Brien-Pallas, Irvine, Peereboom y cols. (1997) analizaron tres dominios a los que denominaron la estructuración del trabajo en respuesta a las demandas de otros, cambios imprevistos en función del curso clínico de los pacientes, y las características y composición del equipo de cuidadores, concluyendo que las enfermeras contribuyen al correcto funcionamiento de las instituciones sanitarias de una manera decidida, independientemente de la resolución de los cuidados directos a los pacientes. Autores tales como Clarke y Aiken (2006) y Laschinger y Leiter (2006) han argumentado que los cambios en la cultura organizativa de las organizaciones sanitarias, así como mejoras en la calidad del clima laboral generan mejoras en la productividad y se relacionan con la reducción de efectos adversos y mejores resultados de los pacientes y, en última instancia, una disminución del burnout entre las enfermeras. En este sentido, diversas investigaciones han demostrado que la relación entre la organización de cuidados de enfermería, el clima de trabajo de las enfermeras y los efectos adversos en los pacientes, tales como errores de medicación o infecciones, incrementan la duración de la estancia y la mortalidad.

Las enfermeras pueden encontrar significado a su trabajo cuando el cuidado de los pacientes se lleva a cabo a través de procesos y metodologías que se alinean con la filosofía y los principios profesionales. Las enfermeras como

miembros de una profesión regulada y con estándares establecidos a nivel académico y por las organizaciones científicas son adiestradas desde una perspectiva de guías de práctica clínica. Sin embargo, la percepción de los diferentes roles que los profesionales de enfermería deben de llevar a cabo se adquieren durante la formación en los lugares de prácticas a través de la interacción con sus futuros colegas y tutores. Estos procesos de socialización desarrollan en las enfermeras los estándares profesionales y de cuidado, entre los que se incluye habitualmente una filosofía del cuidado, y de su trabajo, que adquiere su máxima significación cuando son capaces de atender todos los aspectos de la salud de los pacientes. En la actualidad, este modelo está constantemente siendo retado en las instituciones sanitarias, en donde los modelos de cuidado a menudo adoptan un lugar secundario debido a la orientación del modelo de asistencia sanitaria hacia el diagnóstico y tratamiento médico. Instituciones en las que si combinamos la identificación del modelo de actuación de enfermería como no prioritario y con altas cargas de trabajo para las enfermeras, se produce como resultado que solamente tienen tiempo para llevar a cabo las tareas relacionadas con las necesidades más básicas de los pacientes. En esta situación, las enfermeras niegan a los pacientes los cuidados que les son necesarios a todos los niveles y devienen rápidamente en sentirse culpables y desanimadas.

La definición de los roles profesionales es un requisito imprescindible para el establecimiento del control sobre la actividad práctica de enfermería. Las nuevas tecnologías y los cambios organizativos han creado un cierto nivel de confusión entre lo que las enfermeras pueden o deberían de hacer y los cambios que se están introduciendo en las propias infraestructuras sanitarias. Esta situación causa tensión en los equipos de enfermería, incluyendo, por supuesto, a todos aquellos individuos que conforman este equipo desde una perspectiva auxiliar, haciéndolos menos eficientes. El control sobre la práctica, la libertad para actuar de manera independiente, aplicando el amplio conjunto de conocimientos adquiridos y desarrollados con la experiencia y la adquisición de nuevos niveles educativos, está relacionado de manera importante con la satisfacción en el trabajo. Hay una amplia evidencia de que la provisión de una mayor capacidad de toma de decisiones, tal y como está también demostrado en otros ámbitos no necesariamente de salud, disminuye el abandono de enfermería.

Las enfermeras tienen mucho qué decir acerca de los diferentes aspectos de los cuidados de la salud de los pacientes, especialmente, en todo aquello





que tiene que ver con la práctica de su actividad de cuidado e incluyendo la actuación como consejeras de los pacientes, pero cuando las enfermeras se encuentran limitadas en sus capacidades y en la toma de decisiones a cerca de los cuidados sobre los pacientes y consideran que su experiencia y conocimientos no se valoran, su motivación se transforma y se produce una reducción o menor apego y afiliación a la empresa.

La pregunta treinta y nueve interrogo acerca de el sistema de prestación de cuidados y si este se basaba en un modelo de atención global. Esta pregunta fue respondida por un total de 2501 profesionales obteniéndose una media de las contestaciones cifrada en 2,90 y una desviación típica de 0,930. Un 27,7% (693) de los profesionales se manifestaron absolutamente en desacuerdo 217 (8,7%) o moderadamente en desacuerdo 476 (19%), ubicándose el grupo más numeroso de contestaciones en el ámbito del acuerdo, y distribuyéndose de la siguiente manera, moderadamente de acuerdo 940 (37,6%) y totalmente de acuerdo 672 (26,9%), un grupo de 196 (7,7%) profesionales eligieron la opción no sabe/no contesta y 61 (2,4%) no contestaron esta pregunta dejándola en blanco.

Tal y como debía de ser, la elección mayoritaria de los profesionales se decanto por definir el modelo de atención como global, lo que puede en un momento futuro demandar un nuevo estudio que nos permita entrar en detalles acerca del concepto de globalidad que se esta proporcionando y si este tiene que ver en concreto con la atención de enfermería o se refiere al modelo de conjunto sanitario.

La pregunta treinta y seis se planteó interrogando a los profesionales acerca de la existencia un programa de enfermería clínica que proporcionara apoyo a la prestación de cuidados. Esta pregunta fue contestada por un total de 2501 profesionales, ubicándose la media de las contestaciones en 2,41 y la desviación típica en 1,001. El porcentaje de los profesionales que eligieron la opción de moderadamente de acuerdo fue de 26,3% (658) y el de totalmente de acuerdo de 12,9% (322), y en absoluto desacuerdo se manifestaron 456 (18,2%) y moderadamente en desacuerdo 613 (24,5%), lo que significo un monto total de profesionales en desacuerdo de 1069, el 42,7%, a lo que habría que añadir un número muy significativo de profesionales que eligieron la opción no sabe/no contesta 452 (18,1%). No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 61 (2,4%).

La existencia de enfermeras clínicas de apoyo en las unidades facilita la provisión de cuidados de alta calidad. Estas enfermeras deberían de ser expertas en el desarrollo y práctica de la evidencia basada en un amplio espectro de especialidades del ámbito de enfermería, al tiempo que estar altamente cualificadas en la atención directa a los pacientes, con capacidad para llevar a cabo su actividad en diferentes ámbitos de cuidados. Los diferentes análisis llevados hasta ahora, acerca de esta figura, han mostrado una fuerte correlación entre sus intervenciones, la satisfacción de los pacientes y unos cuidados proporcionados a los pacientes seguros y con una alta relación de coste efectividad (Fulton y Baldwin, 2004; ANA, 2004). Las enfermeras clínicas de apoyo proporcionan el apoyo correspondiente en la comunicación con otros profesionales sanitarios, especialmente en aquellos casos en los que la enfermería ha sido contratada habiendo terminado sus estudios recientemente. Los elementos relacionados aquí relativos a la figura de enfermería clínica de apoyo y los datos obtenidos, nos indican una carencia importante a la hora de la actividad en las unidades, lo que puede plantear conflictos de actuación.

En la pregunta veintiséis se interrogaba acerca de si se promueve la continuidad de la atención con la asignación de pacientes. Esta pregunta fue contestada por un total de 2544 profesionales y la media obtenida de las contestaciones fue de 2,91 con una desviación típica de 0,983. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 18 (0,7%). La opción de absolutamente en desacuerdo fue escogida por 273 (10,7%) profesionales, moderadamente en desacuerdo por 451 (17,7%) y la suma de estas dos elecciones nos dio una cifra de 724, el 28,5% de los profesionales, a lo que habría que sumar un importante número de profesionales que eligieron la opción no sabe/no contesta 145 (5,7%). Aunque en esta ocasión, el grupo mayoritario de profesionales eligieron las opciones de moderadamente de acuerdo 885 (34,8%) y totalmente de acuerdo 790 (31,1%), conformando un grupo de 1675 (65,9%).

La continuidad del cuidado está relacionada con cuestiones de calidad a lo largo del tiempo en que se desarrollan los cuidados de salud a un determinado paciente. Hay dos perspectivas importantes, una de ellas, la tradicional plantea que la continuidad del cuidado es idealizada a lo largo de la experiencia de los pacientes, los cuales experimentan una relación de continuidad en términos de correspondencia con los profesionales sanitarios, algo que ha afectado de manera directa a algunas de las definiciones que se han realizado, como por ejemplo: “la percepción que tiene el usuario sobre la coherencia de esta asistencia



coordinada, que recibe a lo largo del tiempo” (Haggerty, Reid, Freeman y cols., 2003). Por otra parte, las necesidades de los pacientes no pueden ser satisfechas únicamente por un solo profesional o la actuación de un grupo reducido de profesionales, lo que exige la participación, cada vez más, de un número mayor de profesionales que intervienen en la atención sanitaria, haciendo necesario que se produzcan adaptaciones para dar cabida a la coexistencia de ambos ideales de manera simultánea. Por tanto, la continuidad del cuidado debe de ser contemplada desde la perspectiva del paciente y de los proveedores, para lo que es imprescindible el establecimiento de sistemas y procedimientos de coordinación asistencial, que desarrollen la capacidad de los servicios sanitarios para ofertar sincronizadamente la posibilidad de alcanzar un objetivo asistencial común sin que se produzcan desencuentros que perjudiquen al paciente (Starfield, 2002). Para los proveedores de servicios lo ideal sería producir un único servicio a través de compartir información, la integración, y la coordinación de los diferentes proveedores implicados. La continuidad del cuidado debe de incorporar y cubrir ambos apartados y orientarse desde la perspectiva de los cuidados centrados en el paciente (Gulliford, Smriti y Morgan, 2006). Aparentemente, a través de la lectura de los resultados obtenidos estas circunstancias se dan en los hospitales de la Agencia Valenciana de Salud.

Analizar si el sistema de prestación de cuidados de basa en un modelo de enfermera de referencia fue el objetivo de la pregunta treinta y ocho, que fue contestada por un total de 2502 profesionales, obteniendo una media de las contestaciones de 2,44 y una desviación típica de 1,037. Contestaron estar absolutamente en desacuerdo 513 (20,5%) y moderadamente en desacuerdo 624 (24,9%), lo que constituyo el 45,4% (1137) de los profesionales. Moderadamente de acuerdo fue la opción de 682 (27,3%) y totalmente de acuerdo la de 409 (16,3%) profesionales. Eligieron no sabe/no contesta 274 (11%) y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 60 (2,3%).

El desarrollo y profesionalización de enfermería ha planteado, en algunas ocasiones, la enfermera de referencia como una estrategia no siempre comprendida y frecuentemente no seguida. Especialmente cuando se trata de desarrollar el proceso de atención de enfermería y proporcionar un cuidado adecuado e individualizado a los pacientes. La enfermera de referencia, aunque ha sido considerada la respuesta adecuada a algunos de los problemas actuales de enfermería, incorpora desde los mismos procesos de implantación que no han tenido éxito, algunas contradicciones relacionadas con aspectos de respon-

sabilidad. La enfermera de referencia o enfermera primaria, es un sistema de distribución de los cuidados de enfermería en el que el cuidado es gestionado durante las veinticuatro horas por una enfermera que dirige y coordina las actividades de otras enfermeras y cualquier otro tipo de personal y establece la programación de las pruebas, los procedimientos y todo tipo de actividades para el paciente, realizando todo ello por si misma, cuando se encuentra en la unidad. La enfermera de referencia es un método de práctica de enfermería que pone el énfasis en la continuidad de cuidado, proporcionando un cuidado individualizado y en el que se lleva a cabo consideraciones acerca de todos los aspectos del paciente. La alta dedicación que comporta hace que una enfermera solo pueda proporcionar cuidados completos a un pequeño grupo de pacientes en una unidad de hospitalización. Analizados todos estos puntos podemos entender la dispar respuesta proporcionada a esta pregunta, en la que encontramos unos porcentajes similares entre los que están totalmente o moderadamente en desacuerdo y los que están total o moderadamente de acuerdo, habiendo un número importante de 274 (11%) profesionales que eligieron la respuesta no sabe, no contesta.

La pregunta veintidós pretendía obtener la opinión de las enfermeras acerca de si la prestación de cuidados se basaba en un modelo de enfermería, a lo que contestaron un total de 2548 profesionales y dejaron en blanco 14 (0,5%). La contestación media obtenida fue de 2,65 con una desviación típica de 1,008. Contestaron estar en absoluto desacuerdo 15,6% (398) y moderadamente en desacuerdo el 23,2% (590), lo que constituyo el 38,8% (988). Moderadamente de acuerdo fue la elección de 866 (34%) profesionales y totalmente de acuerdo de 549 (21,5%). El 5,7% (145) de los que contestaron eligieron la opción no sabe/no contesta.

La provisión de cuidados de enfermería oscila desde los modelos basados en formas tradicionales tales como el equipo o la enfermera de referencia, a otros modelos que están apareciendo tales como los modelos centrados en el paciente o los que se desarrollan en los hospitales magnéticos. Un modelo de enfermería o modelo de práctica de enfermería es una operacionalización, habitualmente, de rediseño de la practica de enfermería para la provisión de los cuidados a los pacientes en una organización sanitaria, de manera específica a nivel de las unidades o plantas y representa de una manera clara y precisa las dimensiones contextuales y estructurales de la práctica de enfermería.



Podríamos decir que su necesidad, por un lado, se basa en una perspectiva de recursos humanos, en la necesidad de atraer y retener personal de enfermería altamente cualificado e incrementar la satisfacción de aquellas profesionales actualmente trabajando. Por otro, desde la perspectiva de la organización se orienta hacia la contención de los costos, incorporando mejoras de calidad e incrementar la eficiencia en la provisión de los cuidados y la seguridad de los pacientes. Adicionalmente, un modelos de cuidados de enfermería, ya sea implícito e explícito gobierna la manera en la que las enfermeras organizan los grupos de trabajo, interactúan, toman decisiones, y desarrollan un clima laboral que permita que entre todas ellas se lleve a cabo la provisión de los cuidados, desplieguen modelos y estrategias de comunicación y coordinación entre ellas y/o con otros profesionales de otras disciplinas. La variación en los modelos de cuidados de enfermería surge normalmente a partir de una inadecuada definición del término, para algunos este se basa en aspectos relativos a la gobernanza y la calidad, mientras que para otros “el término refleja una estrategia particular de asignación de los pacientes a las enfermeras” (Brennan, Jones y Kahana, 1998: 27).

Cuando se analizan los modelos de enfermería, una de las cosas que más llama la atención es la poca investigación desarrollada en el estudio de los modelos de cuidado y la seguridad de los pacientes y, especialmente, la utilización del personal auxiliar y no cualificado. Adicionalmente, podríamos decir que existe algo paradójico en su aplicación, ya que algunos modelos de los que se aplican bajo el mismo nombre pueden conducir a una operacionalización completamente distinta, oscilando así mismo, tanto los criterios de selección como la ideas de base en su aplicación, desde motivaciones económicas a consideraciones en términos de posibilidades de contratar al personal de enfermería.

Nuevamente en esta pregunta veintidós, se ha obtenido una alta variabilidad en la respuesta, no percibiéndose un acuerdo claro y generando dudas acerca de la acción de cuidado que se está desarrollando. Un modelo de cuidados que tal y como hemos visto, es un elemento de gestión que independientemente de la paradoja que se plantea ante nombres similares, e independientemente de que encontremos en ocasiones estructuras de aplicación distinta, en cualquier unidad en la que se estableciera el modelo que fuera, este debería de ser ampliamente identificado. Fijémonos que no se pregunta por el modelo concreto, sino por la existencia de un modelo, que debería ser ampliamente identificado

por todos los profesionales. Una vez más, esto pone de manifiesto unas carencias de gestión que es necesario subsanar, tanto por el bien de los procesos de profesionalización como por el bien y la seguridad de los pacientes.

Con la pregunta cincuenta y cuatro se pretendía obtener información acerca de la utilización de una documentación orientada a la identificación de problemas, la cual fue contestada por un total 2490 profesionales y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 72 (2,8%). La contestación media se ubicó en el 2,52 y la desviación típica fue de 1,006. Se manifestaron absolutamente en desacuerdo 443 (17,8%) y moderadamente en desacuerdo 616 (24,7%), constituyendo un conjunto de 1059 (42,5%) profesionales. Moderadamente de acuerdo y totalmente de acuerdo fueron las elecciones de 781 (31,4%) y 415 (16,7%) profesionales respectivamente. El 9,4% (235) eligieron la opción no sabe/no contesta.

La documentación orientada a la identificación de problemas debería de permitir la recolección de datos y ser un instrumento para reunir y clasificar la información en base a categorías de enfermería determinadas por los problemas más habituales, en las distintas unidades, de nuestros pacientes permitiéndonos analizar y diagnosticar no solo los problemas, sino identificar en su caso las posibles causas. Las respuestas obtenidas aunque, aparentemente, decantadas de forma mayoritaria por el acuerdo nos hacen plantearnos dudas de que así sea pues la respuesta es prácticamente equivalente entre el acuerdo y el desacuerdo, con un alto nivel de profesionales que eligieron no contestar o dejarla en blanco, lo que nos hace reflexionar que siendo verdad que existe en los centros sanitarios documentación orientada a la identificación de problemas, esta no se adecua a la realidad de enfermería y aunque útil ya que compila información acerca del paciente, no cumple con los criterios y estándares profesionales. Siendo una respuesta ambivalente, pues hay y no hay documentación, nos informa que esta no es la adecuada para el desarrollo de la actividad de enfermería y habría que generarla, tal y como exige el conjunto mínimo de datos del sistema Nacional de Salud en su reciente modificación (Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre).

En la pregunta veintitrés se interrogo acerca de la existencia de un plan de cuidados escrito para cada paciente, a la cual contestaron un total de 2547 profesionales y la dejaron en blanco 15 (0,6%). La media de las contestaciones se ubico en 2,43 con una desviación típica de 1,133. La distribución de la respues-



tas se realizo de la siguiente manera, 713 (28%) profesionales eligieron absolutamente en desacuerdo y 556 (21,8%) eligieron la opción moderadamente en desacuerdo, lo que constituyo un grupo de respuestas de 1269 (49,8%) profesionales que estaban ubicados en el ámbito del desacuerdo. Moderadamente de acuerdo fue la opción de 637 (25%) profesionales y 573 (22,5%) eligieron totalmente de acuerdo. No sabe/no contesta fue la opción de 68 (2,7%) profesionales.

El plan de cuidados es un documento escrito que contiene la valoración y estatus de los pacientes así como los servicios planteados, desarrollados y proporcionados. Al tiempo recoge todos los aquellos servicios que son susceptibles de proporcionarse para satisfacer las necesidades y problemas detectados. El plan de cuidados es un instrumento que facilita el desarrollo de la continuidad, aunque en ocasiones sea considerado un instrumento que recarga la actividad práctica, aunque por otra parte usado en colaboración con el paciente puede facilitar la cooperación y obtención de metas, siendo descrito en múltiples ocasiones como la hoja de ruta para la obtención del tratamiento óptimo y la mejor asistencia al paciente.

Ente sus características más importantes esta que se inicia en el momento en que un paciente requiere de los cuidados de enfermería por primera vez, y se mantiene en un proceso continuo incorporando todas y cada una de las acciones que se desprendan de la actividad de cuidado a un paciente concreto. El proceso terminara una vez se le haya dado de alta al paciente.

Desde la perspectiva del trabajo de enfermería la utilización de los planes de cuidados escritos son de un alto nivel de utilidad para la preparación de los cambios de turno, el alta del paciente, etc., proporcionando un alto nivel de consistencia a la acción enfermera y facilitando tal y como hemos comentado anteriormente la integración y colaboración del paciente en su propio cuidado. Todo esto da una idea de la importancia y efectividad de los planes de cuidado, siendo estrictamente necesario animar y aconsejar a que se desarrollen planes de cuidados escrito, lo que nos hace preguntarnos acerca de las contestaciones proporcionadas a esta pregunta, en la que existe una alta disparidad de respuesta y un 49, 8% de desacuerdo, lo que indica que en un alto número de instituciones el plan de cuidados escrito para cada paciente no existe. Algo que se debe subsanar en un corto plazo dado que se han emitido nuevas normativas.

Si se utilizan correctamente los diagnósticos de enfermería, diferenciándolos de los problemas interdependientes, fue el contenido de la pregunta veinticuatro que fue contestada por 2550 profesionales y doce (0,5%) la dejaron en blanco. La media de las contestaciones fue de 2,16 con una desviación típica de 1,041. La respuesta prácticamente no deja duda, solamente 310 (12,2%) profesionales estuvieron totalmente de acuerdo y 624 (24,5%) moderadamente de acuerdo, siendo predominante la proporción de los profesionales que, o estaban absolutamente en desacuerdo 854 (33,5%), o moderadamente en desacuerdo 663 (26%), lo que constituyó un grupo de 1517 profesionales, el 59,5% de la muestra. Adicionalmente 99 profesionales, el 3,9% eligió la opción no sabe/no contesta.

Las respuestas obtenidas nos indican un alto nivel de dificultad para poder trabajar correctamente mediante la utilización de diagnósticos de enfermería desvinculándolos de los que hasta ahora era conocido como problemas interdependientes, que han condicionado la actuación de los profesionales de enfermería mediante la descentralización de los cuidados en los pacientes, legítimo centro de actuación, y pivotando en torno a otros profesionales que en el caso de los problemas interdependientes son fundamentalmente los médicos. Mientras que se favorezca esta actuación en el ámbito de la Agencia Valenciana de Salud no se podrá ofertar un alto nivel de calidad ni seguridad a los pacientes pues aquellos que deberían de actuar y velar, por su cercanía, por la calidad y la seguridad en términos de su preservación y abogando por los derechos de los pacientes están condicionados en su actuación. En esta línea, la definición de diagnóstico de enfermería adaptada del estudio Delphi realizado por Shoemaker (1984) y adoptada por la NANDA (1988), en el que se recoge que “El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico acerca de las respuestas individuales, la familia o la comunidad a problemas reales y potenciales en el curso y desarrollo de los procesos vitales. Los diagnósticos de enfermería proporcionan las bases para la selección de las intervenciones de enfermería y la obtención de los resultados de los que la enfermera es responsables” (ANA, 1997). Está claro que si no se diagnostica, no se puede llegar a planificar intervenciones ni a obtener objetivos lo que va en detrimento de la calidad y la seguridad. Sería necesario completar este resultado con información y estudios adicionales.

Si se actualizaba el registro del plan de cuidados en función de la evolución del paciente fue el contenido de la pregunta veinticinco, que fue contestada por





2553 profesionales y en donde la media de las contestaciones se ubicó en 2,70 con una desviación típica de 1,088. Absolutamente en desacuerdo fue la contestación de 477 (18,7%) profesionales, 508 (19,9%) profesionales eligieron la opción moderadamente en desacuerdo, lo que sumado constituyó un grupo de 985 profesionales, el 38,6% de la muestra. Moderadamente de acuerdo fue la contestación de 759 (29,8%) profesionales y totalmente de acuerdo la de 725, el 31,3% de la muestra. La opción no sabe/no contesta fue elegida por 80 (3,1%) y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 12 (0,5%) profesionales.

En este caso, lo deseable hubiera sido obtener una respuesta casi unánime, teniendo en cuenta que la respuestas de moderadamente o totalmente de acuerdo en términos de actualizar el registro del plan de cuidados en función de la evolución del paciente hubiera sido la respuesta más profesional, pero dado que venimos observando en todas las respuestas una serie de déficits importantes, la respuesta se alinea con las anteriores contestaciones a otras preguntas. Hemos podido observar que a la hora de la realización del cambio de turno la información escrita, independientemente de la información oral que se transmitiera, debería ser la más importante y por ello imprescindible la realización de la actualización del plan de cuidados, en función de la evolución del paciente que se debe de incorporar constantemente a la historia clínica. La existencia de un colectivo de 985 profesionales, el 38,6% de la muestra que contesta estar moderadamente o absolutamente en desacuerdo, nos informa de que la información no se realiza ni se trasmite de forma adecuada, que a la actualización del plan de cuidados, siendo un elemento esencial de la acción de enfermería, no se le da la importancia que merece y esto que parece que no tiene trascendencia, afecta al conjunto del desarrollo profesional, a la calidad de los cuidados y a la seguridad del paciente. Todos estos apartados deberían de ser considerados por los gestores de todos los centros sanitarios así como de la propia Agencia de Salud, pues es indicativo de descuido. Adicionalmente, la situación debería cambiar en el corto plazo dado que el Ministerio de Salud ha aprobado y publicado el 16 de septiembre de 2010, el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, en el que queda recogida de manera clara la documentación de enfermería. Completar de manera satisfactoria esta documentación debería ser un objetivo profesional y de gestión a partir de los dieciocho meses desde la publicación del citado Real Decreto.

### ***Factor 3. Competencia y liderazgo***

Las enfermeras comprometidas con sus organizaciones aparentemente han pasado a ser un elemento del pasado, al menos en parte, porque cada vez perciben un menor apoyo por parte de los empleadores, especialmente en situaciones de transformación organizativa en donde los jefes de enfermería o mandos intermedios proporcionan mucho menor apoyo emocional y consejo acerca de las actividades relacionadas con los pacientes o problemas relacionados con la unidad. Hay tres elementos principales que podrían incrementar la influencia de las enfermeras y consecuentemente su lealtad con el puesto de trabajo: el control sobre la actividad, el control sobre los diseños de los turnos de trabajo y el liderazgo enfermero.

Un fuerte liderazgo de enfermería es un componente clave de un ambiente de trabajo saludable, los gestores de enfermería y ejecutivos actúan apoyando y abogando por el personal de enfermería de manera que se pueda proporcionar los cuidados adecuados al paciente. Por ello, en cualquier organización sanitaria es clave que los directivos sean conocidos por todo el personal, toda enfermera debería conocer quiénes son los gestores en los diferentes niveles del personal de enfermería y conocer la visión profesional que de estos gestores deben de tener como enfermeros, al fin y al cabo, como gestores preocupados por la consecución de los objetivos.

Un fuerte liderazgo de enfermería debe mostrar evidencias constantemente y éstas deben de ser sentidas a pie de obra, o sea, alrededor de la cama de los pacientes. En la medida en que las enfermeras cuenten y desarrollen con posibilidades de actualizar los cuidados proporcionados y tengan voz en la organización de la institución, es pertinente desarrollar cómo llevarlos a cabo y establecer la forma en que se debe gestionar la participación de los demás profesionales. Es necesario, que todo nivel de administrador de enfermería se preocupe tanto por el funcionamiento, como por la consecución de los objetivos de la institución en la que se trabaja, ejerciendo y facilitando la participación del personal en todas las actividades de gestión y de manera especial, de aquellas enfermeras que participan en la atención directa, ya que sus conocimientos, experiencia, destrezas y desarrollo profesional serían aportaciones de un inmenso valor para el diseño de actuaciones y elementos de gestión.

Entre las funciones más importantes de supervisión se encuentra la de ejercer una adecuada influencia en las enfermeras que realizan la atención direc-



ta, no ejercer una adecuada influencia equivale a decir que no se guarda ni se busca una adecuada relación con los supervisados. Tradicionalmente se ha entendido que el apoyo social en el puesto de trabajo procede de los gestores supervisores y los propios colegas, y el apoyo cognitivo o educativo se obtiene de los mentores o tutores y de las políticas organizativas que ayudan con el desarrollo profesional y las carreras individuales. El apoyo de los supervisores y los colegas reduce la presión laboral de tal manera que las enfermeras con supervisores que las apoyan permanecen comprometidas con el trabajo y aquellas que sienten el apoyo de los departamentos de personal se sienten mucho menos inseguras en sus trabajos, más satisfechas con la cantidad de trabajo que deben resolver y las oportunidades de desarrollo profesional, así como una mayor satisfacción en el conjunto de la actividad laboral (Armstrong-Stassen, Keil, Cameron y cols., 1995; Armstrong-Stassen, Cameron, y Horsburgh, 1996). Las buenas relaciones con los colegas, colaboradores y supervisores pueden reducir los porcentajes de abandono laboral (Murray y Frisina, 1988).

Las organizaciones que se involucran en el desarrollo y obtención de líderes de enfermería competentes, tienen una gran ventaja en la retención de las enfermeras, de tal manera, que los individuos que habían planeado en alguna ocasión abandonar sus puestos de trabajo y que indicaron en algún momento que sus empleadores habían realizado alguna acción en su favor, para evitar su abandono, les había hecho reconsiderar este abandono e indicaron que el porcentaje más alto de estas acciones estuvo condicionado por un mejor liderazgo (Ulrich, Lavander, Hart y cols., 2006: 56).

Shirey (2006) plantea que un ambiente de trabajo saludable es el resultado de un proceso psicológico de vinculación y compromiso de los empleados llevado a cabo por líderes auténticos, en este sentido los líderes de enfermería emprenden el diseño de los sistemas necesarios para incrementar y mantener los estándares de un medio de trabajo saludable de manera efectiva, en donde el papel de las organizaciones de atención sanitaria es el de facilitar los esfuerzos llevados a cabo por las enfermeras en posiciones organizativas de liderazgo (AACN, 2009). Por otra parte, los líderes deben de comprometerse con la formación del personal, en donde la formación continuada es un elemento esencial de lucha contra la obsolescencia y el mantenimiento de la competencia para el desarrollo profesional a nivel individual.

Podríamos plantear los estilos de gestión como un continuum y ubicar en un extremo el estilo participativo, en el que se permite que todos los profesionales

y entre ellos las enfermeras participen, de tal manera que los gestores suelen preguntar y desarrollar procedimientos de retroalimentación acerca de cómo se proporcionan los cuidados a los pacientes, la práctica de enfermería y el ambiente de trabajo. En el otro extremo del continuum nos encontramos los procedimientos autoritarios, el orden y mando, que a pesar nuestro, en algunas ocasiones todavía se manifiestan, pero que en el momento actual se encuentran fuera de lugar. Esta esquematización de los estilos de gestión, nos informa de que no existe un estilo de liderazgo único, sino que es importante considerar que puede haber diferentes combinaciones de elementos que hagan que los liderazgos sean exitosos, pero es necesario poner de manifiesto que los mejores lugares de trabajo, buscan activamente la participación del personal. En este sentido, así como debería de ser una obligación de los gestores de enfermería desarrollar estilos de participación, los profesionales de enfermería de manera individual y colectiva deberían tratar influir en sus líderes para generar mecanismos en esta línea.

Los ambientes clínicos requieren de enfermeras con alto nivel de destreza en términos de liderazgo, que sean capaces de integrar y comprender el manejo de este complejo lugar, en términos de asegurar un medio de trabajo seguro, tanto para enfermeras como para pacientes, y garantizarle a ambos colectivos unos resultados adecuados en función de los problemas de salud de que se trate. Los líderes de enfermería y los mandos intermedios de las distintas unidades, se deben proveer con los recursos humanos necesarios, lo que representa una adecuada proporción de destrezas y, por supuesto, la provisión de un número de horas de trabajo de enfermería suficiente. Obtenerlo sería indicativo de que la enfermería obtiene el adecuado apoyo institucional. Cuando se produce la confluencia de los puntos descritos en el párrafo anterior, se puede pensar que se está trabajando desde una perspectiva de unidades operativas y de negocio y que se reconoce como tales a las unidades hospitalarias. El reconocimiento de las unidades de enfermería como unidades operativas y punto de partida de la actividad asistencial aparece en el ámbito de la literatura en general como un importante factor para la seguridad de los profesionales y de los pacientes.

Es una característica humana la búsqueda de la validación de la contribución que se realiza en el ámbito de las distintas organizaciones o en cualquier aspecto de nuestra vida. Las organizaciones por tanto deben de responder generando un sentido de apreciación y desarrollando los elementos correspondientes para el reconocimiento de estas aportaciones. En cualquier caso, el



reconocimiento se constituye como un elemento central de los ambientes de trabajo saludables (AACN, 2005), de hecho, “las enfermeras deben de ser reconocidas y reconocer a otros por el valor que cada uno de ellos proporciona al trabajo en la organización” (AACN, 2009). Los individuos que obtienen reconocimiento en el trabajo, según Rath y Clifton (2004), incrementan su productividad, compromiso y satisfacción en el trabajo. El reconocimiento debe ser individualizado y circunscrito a aspectos específicos.

Estos hallazgos son indicativos de que el diseño de programas y procesos que faciliten el reconocimiento de las enfermeras, tanto por los pacientes y familiares como por la organización, sería un elemento positivo. Según Crabtree (2004) los empleados que trabajan en estrecha relación con las personas, tal y como ocurre con las enfermeras, es más fácil que estén satisfechos y comprometidos con el trabajo que realizan y con las organizaciones en las cuales están empleados. Buerhaus, Donelan, Ulrich y cols., (2005) plantean cuatro factores que indicaban las razones por las que los individuos permanecían trabajando en las organizaciones, entre los que se encuentran inicialmente las personas con las que trabajan, los beneficios sociales y el salario, el tipo de pacientes y finalmente, las oportunidades para un desarrollo profesional.

Si los jefes de equipo/supervisores eran receptivos, apoyaban y asesoran a las enfermeras fue el contenido de la pregunta ocho, a la que contestaron 2553 profesionales de la siguiente manera, moderadamente de acuerdo fue la respuesta de 895 (35,1%) profesionales y totalmente de acuerdo la de 967 (37,9%). Por otra parte, absolutamente en desacuerdo estuvieron 238 (9,3%) profesionales y moderadamente en desacuerdo 389 (15,2%). La suma de estos últimos dio 627 profesionales lo que constituyó el 24,6% de los que contestaron. La media de las contestaciones fue de 3,04 y la desviación típica de 0,962. No sabe/no contesta fue la opción de 64 (2,5%) profesionales y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 9 (0,4%).

El supervisor es el encargado en las unidades de proceder mediante un proceso de reconocimiento a evaluar a los profesionales de enfermería de tal manera que conduzca y haga progresar desde las posiciones de novicia a la de experta a las profesionales (en el caso de nuevos empleados o recién titulados) o corrija los déficits o problemas en el caso de los profesionales asignados a la unidad. A través del apoyo y del reconocimiento los profesionales mejoran el conjunto de habilidades clínicas que poseen. Es imprescindible que como pun-

to de partida las enfermeras posean la educación adecuada, los conocimientos y las destrezas para proporcionar, desde una perspectiva de enfermera generalista, cuidados a distintos tipos de pacientes, elementos que son obtenidos a través de la formación adquirida en diferentes unidades, tal y como ocurre en la formación básica, lo que facilita que las enfermeras obtengan un conjunto de destrezas que puedan ser las requeridas por el cuidado de múltiples pacientes en un medio generalista. En este sentido, es posible encontrar un importante número de modelos de supervisión clínica que identifica como elemento de mayor importancia la disponibilidad de los supervisores como facilitadores del desarrollo personal y profesional de los profesionales sanitarios a su cargo (Elliot, 2006).

Una de las principales responsabilidades de los supervisores es la gestión y formación de los trabajadores, algo para lo que son necesarias una serie de características y destrezas importantes en términos de relación interpersonal tales como ser entusiasta, amistoso, receptivo, honesto y que sea capaz de dar una palabra de ánimo en el momento oportuno. La supervisión clínica comporta el establecimiento de relaciones que independientemente de otros beneficios se establezcan y lleven a cabo con una preocupación por la seguridad de los pacientes y la práctica efectiva de los cuidados.

En el proceso de supervisión, sería conveniente que tanto el supervisor como el supervisado sean capaces de revisar sus actividades y responsabilidades fuera del proceso de supervisión y como estas cuestiones pueden afectar al proceso y relación de supervisión (Zatz, 1998), es importante que ambos sean capaces de trabajar constructivamente (Jones, 2001). Según Petersen (1996), los profesionales de seguridad tienen evidencia, desde hace mucho tiempo, de la importancia del papel de los gestores, léase supervisores, en involucrarse y proporcionar apoyo para la obtención de mejoras efectivas de seguridad y abogan de manera específica por que la gestión desarrolle un enfoque central en los esfuerzos de mejora de la seguridad, es en este sentido que el papel de detección de carencias en aspectos formativos, especialmente de los elementos de seguridad, toma una mayor importancia y se coloca como un aspecto de vanguardia de las actuaciones de los supervisores.

En la pregunta número nueve se interrogo a los profesionales acerca de si los jefes de equipo (supervisores) utilizaban los errores como una oportunidad de mejora, no como una crítica negativa. La media de las contestaciones fue de



3,0 y la desviación típica de 0,957. En desacuerdo, tanto en términos absolutos 230 (9,0%) como moderadamente 409 (16%), estuvo un grupo de 639 (25%) profesionales. La gran mayoría se decanto, por tanto, por moderadamente de acuerdo 923 (36,1%) y totalmente de acuerdo 857 (33,6%), constituyendo el 69,9% de los contestaron de un total 2554 profesionales. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 8 (0,3%) y eligieron la opción de no sabe/no contesta 135 (5,3%).

Unos de los aspectos principales del trabajo del supervisor es limitar la posibilidad de cometer errores por parte de los profesionales ubicados en su equipo (Latino, 208) y esto se debería de llevar a cabo partiendo de los procesos formativos llevados a cabo con estos trabajadores. Para ello el supervisor debería de proceder cumpliendo tres fases o etapas en su relación con los profesionales, una inicial de selección y aprendizaje, antes de que se conviertan en empleados en la que se debe evaluar la capacidad, antes de asumir ninguna responsabilidad de llevar a cabo su trabajo con precisión. Un segundo nivel sería el establecimiento de un plan de observación del nivel de cumplimiento del trabajo, de manera que se procediera a la evaluación de la precisión en su cumplimiento, el seguimiento de normas y de estándares durante la elaboración del trabajo, tratando de identificar el déficit formativo y posterior establecimiento de los mecanismos pertinentes para su perfeccionamiento, todo ello, en aplicación del principio de mejora continua que debe de presidir dichas actuaciones.. Los profesionales sometidos a estos procesos planificados de trabajo, bajo observación, deben recibir el correspondiente feedback acerca de las deficiencias detectadas en el proceso de realización del trabajo, alterando su conducta de acuerdo con la retroalimentación obtenida. Hay que entender, que es necesario que el supervisor que se involucre en este tipo de evaluaciones deba ser un experto en el trabajo. Por último, el supervisor debería tener la posibilidad de realizar junto con el supervisado lo que se denomina una evaluación de desempeño, en la que se debe de aprovechar la oportunidad de comentar la mayor o menor satisfacción con su desempeño, pero a la vez es el momento para decirle al supervisado que si procede a realizar determinados cambios en el trabajo, estos pueden incrementar su productividad y mejorar la seguridad de las actuaciones. No debería de ser necesario afirmar que este comportamiento se debe de estar produciendo en los centros sanitarios estudiados y que el comportamiento de los supervisores debe de aproximarse a aquello que se pregunta, ya que hay una respuesta mayoritaria a la pregunta número nueve acerca de la utilización de los errores como una oportunidad de

mejora, no como una crítica negativa Pero por otra parte, nuestra experiencia nos informa que estas acciones si se realizan, no están planificadas ni incorporadas de una manera ordenada en las actividades de los supervisores y que solo en los casos extremos en los que los errores se producen de manera significativa y/o reiterativa son corregidos. El 30% de profesionales que contestaron no estar de acuerdo o eligieron la opción no sabe, no contesta, nos hablan de una práctica que posiblemente tenga cierto nivel de arbitrariedad en su aplicación. No obstante, es necesario también hacer referencia a que la evaluación de los supervisores, dada su condición de proximidad y ascendencia es habitualmente mejor de lo que se haría en otras circunstancias.

En la pregunta número diez se pedía a los profesionales de enfermería que valoraran a su supervisor como gestor y líder, obteniéndose un total de 2546 contestaciones y 16 (0,6%) profesionales la dejaron en blanco. El 75,6% (1926) de los profesionales estuvo moderadamente de acuerdo 810 (31,8%) y/o totalmente de acuerdo 1116 (43,8%). El 19% (483) de los profesionales estuvo absolutamente en desacuerdo 174 (6,8%) o moderadamente en desacuerdo 309 (12,1%). La contestación media de las contestaciones fue de 3,19 y la desviación típica de 0,919. No sabe/no contesta fue la elección de 137 (5,4%) profesionales.

Los términos líder y gestor frecuentemente se utilizan como sinónimos, pero la verdad es que no son intercambiables, ambos tienen características concretas de tal manera que nos encontramos con líderes que no son buenos gestores y al revés. Encontrar características de ambos en una sola figura suele ser bastante difícil. En el ámbito de enfermería, el líder y el gestor son elementos clave en el cuidado de los pacientes, el líder y el gestor se complementan en sus acciones, responsabilidades y papeles. Aunque el liderazgo es un elemento clave en la gestión efectiva de enfermería, las destrezas de gestión no son necesarias para llevar a cabo un liderazgo efectivo. Sin embargo, aunque ambas posiciones podrían ser consideradas complementarias, ambas sirven a diferentes funciones en las organizaciones de salud y tienen diferentes tipos de autoridad.

Yoder-Wise (2003) ha desarrollado la diferencia clave entre los líderes y los gestores, afirmando que se basa en la función que llevan a cabo en la organización. La enfermera líder emplea sus capacidades de persuasión y poder para realizar el movimiento de pacientes, familiares y personal hacia una meta, sin tener claramente definidos los pasos, pero creando un sentimiento de se-





guridad que facilita el desarrollo de la actividad. Por otra parte la enfermera gestora se ocupa fundamentalmente de seguir las actividades y cumplir el proceso establecido por la organización (Sullivan y Decker, 2005). Las diferencias entre gestores y líderes existen, aunque el mejor escenario posible es en el que confluyen las mejores características de ambos. Entre los profesionales de enfermería podríamos decir que los cambios a los que nos enfrentamos en el sistema sanitario van a hacer necesarias estas destrezas más que nunca (Anderson, 2008).

En la pregunta número once se pregunto a los profesionales acerca de si los supervisores/as apoyaban a la enfermera en la toma de decisiones. La contestación media fue de 3,10 y la desviación típica de 0,898. Moderadamente de acuerdo 942 (37%) y totalmente de acuerdo 962 (37,8%) fueron las respuestas mayoritarias siendo elegidas por el 74,8% de los profesionales, de un total de 2548. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 14 (0,5%) y eligieron la opción no sabe/no contesta 93 (3,6%).

Una respuesta tan mayoritaria en términos de acuerdo nos muestra la disponibilidad, en nuestro sistema sanitario, de supervisores altamente competentes, capaces de proporcionar un alto nivel de guía, apoyo e instrucción. Se nos muestra una gran afinidad entre el personal de enfermería y los supervisores, mostrando la función y habilidad de los supervisores como transmisores de los conocimientos, tradiciones, valores, enfoques y destrezas en el trabajo clínico y social. De estas habilidades depende el bienestar de multitud de pacientes, especialmente cuando el supervisado es un recién titulado y no tiene experiencia, el supervisor debe de animar y apoyar al supervisado en el ejercicio de su propio e independiente juicio profesional, a la hora de obtener y establecer la oportunidad de las intervenciones clínicas a desarrollar. El supervisor debe proporcionar y facilitar la correspondiente retroalimentación que mejore el juicio profesional del supervisado en una evaluación conjunta de la situación del paciente y sus posibilidades para avanzar en el cumplimiento del tratamiento.

La pregunta número cuarenta y siete planteaba si los jefes de equipo (supervisores) consultaban con las enfermeras los problemas o procedimientos de cuidados en el día a día. Esta es una pregunta vinculada de forma estrecha con la pregunta anterior, la veintisiete y recibió un total de 2506 contestaciones de los profesionales con una media de 2,82 y una desviación típica de 1,038. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 56 (2,2%) profesionales. El

conjunto de las respuestas se distribuyó de la siguiente manera: Absolutamente en desacuerdo 369 (14,7%) profesionales y moderadamente en desacuerdo 477 (19%), lo que constituyó un grupo de 846 (33,8%) profesionales que pensaban que los supervisores no consultaban con ellos los problemas o procedimientos en el día a día. Por otra parte, estuvieron moderadamente y totalmente de acuerdo 839 (33,5%) y 777 (31%) profesionales respectivamente. No sabe/no contesta fue la opción elegida por 44 (1,7%) enfermeras/os.

Los supervisores son directivos de las instituciones sanitarias y deben conocer en todo momento lo que esta ocurriendo en su unidad y centro, al extremo de que consulte en todo momento con las enfermeras implicadas los problemas o procedimientos de cuidados utilizados en el día a día. Esto facilita la integración del equipo y el reconocimiento de la importancia de las enfermeras que desarrollan su labor al lado del enfermo proporcionando con estas acciones visibilidad a los directivos. Aparentemente, los directivos de la Comunidad valenciana son reconocidos en este sentido, por los profesionales, dada la respuesta mayoritaria del 64,5% de los profesionales. Adicionalmente, esto debería implicar una preocupación por las cosas bien hechas y en el caso de enfermería de que las enfermeras proporcionen una atención adecuada. En este sentido, un total de 2545 profesionales contestaron a la pregunta número veintiocho, la cual interrogaba acerca de si la dirección de enfermería se preocupaba de que las enfermeras proporcionaran una atención adecuada. La media de las contestaciones se ubicó en el 2,51 y la desviación típica obtenida fue de 1,052. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 17 (0,7%). Absolutamente en desacuerdo fue la contestación de 524 (20,6%) profesionales a lo que podemos añadir que 672 (26,4%) que contestaron estar moderadamente en desacuerdo, constituyendo un grupo de 1196 profesionales, o lo que es lo mismo, un 47% de profesionales que consideraban que la dirección no se preocupaba de que las enfermeras proporcionaran una atención adecuada. Un 48,7% de los profesionales, por el contrario, se manifestaron moderadamente 719 (28,3%) o totalmente 518 (20,4%) de acuerdo considerando que la dirección se preocupaba de que las enfermeras proporcionaran una atención adecuada. El 4,4% (112) de los profesionales eligieron la opción no sabe/no contesta.

La disparidad en las respuestas pone en entredicho la contestación mayoritaria en términos de acuerdo en la pregunta número veintisiete, la dirección de enfermería es visible y accesible al personal, pero posiblemente no llegue a cumplir completamente las formas en términos de visibilidad, o que habiénd-



dolas cumplido, hayan defraudado en diversas ocasiones a los profesionales. Esto nos da a entender un cierto desacuerdo entre los profesionales acerca de que las direcciones de enfermería de los centros no se preocupan de que las enfermeras proporcionaran una atención adecuada, algo que esta vinculado de manera directa con la calidad.

Siendo que la obtención de una atención adecuada y de calidad, independientemente de que sea un cometido de cada uno de los profesionales, es un cometido específico de la dirección, debería de analizarse y evaluarse respecto de las actuales direcciones de enfermería, pues es un elemento que puede estar actuando en sentido negativo a la hora de llevar a cabo su acción. Por otra parte, aunque la supervisión sale bien parada en términos de opinión, ya que los jefes de equipo (supervisores) consultan con las enfermeras los problemas o procedimientos de cuidados en el día a día, no hay que olvidar que forman parte de esas direcciones sobre las que han respondido los profesionales y aunque han obtenido un importante nivel de acuerdo respecto a su comportamiento en la resolución de los problemas en el día a día, parece más bien que su preocupación es de forma puntual por los problemas que van surgiendo, no teniendo una visión de conjunto acerca de las actividades que desarrollan los profesionales y si estas son adecuadas o no. Habría que analizar la cierta despreocupación que se percibe, por parte de la dirección, en la respuesta de los profesionales a la hora de analizar si se preocupan por si el personal de las distintas unidades proporciona una adecuada atención.

Si había una una dirección de enfermería visible y accesible al personal, fue el objetivo de la pregunta número veintisiete, a la que contestaron 2552 profesionales y se obtuvo una media de 2,75 y una desviación típica de 1,058. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 10 (0,4%) y eligieron la opción no sabe/no contesta 74 (2,9%). Las contestaciones del resto de profesionales se distribuyeron de la siguiente manera: Absolutamente en desacuerdo 404 (15,8%), moderadamente en desacuerdo 563 (22,1%). Moderadamente y totalmente de acuerdo contestaron 763 (29,9%) y 748 (29,3%) profesionales respectivamente.

La visibilidad de los directivos es un elemento fundamental de su acción, proporciona perspectiva y una visión real y adecuada de qué es lo que esta ocurriendo en las unidades y servicios, facilitando la oportunidad de activar la respuesta ante los diferentes eventos que ocurren constantemente y monito-

rizar el estatus y la reacción que proporcionan tanto los empleados como sus pacientes, procediendo a identificar patrones que permitan, en su caso, el desarrollo de mejoras. Las acciones que proporcionan visibilidad a los directivos influyen poderosamente en el clima de la organización (Naveh, Katz-Navon, Stern, 2005; Zohar, 2002). En este sentido, todo tiempo que se dedica por parte de la dirección a confraternizar con los empleados, fundamentalmente en nuestro caso, hablando de los aspectos relativos a los problemas y preocupaciones de seguridad, indica a los empleados que los gestores entienden los problemas que existen en los procesos de producción (Tyre y von Hippel 1997), y comprenden las dificultad que comporta llevar a cabo las tareas con seguridad (Zohar, 2002).

Toda acción que comporte visibilidad es reconocida en la bibliografía en general como un proceso de aprendizaje en el que los directivos aprenden de los profesionales que se encuentran con los pacientes (observar los problemas, en contexto, ayuda a la resolución de los problemas). Los profesionales en su lugar de trabajo actúan cada día resolviendo problemas y, por tanto, poseen una información de primera mano de la cual se pueden surtir los directivos, este proceso de interacción influye en el clima laboral de manera tal que los directivos obtienen una visión más realista de la situación de las unidades, y crea un sentido de reconocimiento en los profesionales (Roberts, Stout y Halpern, 1994; Vaughan, 1996).

Otro aspecto a destacar es que la visibilidad refuerza la credibilidad de los directivos, si los profesionales son informados por los directivos, acerca de las decisiones y cambios que se están pensando, y en la información incorporan los razonamientos seguidos para llegar a dichas conclusiones, un proceso que se debe repetir a cada paso desde el diagnóstico a la solución, los trabajadores pueden seguir el proceso e incluso discutir las los cambios y pensar junto con el directivo, entendiendo al menos el proceso tal y como se ha producido.

Cuando los directivos son capaces de tomar la iniciativa y tratar los problemas que los profesionales consideran importantes, se esta llevando a cabo un proceso de capacitación, de aprendizaje y de cambio (Lukas, Holmes, Cohen y cols., 2007; McFadden, Stock y Gowen, 2006). Interacciones repetidas y continuadas provocan la transformación del clima laboral con el tiempo (Frankel, Pratt Grillo y cols., 2008).



La pregunta número veintinueve trataba de conocer la percepción de los profesionales de enfermería respecto a si la dirección de enfermería estaba al mismo nivel de poder y autoridad que el resto de directivos del Hospital (dirección médica, dirección económica, dirección de personal, etc.). Un total de 2538 profesionales contestaron a esta pregunta. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 24 (0,9%) y eligieron la opción no sabe/no contesta un significativo grupo de 718 (27,6%) profesionales. Las media de las contestaciones fue de 2,60 y la desviación típica de 1,057, distribuyéndose las respuestas entre las demás opciones de la siguiente manera: Absolutamente en desacuerdo 364 (14,3%), moderadamente en desacuerdo 435 (17,1%), constituyendo un grupo de desacuerdo compuesto por 799 (31,5%) profesionales, alternativamente, contestaron estar moderadamente de acuerdo 588 (23,2%) y totalmente de acuerdo 433 (17,1%) profesionales.

Sin ningún tipo de ambages podemos reconocer que durante los últimos 150 años se ha producido una reducción de las desigualdades entre hombres y mujeres. Fundamentalmente, se ha modificado el estatus debido a que los procesos de toma de decisiones por parte de los hombres se ha venido haciendo indiferentes a los aspectos de género y han cambiado sustancialmente. Al tiempo, es necesario decir que aunque los avances han sido importantes hay ámbitos en los que todavía podemos encontrar importantes diferencias y uno de ellos es el de la salud, en donde la enfermería se encuentra todavía con algunas barreras, aunque podríamos entender que es inevitable que se produzca la igualdad completa.

El mantenimiento de las diferencias se ha manifestado totalmente inconsistente con la economía moderna y las organizaciones políticas (Hoffnung, 1971). En esta línea ante la pregunta de si la dirección de enfermería estaba al mismo nivel de poder y autoridad que el resto de directivos del Hospital, la respuesta nos muestra de manera evidente la conflictividad del punto desde una perspectiva histórica y de género, lo cual podríamos entender que se manifiesta en la elección de la opción no sabe/no contesta por un muy significativo grupo de 718 (27,6%) profesionales. Por otra parte solo un 17,1% (433 de los profesionales contestaron estar totalmente de acuerdo, lo que puede ser indicativo de un alto nivel de desinformación acerca de la situación en cuestión de gestión o que simplemente realizan la aplicación en su respuesta de lo que aparentemente se podría entender; que en términos teóricos están en régimen de igualdad con el resto de direcciones.

Identificar si la dirección del centro escuchaba y atendía a las preocupaciones/problemas que surgían en la práctica asistencial fue el objeto de la pregunta número treinta, a la que contestaron un total de 2541 profesionales obteniéndose un contestación media de 2,29 y una desviación típica de 0,998. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 21 (0,8%) y eligieron la opción de no sabe/no contesta 239 (9,4%) profesionales. El resto de las contestaciones se distribuyeron de la siguiente manera: Absolutamente en desacuerdo 600 (23,6%), moderadamente en desacuerdo 737 (29%). Lo que constituyó un grupo de 1337 (52,6%) profesionales. Por otra parte, moderadamente de acuerdo fue la opción de 657 (25,9%) profesionales y totalmente de acuerdo la de 308 (12,1%).

En esta pregunta encontramos una importante discrepancia a la hora de contestar dado que hay un importante número de profesionales que están en desacuerdo, el 52,6% (1337), a lo que se podría añadir un importante número de profesionales, el 9,4% (239), que ya fuera por precaución o por cualquier otro motivo eligió la opción de no sabe/no contesta. Es así que podríamos decir de forma mayoritaria, que las direcciones de enfermería de los centros no escuchaban y atendían a las preocupaciones/problemas que surgían en la práctica asistencial. Este punto a grandes rasgos podría ser considerado un problema de gestión, pues una de las actividades fundamentales que tiene un directivo es proceder a la escucha de todos los profesionales bajo su dirección en relación con los problemas que pueda comportar la práctica, la inatención de los profesionales en este sentido puede comportar problemas para la práctica, que van desde los más simples y fáciles de ser resueltos a situaciones que pueden convertirse en estructurales y afectar al conjunto de la organización en términos de calidad.

La media de las contestaciones a la pregunta treinta y dos fue de 3,02 y la desviación típica de 0,881. Esta pregunta fue contestada por un total 2543 profesionales y se pretendía conocer su opinión acerca de si la enfermería controla su propia práctica profesional. Un reducido grupo, el 23,7% (602) de los profesionales manifestaron estar absolutamente en desacuerdo 167 (6,5%), o moderadamente en desacuerdo 435 (17,1%). Por otra parte, un importante grupo de 1869 profesionales manifestaron estar moderadamente de acuerdo 1053 (41,4%) o totalmente de acuerdo 816 (32,1%). No sabe/no contesta fue la opción elegida por 72 (2,8%) y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 19 (0,7%).



La contestación mayoritaria en términos de acuerdo es entendible cuando se analiza el contenido de la actividad de enfermería, ya que su efectividad en la obtención de los resultados de los que los profesionales son responsables, esta inextricablemente ligada al nivel de control que tiene sobre ella, al nivel de control que tiene sobre la actividad y los medios sobre los que son responsables para su obtención (Hoffart y Woods, 1996). En este caso el nivel de discrepancia es bastante bajo por lo que podríamos decir que la enfermería profesional identifica de forma clara la necesidad de tener el control sobre todos aquellos aspectos supuestamente bajo su responsabilidad en su relación con los pacientes.

La pregunta número treinta y cuatro pretendía conocer si los profesionales de enfermería se sentían apoyados en el desarrollo de innovación en la prestación de cuidados, no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 58 (2,3%) y eligieron la opción no sabe/no contesta 127 (5,1%), de un total 2504 respuestas obtenidas, la media de las contestaciones se ubicó en 2,59 y se obtuvo una desviación típica de 0,923. Distribuyéndose las respuestas de la siguiente manera: absolutamente en desacuerdo 333 (13,3%) y moderadamente en desacuerdo 707 (28,2%), lo cual constituyó un grupo de 1040 (41,5%) profesionales. El 37,8% (947) de los profesionales eligieron estar moderadamente de acuerdo y 390 (15,6%) la opción totalmente de acuerdo.

Muchos de los servicios y elementos que consideramos habituales y garantizados en el ámbito de las políticas sanitarias y sociales comenzaron como innovaciones radicales, por ejemplo la idea de un Servicio Nacional de Salud disponible de manera ‘gratuita’ para todos, fue considerado en su momento una utopía que continua sin poder ser obtenida en algunos grandes países tales como Estados Unidos y China. Las mejoras en salud dependen de la innovación (y va o ha ido por ejemplo, desde antibióticos, hasta la esterilización de las inserciones quirúrgicas) pero también existe multitud de otras innovaciones tales como por ejemplo: El recorte de azúcar y sal en los alimentos, la provisión de comida a los niños en los colegios, servicios sociales y de salud financiados por impuestos, grupos de autoayuda, organizaciones sociales para la atención de enfermedades, voluntarios formados; nuevos modelos de cuidados paliativos; etc.

Un mundo satisfecho y estable necesita poca innovación. La innovación deviene en imperativo cuando los problemas están yendo a peor, cuando los

sistemas no funcionan o cuando las instituciones comienzan a reflejar el pasado más que los problemas actuales, se podría decir que hay mejora constante precisamente porque hay una constante insatisfacción con lo que tenemos, o en otro sentido, entre lo que hay y lo que debería de ser, entre lo que la gente necesita y lo que les ofrecen los gobiernos, empresas privadas, ONGs, etc., una fractura que se amplía constantemente por la aparición de nuevas tecnologías y conocimiento científico. La innovación de una manera simple son nuevas ideas que funcionan, ideas aplicadas con éxito en la práctica, actividades y servicios motivados por la exigencia de satisfacer necesidades sociales que son desarrolladas y difundidas de manera predominante a través de organizaciones las cuáles su primer objetivo es social.

Nuevamente encontramos un punto de fractura en las opiniones de los profesionales, vistas la definición de innovación y algunos ejemplos de los que ha aportado la innovación hasta ahora, se diría que la innovación es una fuente de solución de problemas y los inmediatamente relacionados con los problemas son los que más posibilidades tienen de poder hallar la forma de resolverlos aportando soluciones imaginativas e innovadoras. Una vez más al contrastar con las preguntas anteriores, nos encontramos en una difícil situación, pues existe una cierta disparidad con la respuesta a la pregunta cuarenta y siete en la que se preguntaba acerca de si los supervisores consultaban con las enfermeras los problemas o procedimientos de cuidados en el día a día. Teniendo en cuenta que un supervisor es un representante de la dirección las respuestas proporcionadas nos indican que tratan los problemas del día a día pero no apoyan o, al menos, es percibido de forma dubitativa por los profesionales que no se sienten apoyados en el desarrollo de innovación en la prestación de cuidados, cuando esta debería de incentivarse y conformar parte de la actividad de los profesionales.

En la pregunta cuarenta y seis se indagaba acerca de si se reconocía públicamente la aportación de las enfermeras a la atención del paciente. De un total de 2507 contestaciones la dejaron en blanco 55 (2,1%) profesionales, obteniéndose una media de 2,29 y una desviación típica de 1,034. Moderadamente de acuerdo fue la opción de 691 (27,6%) profesionales y totalmente de acuerdo la de 332 (13,2%), constituyendo un grupo de 832 (30,8%) profesionales, el lado opuesto nos encontramos 652 (26%) profesionales que estaban absolutamente en desacuerdo y moderadamente en desacuerdo 764 (30,5%) constituyendo un grupo de 1416 (56,5%) profesionales. No sabe/no contesta fue la opción elegida por 67 (2,7%) profesionales.





A la luz de estos datos, se puede entender que el personal de enfermería no se siente reconocido en el desarrollo de su actividad, y esto se contradice con las teorías de gestión y motivación; todo individuo desea ser visto y reconocido, la ausencia de reconocimiento en términos de trabajo conduce en muchas ocasiones a problemas y ausencia de motivación. El reconocimiento incorpora un cierto sentido de gratitud, que se desarrolla en ambos sentidos, en el del supervisor y director por el trabajo bien hecho, en el del trabajador o profesional por verse identificado, reconocido. El reconocimiento mejora las condiciones de trabajo, tanto si son los trabajadores los que lo reciben, así como si son los directivos los que perciben un trabajo bien hecho. Este es un hecho que contribuye a nuestra existencia, existimos porque los otros están allí, nos perciben y los percibimos, sin los otros no existimos. El reconocimiento cuando existe y es genuino, y se recibe diariamente, desarrolla un clima laboral excepcional, contribuyendo al crecimiento y desarrollo de las organizaciones. Rath y Clifton (2009) en su libro *How Full is Your Bucket? Positive Strategies for Work and Life*, plantean que un 65% de americanos no recibieron reconocimiento en su trabajo durante el año previo a la publicación de su libro, lo que hizo que muchos abandonaran su trabajo ante la falta de aprecio y reconocimiento por parte de directivos o patronos.

#### ***Factor 4. Juicio profesional y control de la práctica clínica***

La obtención de un ambiente de trabajo saludable se consigue a partir del compromiso de los empleados y de la organización y se caracteriza por un alto nivel de confianza entre empleados y gestores, en el cual los empleados se tratan entre ellos de una manera respetuosa. Al tiempo, se pueden encontrar otras características tales como una cultura organizativa que se apoya en la comunicación y la colaboración y en donde el clima es percibido por los empleados a nivel emocional y físico como seguro (Shirey, 2006). En este sentido, un ambiente de trabajo saludable puede conceptualizarse como un ambiente de práctica profesional en el que los empleados son comunicadores diestros y en donde las interacciones cara a cara son consideradas positivas y consistentes con los mandatos profesionales y éticos y en donde todo el mundo tiene un compromiso para la obtención de un ambiente de trabajo saludable que se convierte en un imperativo organizativo.

En el sistema sanitario americano desde el principio de los 80 la demanda de enfermeras ha superado con mucho al número de enfermeras disponibles, conduciendo el conjunto del sistema a una severa falta de personal de enfer-

mería. Esta situación, ha hecho que muchos investigadores, sindicatos, administradores de centros sanitarios y, por supuesto, las propias enfermeras y los colegios profesionales se hayan estado preocupando por las características de los lugares de trabajo donde las enfermeras llevan a cabo su práctica clínica. La falta de profesionales ha conducido a que se realicen diferentes trabajos que traten de analizar las características de los centros sanitarios (hospitales magnéticos) que habían tenido menos dificultad para retener y reclutar enfermeras profesionales. Las hipótesis que dirigían y que se plateaban en estos estudios se enunciaban considerando que los centros hospitalarios estaban provistos de unas características similares a las de las mejores compañías de negocios privadas (Kramer y Schmalenberg, 1988a y 1988b) y que los medios de trabajo profesionales permitían a estos centros atraer y retener enfermeras independientemente de los déficits en el número de enfermeras a nivel del país (Aiken y Patricien, 2000).

A finales de los 70, en los Estados Unidos se experimentó una reducción de titulados de enfermería que según algunos estudios estuvo en torno al 14% (USDOHHS, 1981). A principios de la década de los ochenta, se llevó a cabo un estudio en el que se describió un grupo de hospitales que aparentemente tenían pocos problemas en el reclutamiento y retención de enfermeras, unos centros que eran considerados por los profesionales como un “buen lugar para trabajar” y que fueron descritos por estos mismos profesionales, además de por otros conceptos, como “hospitales magnéticos”, dada su habilidad para atraer y retener al personal, encontrándose que todos estos centros disfrutaban de características similares (Upenieks, 2003). Entre sus atributos se encontraban un bajo nivel de abandono del personal de enfermería, una programación flexible de los turnos de trabajo, un liderazgo significativo, reconocimiento de la excelencia en la actividad profesional, buenas relaciones entre los diferentes grupos profesionales, especialmente con los médicos y el cumplimiento de los estándares profesionales establecidos por las organizaciones enfermería.

En la pregunta número cuarenta y ocho se interrogaba acerca de si el entorno era agradable y cómodo para trabajar. A esta pregunta contestaron un total 2509 enfermeras con una media en la contestación de 2,98 y una desviación típica de 0,931. La respuesta se distribuyó de la siguiente manera, absolutamente en desacuerdo 215 (8,6%), moderadamente en desacuerdo 448 (17,9%), cuya suma supuso el 26,4% (663) de las respuestas. Moderadamente



de acuerdo fue elegida por 972 (38,7%) profesionales y totalmente de acuerdo por 832 (32,5%). La opción de no sabe/no contesta fue elegida por 42 (1,7%) y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 53 (2,1%).

Un entorno de trabajo agradable y cómodo para trabajar, es por si mismo un importante elemento para lograr un tremendo impacto en el trabajo que se realiza diariamente, y esto se ve reflejado en los niveles de satisfacción de los trabajadores. Por tanto, se debería de hacer todo lo necesario para el mantenimiento del equipamiento y su actualización, tratando de evitar en la medida de lo posible, que haya espacios demasiado concurridos, de tal manera que cada enfermera pudiera disponer en cualquier momento de su propio espacio para trabajar. Trabajar desde este punto de vista, tiene una acción preventiva de los posibles conflictos que pudieran aparecer, convirtiéndose en imperativo tener estos aspectos resueltos para poder pasar a considerar otros elementos.

El clima de trabajo en el cual las enfermeras proporcionan cuidados a los pacientes, puede determinar de forma clara tanto la calidad como la seguridad del cuidado proporcionado. El personal de enfermería desea y debe proporcionar los más altos niveles de cuidados, siendo no solamente necesario preocuparse por cómo llevar a cabo los procesos de actuación, si no en que el enfoque de toda su actuación se lleve a cabo desde una perspectiva de seguridad de los pacientes (Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations, 2010).

Las organizaciones que consiguen los mejores resultados promueven una cultura de seguridad. El clima laboral es un factor básico para la retención de enfermeras y está convirtiéndose en uno de los más importantes en la explicación y predicción en términos de resultados los pacientes en función de su problema de salud. Shirey (2006) describió los ambientes de trabajo saludables como ambientes que ‘apoyan al conjunto del ser humano’, ‘enfocados al paciente’ y ‘lugares de trabajo alegres’, estas descripciones coinciden con las corrientes generales establecidas en el mundo de la enfermería desde los tiempos de Nightingale. Una autora que reconoció la importancia de los ambientes saludables sobre el paciente en su libro *Notes on nursing*. En esta línea el círculo se cierra puesto que autores como Shirey (2006) han demostrado que los ambientes de trabajo saludables tienen un impacto de mejora sobre la diada del cuidado, la enfermera y el paciente, incrementando la satisfacción en la primera y mejorando los resultados en el segundo.

Identificar si había una buena relación con otros departamentos tales como limpieza, cocina, etc. fue el objeto de la pregunta número cuarenta, a la que contestaron un total de 2504 enfermeras/os obteniendo una media de las contestaciones de 3,28 y una desviación típica de 0,793. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 58 (2,3%), profesionales y eligieron la opción no sabe/no contesta 81 (3,2%). El resto de las contestaciones se distribuyó de la siguiente manera: absolutamente en desacuerdo 89 (3,6%), moderadamente en desacuerdo 252 (10,1%) lo que constituyó una suma de 341 (13,6%) profesionales. Por otra parte contestaron estar moderadamente de acuerdo 980 (39,1%) y totalmente de acuerdo 1102 (44%).

Es indudable el nivel de acuerdo existente respecto a que las enfermeras mantienen una buena relación con otros departamentos tales como limpieza, cocina, etc., lo cual no plantea más problemas, la situación de estos departamentos como algo necesario para el desarrollo de la actividad y su correspondiente ubicación como actividades hosteleras plantea unos niveles de dependencia de ambos grupos que exigen el acuerdo y que indudablemente estando resueltos, tal y como parece, según la respuesta de las enfermeras, ayuda a la consecución de un clima laboral adecuado.

Un total de 2504 profesionales contestaron a la pregunta número cincuenta y una, que interrogaba acerca de si las enfermeras podían participar en la planificación de plantillas, de festivos, libranzas, etc., obteniéndose una media de las contestaciones de 2,40 y una desviación típica de 1,111. Absolutamente en desacuerdo fue la respuesta elegida por 696 (27,8%) profesionales y moderadamente en desacuerdo por otros 576 (23%). La suma de todas las contestaciones de los que contestaron estar en desacuerdo arrojó una cantidad de 1272, un 50,8% de los que contestaron. Moderadamente de acuerdo fue la opción de 650 (26%) profesionales y totalmente de acuerdo, la de 514 (20,5%). No sabe/no contesta fue la contestación elegida de 68 (2,7%) profesionales y no contestaron a esta pregunta dejándola en blanco 58 (2,3%).

En esta pregunta es necesario proceder a analizar en primer instancia que significa participación, y si desde un punto de vista organizativo esto incrementa el desempeño de los trabajadores. La participación es entendida como un proceso en el que el empleado se ve involucrado en la toma de decisiones (Times, 2009). Por otra parte el desempeño es un concepto que hay que analizar desde dos perspectivas, a nivel individual y del conjunto de la organiza-



ción, analizando como la participación de los empleados, o sea participación en la toma de decisiones, puede afectar al desempeño del conjunto de la organización. Estas consideraciones y su tratamiento empírico a lo largo del tiempo, del cual existe suficiente evidencia, nos hacen pensar que los incrementos de participación de los empleados provocan incrementos en los desempeños a nivel individual y en el conjunto en la organización, generando unos efectos adicionales a nivel económico, dado que la implicación y participación de los profesionales tiene un efecto motivador que puede reducir el abandono y los costes que este comporta. Por otra parte, la organización es posible que experimente un importante incremento en el desempeño y en la competitividad dado que puede estar utilizando de una manera más efectiva al personal. El personal al participar se convierte en un recurso estratégico y no simplemente en un empleado que recibe el pago por la realización de un trabajo. En esta línea el profesional se ve reconocido, dado que su implicación puede influir en su actitud hacia el trabajo, pudiendo ser capaz de organizar su propio trabajo ya sea de forma individual o en colaboración con otros profesionales lo que facilita que se realice una contribución más efectiva al conjunto del desempeño de la organización.

Las opiniones a la hora de contestar esta pregunta estuvieron divididas, decantándose minimamente hacia el desacuerdo. Esto indica una disparidad de formas a la hora de organizar los turnos y la libranza, a lo largo de los hospitales de la comunidad Valenciana, que provoca opiniones enfrentadas y en las que en algún caso, puede producir como resultado el enfado o enfrentamiento. Posiblemente, la forma más adecuada sería aquella en la que se transfiriera la responsabilidad de la organización de los turnos y libranzas a los propios profesionales, ante lo que tendrían que asumir las necesidades del servicio y, por tanto, su cumplimiento, esto conduciría al convencimiento más que a la sospecha de arbitrariedades en la organización.

La pregunta número treinta y cinco, trató de constatar la existencia de flexibilidad en los diferentes turnos/horarios de trabajo entre las enfermeras y fue contestada por un total de 2510 profesionales, obteniéndose una media de 2,84 y una desviación típica de 1,046. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 52 (2%) y eligieron la opción de no sabe/no contesta 69 (2,7%). Las contestaciones se distribuyeron de la siguiente manera: absolutamente en desacuerdo 357 (14,2%) profesionales y moderadamente en desacuerdo 493 (19,6%), alternativamente, moderadamente de acuerdo fue la opción de

780(31,1%) y totalmente de acuerdo de 811 (31,7%), constituyendo un grupo de 1591 profesionales o el 32,8% de los que contestaron.

Las características de la profesión de enfermería requieren en múltiples ocasiones la expresión de ciertos niveles de flexibilidad en cuanto a turnos de trabajo, fundamentalmente, en aquellos aspectos en los que la vida del profesional de enfermería se ve afectada por las distintas situaciones que se pueden dar en la intersección de la vida laboral y familiar. En el ámbito de los estudios sobre turnos de trabajo respecto a la enfermería, se cita repetidamente la flexibilidad como un elemento interesante de retención de enfermeras, especialmente de las enfermeras de más edad. Por ejemplo, en junio de 2006 la Fundación Robert Wood Johnson publicó un estudio titulado: *Wisdom at Work: The Importance of the Older and Experienced Nurse in the Workplace* (Hatcher, Blech, Connolly y col., 2006), en el que se presentaban diferentes opciones de flexibilidad en el trabajo en si mismo, que incluía desde alternativas la programación en los turnos a contrataciones de trabajo a tiempo parcial, todo ello como una posible solución al desafío que representa el que las enfermeras de mayor edad abandonen la asistencia. Pero todas estas actividades, llevada a cabo en los Estados Unidos, con ser interesantes no nos sirven en esencia, puesto que en nuestro país no existe la misma motivación que en Estados y la programación de los turnos se realiza desde la perspectiva de la institución, no pensando en las necesidades del profesional de enfermería. En este sentido, es paradójico que las enfermeras opinen en un 62,1% estar moderadamente o totalmente de acuerdo, aunque al parecer este nivel de acuerdo en la contestación viene de la mano de las propias enfermeras que practican directamente la flexibilidad a partir de los cambios de turno que realizan entre ellas, cambios de motu propio, algo que no esta contemplado en sus contratos, pero que es tolerado por la organización. Esta situación aunque aceptable no deja de ser problemática en la medida en que puede, en algunas ocasiones, ser una fuente de conflicto a raíz de problemas en los cambios realizados.

Un total 2553 profesionales contesto a la pregunta número cincuenta y dos en la que se trataba de averiguar si había un programa de protocolización formal. De las contestaciones se obtuvo una media de 2,90 y una desviación típica de 0,970. En donde 881 (35,3%) profesionales estuvieron moderadamente de acuerdo y 681 (27,3%) totalmente de acuerdo. Alternativamente, estuvieron absolutamente en desacuerdo 257 (10,3%) profesionales y moderadamente en

desacuerdo 397 (15,9%), lo que en conjunto constituyó un 26,2% (654 profesionales). La opción no sabe/no contesta fue elegida por 283 (11,3%) y no contestaron a esta pregunta dejándola en blanco 63 (02,5%). En este tipo de organizaciones orientadas hacia la calidad del cuidado se manejan constantemente procedimientos que fomentan el uso de materiales de equipo que minimizan las posibilidades de daño tanto al paciente como al personal en todos aquellos aspectos relacionados con movimiento de los pacientes.

En la pregunta número cincuenta y tres las enfermeras debía contestar si participaban en la elaboración e implantación de procedimientos/protocolos de utilización en el centro. La media de las contestaciones se ubicó en el 2,92 con una desviación típica de 0,955. Las contestaciones de un total de 2499 profesionales se distribuyeron de la siguiente manera: absolutamente en desacuerdo fue la elección de 249 (10%) profesionales y moderadamente en desacuerdo la de 459 (20,3%), alternativamente, moderadamente de acuerdo fue la opción de 945 (37,8%) y totalmente de acuerdo la de 756 (30,3%), lo que constituyó una mayoría en términos de acuerdo del 68,1% (1701) de los profesionales. No sabe/no contesta fue la elección de 90 (3,6%) profesionales y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 63 (2,5%). Debe de promover acciones a través de la toma de decisiones, para propiciar y mantener las condiciones del liderazgo, entre los profesionales de enfermería que en esencia son los ejecutores de la mayoría de la actividad en la institución sanitaria.

### ***Factor 5. Relación con otros profesionales***

Davies (1999) sugiere que colaboración o cooperación son dos términos que no necesariamente significan la utilización de los recursos de otros para obtener fines comunes, sino que puede significar únicamente que personas de diferentes profesiones están empleadas en la misma organización y esto en esencia puede tener diferentes significados. En el trabajo de Ulrich, Lanvander, Hart y cols. (2006) se trató de analizar los niveles de colaboración entre los distintos grupos de profesionales en las organizaciones de salud. Las enfermeras se puntuaron alto a sí mismas y proporcionaron las puntuaciones más bajas en términos de colaboración a los gestores y administradores, poniendo de manifiesto que el respeto entre grupos es una parte importante de la colaboración. La ausencia de respeto se relaciona con los intentos de abandono del trabajo y cuando está presente con la satisfacción en el trabajo (Laschinger, 2004).

Donchin, Gopher, Olin y cols. (1995) manifiestan que los problemas de colaboración entre las enfermeras y médicos, hasta el momento, han sido responsables de una parte importante de los errores y Laschinger, Finegan, Shamian y cols. (2004) afirman que cuando hay problemas de colaboración se producen incrementos significativos de la mortalidad de los pacientes. A la vista de estos datos, la pregunta número seis trataba de analizar si las enfermeras y los médicos trabajan en equipo. Una pregunta a la que contestaron un total 2554 profesionales y no la contestaron 8 (0,3%) dejándola en blanco. La media de las contestaciones fue de 2,66 y la desviación típica de 0,930. Las contestaciones se distribuyeron de la siguiente manera: Absolutamente en desacuerdo 331 (13%), moderadamente en desacuerdo 690 (27%), ambos grupos dieron una suma de 1021 (40%) profesionales. En el extremo opuesto encontramos que 1035 (40,5%) eligieron la opción moderadamente de acuerdo y totalmente de acuerdo fue la opción de 478 (18,7%) profesionales. Un pequeño grupo de 20 (0,8%) profesionales eligió la opción no sabe/no contesta.

Las buenas relaciones en el interior de los equipos de trabajo son un ingrediente esencial en los ambientes de trabajo saludables, constantemente asistimos a la publicación de estudios que ponen de manifiesto la importancia de una clara comunicación en el desarrollo de relaciones positivas de trabajo entre todos los miembros de un equipo, lo que en el caso de los equipos de salud conecta claramente con la mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes. Las relaciones entre los diferentes miembros del equipo se basan en el respeto mutuo, reconociendo que no se puede trabajar solo en el proceso de provisión de cuidados.

Mediante la pregunta número cinco se trataba de analizar la opinión de los profesionales de enfermería acerca de si entre los médicos y las enfermeras había buenas relaciones de trabajo. Contestaron a esta pregunta un total 2556 profesionales, no la contestaron 6 (0,2%), dejando esta pregunta en blanco y la opción no sabe/no contesta fue elegida por 52 (2,0%). La media de las contestaciones fue de 3,05 y la desviación típica de 0,827. Las respuestas se distribuyeron de la siguiente manera: absolutamente en desacuerdo 119 (4,6%), moderadamente en desacuerdo 437 (17,1%), constituyéndose un grupo de 556 (21,8%) profesionales. Moderada y totalmente de acuerdo fue la opción de 1141 (44,6%) y 807 (31,6%) profesionales respectivamente.

Las buenas relaciones de equipo afectan de una manera clara a la mortalidad, no solo aumentándola en el caso de relaciones problemáticas, sino redu-





ciéndola cuando son buenas (Healy y McKay, 1999; Laschinger y Sabiston, 2000). En el momento actual existe una clara evidencia de que se obtienen mejores resultados con los pacientes cuando existe una buena relación y colaboración entre enfermeras y médicos (Baggs y Smith, 1988; Aiken, Sloane y Solchasky, 1998). Bauman, Brien-Pallas y Armstrong-Stassen (1998) sugieren que los profesionales comprendidos en equipos multidisciplinares deberían de evitar los conflictos concentrándose en las necesidades de los pacientes más que en sus propios perfiles profesionales, dado que es inevitable que muchas de las veces se produzcan ciertos solapamientos entre las actividades que llevan a cabo.

Analizar si la práctica entre médicos y enfermeras estaba basada en una colaboración simétrica (de igual a igual), fue el objetivo de la pregunta número siete. La media de las contestaciones fue de 2,37 y la desviación típica de 0,979. Contestaron un total 2554 profesionales y no contestaron dejando la pregunta en blanco 8 (0,3%). La distribución de las respuestas se realizó de la siguiente manera: absolutamente en desacuerdo 564 (22,1%) y moderadamente en desacuerdo 812 (31,8%), lo que constituyó un grupo de 1376 (53,9%) profesionales. Moderadamente de acuerdo fue la opción de 794 (31,1%) y totalmente de acuerdo la de 351 (13,7%). Para finalizar no sabe/no contesta fue la opción de 33 (1,3%) profesionales.

El personal de enfermería está obligado por el Código Deontológico profesional en sus artículos 63 y 64 a tratar de lograr el mejor servicio para los pacientes, en colaboración siempre que sea necesario con otros miembros del equipo de salud. Adicionalmente se incluye el respeto a los ámbitos de competencia de cada uno de los miembros del equipo, pero teniendo en cuenta que el mismo respeto puede y debe ser demandado para el ámbito de su propia autonomía profesional. Las dos profesiones, los médicos y las enfermeras buscan la cooperación desde diferentes perspectivas de la atención sanitaria, diferente estatus y diferente posición en la estructura jerárquica de la organización y hasta la actualidad incluso con elementos relacionados con la diferencia de género.

La colaboración es un componente incondicional en la promoción y desarrollo de una cultura de ambientes de trabajo saludables en las organizaciones sanitarias. Las carencias en términos de colaboración contribuyen a la existencia de problemas de falta de confianza entre los miembros y como resultado a

equipos fragmentados en los cuales es imposible trabajar juntos. El desarrollo de procesos de colaboración debe de ser visible a través de todos los niveles de la organización, percibiéndose desde el nivel de trabajo de la enfermera con el paciente y la familia a las enfermeras trabajando juntas o la enfermera y el médico y/o otros profesionales y, por supuesto, la enfermera y cualquier otro individuo que lleve a cabo actividades de liderazgo o de gestión de enfermería en el ámbito de la organización. En ambientes en los que se fomenta la colaboración cada miembro del equipo debe contribuir a la obtención de las metas del conjunto de profesionales dando el poder y respeto a cada miembro y facilitándoles la palabra resolviendo conflictos de interés y salvaguardando las contribuciones esenciales que cada uno debe hacer en términos de obtener unos resultados adecuados en los pacientes (AACN, 2009).

Sin embargo, hay que tener en cuenta que en nuestro país, la estructura organizativa en los hospitales proporciona una posición preponderante a los miembros del colectivo medico, fundamentalmente a los jefes de servicio, que podrían ser considerados como mandos intermedios en la organización, lo que hace aflorar determinadas relaciones de poder e impide en muchas ocasiones la necesaria descentralización que el desarrollo de actividades colaborativas exige. Una descentralización que se produce de manera muy limitada en los hospitales, en donde el poder se comparte de forma clara entre la dirección del centro y los jefes de servicio, en donde la dirección de enfermería asiste muchas veces como un convidado de piedra. Esto hace que la relación entre médicos y enfermeras no haya sido nunca simétrica y en donde las posibles innovaciones organizativas no suelen ser aceptadas o en caso de aceptación, tiene dificultades para prosperar. Una situación que si procedemos, simplemente, a analizar los organigramas de las instituciones sanitarias, en ellos no encontramos ningún tipo de vínculo ni de contacto entre los grupos de profesionales, más allá de los necesarios en cuestiones de colaboración para la obtención de los objetivos de la institución. No se entiende por tanto, que siendo dos estructuras jerárquicas con áreas y líneas de mando separadas no tengan similares niveles de representación. Esto hace suponer que hay aspectos vinculados con la tradición, que permiten la aplicación arbitraria, en la actualidad, de criterios y elementos de carácter simbólico que no tienen refrendo organizativo.

Poner énfasis en el trabajo en equipo es poner énfasis en la calidad asistencial la cual se basa en la interdependencia y la colaboración y plantea exigencias de desarrollo de nuevos hábitos que faciliten para la interacción. La enfer-



mería y la medicina se encuentran irremediablemente vinculadas en el ámbito de la atención clínica hospitalaria, los resultados a obtener con los pacientes son contingentes tanto con las destrezas clínicas de los médicos como con las destrezas de los profesionales de enfermería en cuestiones de observación y comunicación, ya que unos buenos cuidados dependen de la continuidad de los sistemas de información y de la estrecha colaboración entre los profesionales (Baggs, Schmitt, Mushlin y cols., 1999). Un ejemplo de esto podrían ser los hospitales denominados ‘magnéticos’ en los que se produce un alto nivel de satisfacción de los pacientes y un bajo nivel de abandono de las enfermeras (Aiken, Smith y Lake, 1994; Aiken, Sloane y Sochalski, 1998).

La media de las contestaciones a la pregunta treinta y tres que interrogaba acerca de si la enfermería controlaba su propia práctica profesional se ubicó en el 3,02, con una desviación típica de 0,881. Esta pregunta fue respondida por un total 2543 profesionales y no respondieron esta pregunta dejándola en blanco 19 (0,7%). Las contestaciones se distribuyeron de la siguiente manera: absolutamente en desacuerdo 167 (6,5%) y moderadamente en desacuerdo 435 (17,1%). La suma del desacuerdo constituyó un grupo de 602 (23,7%) profesionales. Por otra parte, el grupo de los que se encontraban de acuerdo tanto moderadamente (1053 (41,4%)), como totalmente de acuerdo (816 (32,1%)), estuvo constituido por 1869 (73,5%) profesionales. No sabe/no contesta fue la elección de 72 (2,8%) profesionales.

El desarrollo de una práctica enfermera autónoma se ha venido llevando a cabo de una manera clara a partir de la aprobación y apoyo del conocimiento de enfermería en el cuidado de los pacientes y su correspondiente utilización a nivel organizativo (Kramer y Schmalenberg, 2002). Todo ello ha propiciado un control efectivo sobre la práctica de enfermería que exige de cierto tipo de poder, una estructura organizativa y una toma de decisiones acerca de los cuidados a proporcionar a los pacientes, propiciando el ejercicio y propiedad de los problemas, su enunciado y adicionalmente la búsqueda de soluciones a partir del nivel de control que se ejerce sobre el problema identificado. Un proceso que aparentemente se ha cumplido y se continua cumpliendo en el ámbito de la enfermería de la Comunidad Valenciana dado el nivel de acuerdo de la respuesta, lo que hace necesario que en lo sucesivo se llevara a cabo un proceso de descripción de los procesos de control sobre la práctica de manera tal que permitieran la mejora y su profesionalización más efectiva, si cabe. Las enfermeras pueden reforzar su autonomía organizando su trabajo de forma que

se asegure la utilización del conocimiento clínico basado en el conocimiento científico y la aplicación de procedimientos, actuando y tomando decisiones con plena libertad.

Mediante la pregunta número cuarenta y dos se pretendía obtener la opinión de los profesionales de enfermería acerca de si los médicos proporcionaban una adecuada atención diagnóstica, médica o quirúrgica. Esta pregunta fue contestada por 2057 profesionales obteniéndose una media de 2,96 y una desviación típica de 0,808. Las contestaciones se distribuyeron de la siguiente manera: Absolutamente en desacuerdo 121 (4,8%) Moderadamente en desacuerdo 462 (18,4%), lo que sumado nos dio un desacuerdo del 23,3% (583 profesionales). De acuerdo, tanto moderadamente como totalmente se manifestaron 1190 (47,5%) y 617 (24,6%) profesionales respectivamente, No sabe/no contesta fue la opción de 117 (4,6%).

La respuesta mayoritaria ante la pregunta de si los médicos proporcionaban una adecuada atención diagnóstica, médica o quirúrgica es bastante explícita, con un 72,1% (1807) de profesionales de enfermería moderadamente o totalmente de acuerdo, significa salvo excepciones, que la opinión en términos generales acerca del trabajo que desarrollan y llevan a cabo los médicos es de calidad. Es necesario reconocer que el trabajo conjunto conlleva el identificar las actitudes y buenas prácticas, por lo que independientemente de las opiniones vertidas en otras preguntas podríamos decir que las enfermeras realizan con esta respuesta un alto reconocimiento de los profesionales con los que trabajan.

#### ***Factor 6. Adecuada provisión de recursos humanos***

En la pregunta número dos se trataba de saber si desde la perspectiva de los profesionales de enfermería había un número suficiente de enfermeras para proporcionar los cuidados adecuados. Esta pregunta fue contestada por un total de 2556 profesionales. La contestación media fue de 2,26 y la desviación típica de 1,057. Contestaron estar absolutamente en desacuerdo 791 (30,9%) y moderadamente en desacuerdo 677 (26,4%) profesionales lo que constituyó el 57,4% (1458) de la muestra, por otra parte, contestaron estar moderadamente de acuerdo 685 (26,7%) y totalmente de acuerdo 381 (14,9%). No sabe/no contesta fue la opción elegida por 22 (0,9%) profesionales y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 6 (0,2%).



Los profesionales de enfermería son el punto de contacto del sistema con los pacientes. Las enfermeras establecen los sistemas de seguimiento de los problemas de salud, detectando en todo momento los problemas y en caso de alteración proceden a la toma de decisiones y establecimiento de los correspondientes planes de cuidados que generen el retorno a una posición de control y que permita la solución del problema. En los casos en que no hay suficientes enfermeras o no tienen la formación adecuada, existe la posibilidad de que el problema en sí o los primeros signos de un problema pasen desapercibidos. La relación que esta situación plantea se debe de analizar en términos del riesgo.

En la actualidad, existe un amplio conjunto de datos a nivel internacional que indican una clara relación entre la disponibilidad de personal de enfermería, sus características, y los resultados específicos obtenidos, siendo necesario en nuestro país proceder a realizar las correspondientes mediciones que indiquen la necesaria relación de pacientes-profesionales en función de las diferentes características de las unidades. Un acción que debe de ser determinada a nivel profesional, pues solo y únicamente después de realizarse las correspondientes determinaciones utilizando el juicio profesional, se podría realizar la adecuada distribución de plantillas (Camaño, 2000a y b). Algo que viene a corroborar el informe de la Agency for Healthcare Research and Quality (2003) que indica que los hospitales con bajos niveles de personal de enfermería tienden a obtener unos peores resultados en la atención a los pacientes. En esta misma línea Stanton (2004) y Needleman, Buerhaus, Soeren y cols. (2003) verificaron una estrecha relación entre la dotación de personal de enfermería y problemas en los paciente tales como las infecciones del tracto urinario, la neumonía, el shock, el sangrado gastrointestinal del tracto superior y la duración de la estancia de hospitalaria.

Otros autores como Clarke, Rockett, Sloane y cols. (2002) y Shortell y cols. (1994) vincularon la seguridad de los profesionales y de los pacientes, respectivamente, con accidentes con material punzante y una menor estancia de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos con bajos niveles de personal disponibles. En este sentido, los datos disponibles vinculan las complicaciones de los pacientes con la necesidad de incrementar el número de enfermeras o dicho de otra manera, la necesidad de incrementar las horas de cuidados de enfermería por paciente y día, cuyas medias se relacionan con los niveles de mortalidad en función del riesgo (Hartz, Krakauer, Kuhn, et al. 1989; Aiken, Smith, Lake, 1994; Pierce, 1997; Aiken, Clarke, Sloane, 2001).

Otros estudios plantean también que el ambiente laboral, afecta a la permanencia en el puesto de trabajo y a la satisfacción en el trabajo de las enfermeras (Davidson, Folcarelli, Crawford, Drprat y Clifford, 1997; Irvine y Evans, 1995; Lake, 1998; Levek y Jones, 1996). Siguiendo este tipo de razonamientos es preocupante que un 57,4% (1458) de los profesionales que contestaron consideraran que había un número insuficiente de enfermeras para proporcionar los cuidados adecuados. Una situación que podría ser habitual en los centros hospitalarios valencianos, e incluso en los españoles, en los que se debería llevar a cabo estudios para conocer de una manera adecuada la forma en la que trabajan las enfermeras la duración de los turnos y el descanso, teniendo especial consideración hacia el tiempo de recuperación entre los diferentes turnos (ANA, 2001).

Con la pregunta número cuatro se trato de analizar si había personal suficiente para realizar el trabajo, a lo que contestaron un total 2553 profesionales y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 9 (0,4%). La media de las contestaciones se ubicó en el 2,34 y la desviación típica fue de 1,032. Las respuestas obtenidas se distribuyeron de la siguiente manera: Absolutamente en desacuerdo 670 (26,2%), moderadamente en desacuerdo 720 (28,1%), lo que constituyo el 54,4% (1390) de los que contestaron. Moderadamente de acuerdo fue la respuesta de 748 (29,2%) profesionales y totalmente de acuerdo de 393 (15,3%). Un pequeño grupo de 22 (0,9%) profesionales eligieron la opción no sabe/no contesta.

Inicialmente se podría decir que posiblemente el sistema de salud valenciano plantea ciertas dificultades ya que ante la pregunta de si había personal suficiente para realizar el trabajo, la contestación es mayoritariamente de desacuerdo, lo que nos proporciona una idea acerca de que la organización no cuida a sus empleados, lo que termina trascendiendo y afectando de una manera directa a los propios pacientes.

Los planteamientos desde una perspectiva economicista del sistema sanitario conducen de forma habitual a la misma idea. Ante las dificultades o la necesidad de reducción de costos, siempre se plantea la reducción del personal, tanto de profesionales como de no profesionales, lo que de manera rápida conduce a una reducción de los gastos corrientes, entre los que la partida de personal, y dentro de ella la enfermería, es la más abultada. Esto normalmente, aunque no sabemos si siempre, plantea la siguiente pregunta, se puede llevar a



cabo el mismo trabajo con un número menor de personal, se puede continuar llevando a cabo la misma actividad sin problemas, y estas preguntas, es necesario ubicarlas en un contexto de salud, en una situación en la que se tiene que llevar a cabo procesos de responsabilidad y consideraciones éticas, en los que se pueden provocar daños y/o la muerte (Kovner y Gergen, 1998).

Habitualmente en el mundo de la empresa se piensa y recomienda en términos de priorización, valorando los puestos de trabajo y su contribución a los procesos, la aplicación de criterios de redistribución y por último la posibilidad y la facilidad en términos de agilidad para reconducir la situación a una nueva posición acorde con los cambios internos y externos que se puedan producir (Elston, 2009). En salud, estando de acuerdo con los aspectos comentados, es imprescindible tener en cuenta otros aspectos que influyen en el cumplimiento de estándares y el respeto a criterios éticos y a la dignidad de las personas, puesto que los problemas en el ámbito de la producción de bienes o servicios pueden ser relativamente diferentes a los problemas en los que se involucran personas y estos deberían de ser tratados de una manera distinta.

La decantación de una parte importante de los profesionales por el desacuerdo, el 54,4% (1390) de los profesionales, nos hace identificar una vez más un punto de análisis que debería de ser tratado y analizado de forma pormenorizada, incluyendo los criterios de gestión que se persiguen en la actualidad. Lo que plantea una situación en la que los profesionales llevan a cabo su actividad con la presión de una fuerza de trabajo insuficiente lo que, asimismo, aporta un mayor nivel de dificultad en el desempeño de un trabajo seguro con los pacientes.

La pregunta número cincuenta y siete trata de analizar si había una distribución adecuada del personal entre las diferentes unidades, siendo contestada por un total de 2467 profesionales y obteniéndose una media de las contestaciones de 2,27 y una desviación típica de 1,047. La distribución de las respuestas fue la siguiente, absolutamente en desacuerdo 707 (28,7%), moderadamente en desacuerdo 629 (25,5%), constituyendo el 54,2% (1336) de los profesionales. Alternativamente, 660 (26,8%) profesionales eligieron la opción moderadamente de acuerdo y totalmente de acuerdo 342 (13,9%). No sabe/no contesta fue la elección de 129 (5%) profesionales y 95 (3,7%) no contestaron esta pregunta dejándola en blanco.

Si procedemos a analizar esta pregunta en conjunto con las anteriores la situación se nos hace más compleja todavía, ya que la contestación a esta pregunta acerca de si había una distribución adecuada del personal entre las diferentes unidades, se vuelve a decantar por el desacuerdo 54,2% (1336) de los profesionales y en donde una mínima porción de ellos se encuentra totalmente de acuerdo, solo 342 (13,9%) profesionales. Esto nos indica una percepción de la situación bastante problemática por parte de los profesionales, no solo no hay enfermeras suficientes, sino que son insuficientes para realizar el trabajo y además están mal distribuidas. Estas indicaciones, plantean ciertas dudas acerca de que si la actuación del sistema sanitario valenciano es segura o no.

En la pregunta número uno se interrogo a los profesionales de enfermería acerca de si había servicios de apoyo asistencial adecuados para la realización de los cuidados, considerando que los celadores, las auxiliares y el personal administrativo, etc., como elementos imprescindibles y necesarios para el desarrollo de la actividad. La contestación media fue de 2,57 y la desviación típica de 0,981. Contestaron esta pregunta un total de 2555 profesionales y la dejaron en blanco 7 (0,3%). Las respuestas se distribuyeron de la siguiente manera: absolutamente en desacuerdo 419 (16,4%), moderadamente en desacuerdo 740 (28,9%) configurando un grupo de 1159 (45,4%) profesionales. Moderadamente de acuerdo 885 (34,5%) y totalmente de acuerdo 489 (19,1%) profesionales. No sabe/no contesta fue la opción de 22 (0,9%) profesionales.

En esta pregunta, se trataba de conocer la percepción de los profesionales de enfermería de los servicios de apoyo asistencial existentes en los centros, tratando de comprender si eran adecuados para la realización de los cuidados. La contestación nos mostraba un alto nivel de concentración de las respuestas en las contestaciones moderadamente en desacuerdo 740 (28,9%) y moderadamente de acuerdo 885 (34,5%), lo que constituyo el 69,9% (1625) de los que contestaron. Esta respuesta es bastante indeterminada, lo que haría necesario un análisis más pormenorizado, pero permitiéndonos afirmar que algo pasa con los servicios de apoyo asistencial existentes en los centros, que no obtienen unanimidad en ninguno de los sentidos. En concreto, para 1159 (45,4%) profesionales que contestan estar moderadamente o totalmente en desacuerdo, este podría ser un punto más de inseguridad en el desarrollo de su trabajo, pues no tienen certeza de poder contar con recursos que podrían ser necesarios en algún momento en el desempeño de un trabajo seguro.





### ***Factor 7. Práctica enfermera autónoma***

Los profesionales de enfermería se comportan y actúan como cualquier grupo profesional, tratando de llevar a cabo su actividad con total autonomía y control sobre la práctica de su profesión. El concepto de autonomía se refiere a la capacidad de actuar de acuerdo con el conocimiento que se posee y la emisión de juicios propios, proporcionando los cuidados de enfermería dentro del amplio abanico de la práctica, tal y como se viene definiendo por las normas emitidas y establecidas por los organismos profesionales, los cuales actúan animando constantemente y esperan obtener de los profesionales la aplicación de su mejor conocimiento experto y que proporcionen los mejores cuidados a los pacientes (Camaño, 2005). Freidson (1998) plantea una concepción diferente del concepto de autonomía para las enfermeras y los sociólogos. Para las primeras, la autonomía siempre se describe en términos de práctica clínica, para los segundos autonomía es el derecho de una profesión a controlar su propio trabajo, libre de las influencias o los condicionamientos en términos de poder de otros.

Los profesionales de enfermería vinculan el concepto de autonomía con actuaciones relacionadas con los pacientes, fundamentalmente a nivel individual y olvidan que están inmersas en un ambiente complejo que necesita ser analizado y tenido en cuenta a la hora de organizar, tomar decisiones y llevarlas a cabo. Por otra parte, cuando analizamos el concepto desde la perspectiva de los sociólogos en el cual se incluye la palabra libertad, o sea, actuación sin cortapisas, incluye la toma independiente de decisiones, incluso de todos aquellos elementos que tienen que ver con la organización del trabajo, con respecto a otros y la aplicación racional e independiente de su cuerpo de conocimientos y de sus actuaciones.

Control sobre la práctica de enfermería se refiere a la capacidad de las enfermeras para proveer y desarrollar la forma y estructura organizacional de los correspondientes departamentos de enfermería así como para el establecimiento de las prácticas y políticas relacionadas con el cuidado de enfermería (Weston, 2008). Las enfermeras con un alto nivel de control sobre su práctica tienen la oportunidad y la responsabilidad de introducir y proporcionar la mejor toma de decisiones relacionada con esa práctica, incluyendo políticas y temas de personal que puedan afectar en algún momento al contexto en donde se proporcionan y se llevan a cabo los cuidados. Ambos conceptos, tanto autonomía como control sobre la práctica, han sido considerados como variables

a analizar y explicar desde los primeros momentos en que surge el interés por el análisis de ambientes saludables. Encontrándose también en relación directa con la satisfacción en el trabajo y la retención de las enfermeras por parte de los centros sanitarios (Kremer y Schmalenberg, 2004). Adicionalmente, los diferentes análisis realizados han mostrado un incremento del respeto, el estatus y el reconocimiento para las enfermeras (Hinsaw, 2002), así como un bajo abandono del puesto de trabajo y menos comportamientos de burnout. Estos hallazgos acerca de autonomía el control sobre la práctica y la satisfacción de los empleados, son consistentes con los hallazgos en la investigación en otros ámbitos laborables (Sagie, 1994; Cotton, Vollrath, Froggatt y cols., 1998), así como la literatura relacionada con gestión nos muestra que la participación en la toma de decisiones se ha mostrado como positiva en la obtención de mayores niveles de satisfacción en el trabajo (Black y Gregersen, 1997).

El Institute of Medicine (2004) ha encontrado que los ambientes de trabajo saludables y control de la práctica por parte de las enfermeras mejoran los resultados obtenidos y aumentan la seguridad de los pacientes, reduciéndose la mortalidad (Aiken y cols., 2008). Las estrategias descritas para mejorar y desarrollar la autonomía de las enfermeras se basan en mejorar las estructuras de toma de decisiones autónomas proporcionando apoyo e incrementando el conocimiento y experiencia de las enfermeras.

Estos esfuerzos deben dirigirse a incrementar la capacidad de las enfermeras para valorar las necesidades de los pacientes y proporcionar cuidados basados en la competencia, el conocimiento profesional y su experiencia. La obtención de este objetivo requiere de procedimientos en el ámbito de las organizaciones que guíen la práctica de la enfermería basada en los estándares nacionales. Por lo tanto, es esencial para las enfermeras tener acceso a los últimos avances publicados en la literatura, a través del acceso a bibliotecas, fuentes bibliográficas y fundamentalmente Internet. Estos recursos proporcionan un plus adicional en el desarrollo y mantenimiento de la competencia, son esenciales para proporcionar cuidados, a nivel de la clínica individual y como miembro de un equipo interdisciplinario.

En la pregunta número tres se trataba de verificar si se trabajaba con enfermeras de gran competencia clínica. Contestaron un total de 2554 profesionales y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 8 (0,3%) profesionales. Aparentemente la contestación estuvo bastante clara, la media de las contesta-



ciones se ubicó en 3,45 y la desviación típica de 0,7027. Una minoría de 221 profesionales, el 8,7%, estuvo absolutamente en desacuerdo (40 (1,6%)) y/o moderadamente en desacuerdo (181 (7,1%)), por otra parte, se encontraron moderadamente de acuerdo 862 (33,6%) profesionales y totalmente de acuerdo 1364 (53,2%), lo que constituyó el 86,8% de los profesionales. La opción no sabe/no contesta fue seleccionada por 107 (4,2%) profesionales.

En diferentes diccionarios se puede encontrar definida la palabra competencia como pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado, y competente, como la calidad de tener suficiente conocimiento, juicio, destreza experiencia para resolver algunas propuestas. En este sentido, podríamos entender que una de las tareas principales que tiene una enfermera es la de determinar el/los problemas de los pacientes y establecer los correspondientes diagnósticos de enfermería desarrollando los correspondientes planes de cuidados que contribuyan al cambio positivo en su condición. En este sentido, una enfermera competente debería de entenderse como aquella que tiene el conocimiento, el juicio, la destreza y experiencia para diagnosticar y, adicionalmente, establecer el plan y proporcionar los correspondientes cuidados que se desprendan de dicho plan (Burg, Lloyd y Templeton, 1982).

La competencia clínica se manifiesta a través de diferentes conductas observables en la práctica, pudiendo entenderse como una interacción efectiva con el medio en que se lleva a cabo (White, 1959). La descripción de la competencia de acuerdo con las tareas que se llevan a cabo en cualquier encuentro clínico de enfermería, ha venido siendo útil para obtener la perspectiva de las consecuencias de las conductas de las enfermeras en las que se realice una valoración, registro de datos y actualización de la historia y la gestión del paciente. Definiciones de competencia clínica en las que se ponía el énfasis en la resolución de problemas considerándola la responsabilidad más importante de la enfermera.

Miller (1990) distingue diferentes niveles de competencia planteando estos niveles como un modelo de valoración de competencias. Éste modelo representa una serie evolutiva de etapas categorizadas horizontalmente, haciendo una clara distinción entre lo que se sabe (conocimiento), saber cómo (competencia), mostrar cómo (desempeño) y lo que se hace (acción), considerando todos los niveles necesarios y con impacto en la competencia clínica. Algunos autores proceden a diferenciar entre competencia y desempeño, por ejemplo

Senior (1976), define como competencia lo que una enfermera es capaz de hacer y desempeño como lo que una enfermera hace realmente.

En la pregunta número cincuenta y cinco se preguntaba acerca de si se trabaja con enfermeras con mucha experiencia, que conocían bien el hospital. Esta pregunta la contestaron un total 2499 profesionales obteniéndose una contestación media de 3,19 y una desviación típica de 0,828. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 63 (2,5%) profesionales. Un conjunto de 441, el 17,6% de los profesionales estuvieron absolutamente o moderadamente en desacuerdo, habiendo respondido 102 (4,1%) profesionales a la primera opción y 339 (13,6%) a la segunda. Moderadamente de acuerdo fue la elección de 983 (39,3%) y totalmente de acuerdo la de 1003 (40,1%). No sabe/no contesta fue elegido por 72 (2,9%) profesionales. No es de extrañar esta contestación en la que un 79,4% manifiesta que trabaja con enfermeras con mucha experiencia en la actualidad ya que según la propia declaración de las entrevistadas hay 1425 enfermeras con una experiencia superior a los once años, de las cuales 717 tiene experiencia superior a 20 años. Esto es interesante desde la perspectiva de la gestión pues toda esta experiencia acumulada supone un rico yacimiento del que hacer surgir ideas innovadoras en todos los sentidos, mejora de la calidad, seguridad, etc.

La pregunta número diecinueve interrogaba acerca de la existencia de oportunidades para discutir, con otras enfermeras, problemas asociados a la atención de los pacientes recogiendo un total 2550 contestaciones distribuidas de la siguiente manera, moderadamente de acuerdo 912 (35,8%) profesionales y totalmente de acuerdo 683 (26,8%), lo que constituyó un grupo de respuestas en el que estaban comprendidos el 62,6% de los profesionales que respondieron. La elección de absolutamente en desacuerdo (337 (13,2%)) y moderadamente en desacuerdo (537 (21,1%)) fue realizada por 878 profesionales lo que constituyó un 34,3% de los profesionales que contestaron. La media de las contestaciones se ubicó en el 2,79 una desviación típica fue de 0,997. La opción no sabe/no contesta fue elegida por 81(3,2%) profesionales y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 12 (0,5%).

Las contestaciones a esta pregunta reflejan la situación actual, ya que las enfermeras tienen diversas oportunidades, desde el cambio de turno a las distintas actividades y momentos de atención a los pacientes a lo largo del turno, para hablar de los problemas asociados a su atención, pero no se está produ-



ciendo un cambio cualitativo, que es necesario e importante, para pasar de lo individual y particular en las condiciones de cada uno de estos pacientes a un análisis colectivo. Es necesario realizar consideraciones de tipo colectivo, profesionales y de los pacientes en su conjunto, para poder salvaguardar los aspectos de calidad y seguridad, las condiciones organizativas cambiantes exigen determinados planteamientos a nivel profesional o sea del colectivo, que incidan en salvaguardar la seguridad del conjunto y esto no está previsto en los tiempos de enfermería.

La pregunta número treinta y siete interrogaba acerca de si el sistema de prestación de cuidados se basaba en el trabajo en equipo, obteniéndose una media en las contestaciones de 2,95 y una desviación típica de 0,929. Absolutamente en desacuerdo contestaron 205 (8,2%) y moderadamente en desacuerdo 488 (19,5%) lo que constituyó un grupo de 693 (27,6%) profesionales. Por otra parte, contestaron estar moderadamente de acuerdo 942 (37,6%) y totalmente de acuerdo 786 (31,3%), el 68,9% de un total de 2508 profesionales que contestaron. No sabe/No contesta fue la opción elegida por 87 (3,5%) profesionales y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 54 (2,1%).

Existe un amplio número de definiciones y enfoques en cuanto a lo que entiende por un equipo, entre las que se encuentra la de Adair (1986) que plantea que un equipo es un grupo de personas en el que los individuos comparten un objetivo común y en donde las destrezas, habilidades y conocimientos de cada uno de los miembros encaja y conecta adecuadamente con las de cada uno de los demás.

Katzenbach y Smith (1993) que definen equipo como: “Un pequeño número de personas con destrezas complementarias, enfoques, desempeño y metas por las que son responsables de manera conjunta”, otros autores lo han definido en base a los rasgos, por ejemplo Hackman (2002) que plantea cuatro rasgos principales: Una tarea conjunta, límites claros, una autoridad claramente especificada para gestionar los procesos de trabajo y una razonable estabilidad de los miembros”.

Se puede percibir fácilmente que todas esas definiciones tienen factores en común tales como una tarea o finalidad común, acuerdo mutuo entre los miembros, elementos de gestión y coordinación y por último una responsabilidad compartida. La European Nursing Leadership Foundation (Dawes y Hands-

comb, 2005: 11), después de establecer las distintas destrezas necesarias para la actuación y desarrollo de un equipo, paso a definir el equipo clínico como “Un grupo de personas con una mezcla de destrezas que gestiona y mantiene las actuaciones sobre un paciente común y que trabajan juntos eficientemente. De manera ideal, las decisiones deben de ser tomadas conjuntamente y todos y cada uno de los miembros es responsable ante los demás de su desempeño y los resultados clínicos obtenidos”. Tal y como lo hace la European Nursing Leadership Foundation, se podría afirmar que esta definición recoge los aspectos clave de la literatura manteniendo un fuerte enfoque clínico y relacionando el equipo con los resultados clínicos y los cuidados al paciente.

La pregunta número cincuenta trataba de analizar si las enfermeras no debían de cambiar nunca de unidad/departamento. La contestación media fue de 1,98 con una desviación típica de 1,047, cálculos obtenidos sobre un total 2509 respuestas de profesionales y no contestaron esta pregunta dejándola en blanco 53 (2,1%). Absolutamente en desacuerdo contestaron 1080 (43%) profesionales y moderadamente en desacuerdo 616 (24,6%) constituyendo un grupo de 1696 (67,6%) profesionales. Moderadamente de acuerdo fue la contestación de 456 (18,2%) profesionales y 284 (11,3%) eligieron la opción totalmente de acuerdo. No sabe/no contesta fue elegido por 73 (2,9%) profesionales.

La respuesta se posiciona claramente en plantear la necesidad de realizar cambios, los cuales podrían ser necesarios tanto en lo que respecta a la organización como a los puestos de trabajo en las distintas unidades/departamento en las que están ubicados los distintos puestos de trabajo. Es importante considerar que el cambio no es recomendable por si solo, sobre todo si la organización o trabajador esta obteniendo las metas/objetivos correspondientes, pero al mismo tiempo es necesario reconocer que en una organización, un puesto de trabajo está sometido constantemente a cambios, en función de los correspondientes cambios tecnológicos intelectuales, innovaciones, etc., con lo que sería bueno que el cambio se anticipara en el marco de la organización.

Habitualmente, se ha considerado que la enfermería no tiene una clara idea acerca del cambio o una carencia de comprensión entre las enfermeras de porqué y como iniciar los cambios, una cuestión que contradicen las enfermeras consultadas con su respuesta, ya que hay una clara mayoría, el 67,2% de las profesionales estuvieron en desacuerdo con la idea de no que debían de cambiar nunca de unidad/departamento.



En la pregunta cincuenta y seis, se preguntaba acerca de si se comunicaba verbalmente el plan de cuidados del paciente (cambio de turno). La media de las contestaciones se ubicó en 3,54 y la desviación típica fue de 0,764. Las contestaciones se aglutinaron entre moderadamente de acuerdo 541 (21,6%) y totalmente de acuerdo 1603 (64,1%), constituyendo un grupo de 2144 (85,7%) profesionales. El grupo en desacuerdo fue minoritario, distribuyéndose de la siguiente manera, absolutamente en desacuerdo 83 (3,3%) moderadamente en desacuerdo 149 (6%), constituyendo un grupo de 232 (9,3%) profesionales, la opción no sabe/no contesta fue elegida por 124 (4,8%) de un total de 2500 que contestaron a la pregunta. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 62 (2,4%).

El cambio de turno es el momento en el que se comunica, habitualmente de forma oral, la información vital por parte de las enfermeras en turno, al grupo de enfermeras del nuevo turno que se hacen cargo de los pacientes, a los que proporcionarán cuidados a continuación. Constituye el momento en el que se discute la información y el enfoque de cuidado (Lamond, 2000). El tipo de información que se transfiere entre los profesionales es importante para la mejora de la seguridad e incremento de la calidad de los cuidados. La transferencia de información que tiene lugar, promueve y facilita la continuidad de cuidado, haciendo conscientes a los profesionales de la posibilidad de eventos adversos y facilitando la prevención de errores.

Investigaciones recientes sugieren la probabilidad de que los cambios de turno realizados oralmente tienen ciertas deficiencias tales como la posibilidad de olvidar importantes datos así como que las notas que se toman durante los cambios de turno tienen importantes carencias que no se habían podido demostrar previamente (Pothier, Monteiro, Mooktiar y col., 2005). La investigación ha demostrado que los cambios de turno por escrito son más exactos y consumen menos tiempo, las anotaciones que se realizan por los profesionales sanitarios en la historia clínica se realizan con el convencimiento de que van ser leídas y que son útiles para los colegas (Hays, 2003). La información acumulada tiene que ser clara, concisa y mantenida regularmente, esto contribuye a ahorrar un tiempo importante, no obstante, la utilización de la comunicación verbal continúa siendo utilizada de manera mayoritaria.

Meissner, Hasselhorn y Estry-Behar y col., (2007) plantean que los factores organizacionales son elementos clave que determinan la satisfacción de

las enfermeras con el proceso de cambio de turno y establecen en su análisis, haber encontrado una gran variedad de alternativas organizativas y soluciones. Esto indujo a estos autores a pensar que es necesario llevar a cabo una revisión y mejora de los procedimientos utilizados hasta el momento, propiciando un debate que debería afectar a múltiples niveles organizativos y en algún caso se debería de hacer extensible a otros profesionales. Todo esto debería propiciar, según estos autores un mayor número de investigaciones que se centraran en determinados aspectos del cambio de turno tales como el por qué, el dónde y el cómo y por ultimo quiénes deberían estar involucrados.

La pregunta número cuarenta y uno tuvo como objeto de interés, si la enfermera no debía de afrontar situaciones que van en contra de su juicio profesional. No contestaron esta pregunta dejándola en blanco 59 (2,3%) profesionales. La opción no sabe/no contesta fue elegida por 157 (6,3%). Contestaron a la pregunta 2503 profesionales. A partir de las respuestas se obtuvo una media 2,68 y una desviación típica de 1,025. Estuvieron absolutamente en desacuerdo 369 (14,7%) y moderadamente en desacuerdo 611 (24,4%) constituyendo un grupo de 980 profesionales, el 39,2% de los que contestaron. Se manifestaron moderadamente de acuerdo 756 (30,2%) y totalmente de acuerdo 610 (24,4%) profesionales, conformando un grupo que superaba la mitad de los que contestaron

El artículo 56 del Código Deontológico de la Enfermería Española (1989) establece que “La enfermera/o asume la responsabilidad de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio y su profesión”, por tanto se considera juicio clínico la conclusión a la que llega un profesional a partir de un proceso de observación, reflexión y análisis de los datos disponibles y observables del estado de un individuo. Primero se presta atención a los detalles acerca de la condición del paciente, lo que nos cuenta y observamos que está experimentando, se recolecta la información respecto al problema, se aplican las correspondientes habilidades de razonamiento e interpretación de hechos aplicándose el razonamiento crítico en un proceso de confirmación o rechazo de hipótesis o diagnósticos de enfermería.

El juicio clínico de un profesional de enfermería no se limita únicamente a la identificación de los problemas, sino que involucra la exploración de un amplio espectro de posibilidades. Dallaire y Dallaire (2008) plantearon que el juicio profesional “capacita para identificar determinados aspectos de una





situación dada pudiendo anticipar las intervenciones que sea posible llevar a cabo para estabilizar la condición de un paciente y articular las actuaciones desde la perspectiva de enfermería en toda situación en la que se plantee la necesidad de una provisión de cuidados, determinando las áreas que de manera realista permitan la mejora y el desarrollo personal de los individuos a los que se atiende produciendo distinciones cualitativas en base a las distintas áreas críticas de la profesión”. Lipman (2006) plantea asimismo, que existe una estrecha relación entre profesionalización y juicio clínico, llegando a considerar ambos conceptos como sinónimos, ya que sería prácticamente imposible encontrar un profesional de enfermería que llevara a cabo su actividad sin el ejercicio de este tipo de juicio.

Los resultados obtenidos en esta pregunta pueden dar lugar a cierta preocupación al no haber unanimidad o un mayor número de respuestas que confirmaran que las enfermeras no debían de afrontar situaciones que van en contra de su juicio profesional, dado que 1366 profesionales parece un número insuficiente, el juicio clínico no puede quedar en entredicho dado que podría plantear un nivel insuficiente de profesionalización (Lipman, 2006). Por una parte se podría entender que hay determinadas amenazas a este elemento singular de expresión profesional que es el juicio clínico, por otra, quizás las enfermeras se encuentran en una situación en la que no reconocen la importancia y el valor del juicio clínico con lo que se debería de pensar que solo cuando se pierde algo es cuando realmente podemos apreciar su valor. Esto nos debería de colocar en guardia, ya que solo su utilización puede permitirnos continuar realizando planes para la superación de un presente que puede ser entendido como problemático y a la vez esperanzador, solo desde la perspectiva de la prevención y la promoción y desarrollo del juicio profesional se pueden despejar las dudas que pudieran existir y más allá de los componentes técnicos se puede constituir un panorama profesional más amplio.

## CONCLUSIONES

El entorno de trabajo típico de las enfermeras se caracteriza por la existencia de múltiples situaciones y amenazas para la seguridad de los pacientes. Amenazas que podríamos ubicar en cuatro de los componentes básicos de la actividad asistencial: prácticas organizativas y de gestión, prácticas de despliegue y desarrollo de la fuerza de trabajo, diseño del trabajo y la cultura organizacional.

Ninguna acción puede, por sí mismo, mantener a los pacientes a salvo de errores en la atención de la salud, dada la existencia de un alto nivel de complejidad y múltiples componentes y procesos lo cual contribuye a la creación de situaciones que alimentan errores en los entornos de trabajo de los/las profesionales de enfermería, lo cual hace necesaria la existencia de actuaciones que puedan crear sinergias para generar seguridad en el paciente.

Con este fin, se deben crear salvaguardas en todos los niveles de la organización:

- 1.- El liderazgo y gestión,
- 2.- Apoyando y desarrollando la fuerza de trabajo,
- 3.- Los procesos de trabajo, y
4. Modificación y generación de una cultura organizacional positiva

Se necesitan cambios en cada uno de estos componentes para fortalecer la seguridad de los pacientes, a través de la implementación de determinadas prácticas de gestión de seguridad esenciales para la creación de la seguridad en el interior de las organizaciones. Estas prácticas incluyen:

- 1.- La necesidad de establecer un equilibrio adecuado entre la eficiencia y la fiabilidad o seguridad;
- 2.- Mantener y aumentar la confianza en la organización;
- 3.- Mantenimiento y desarrollo de prácticas orientadas a la gestión del proceso de cambio;
- 4.- Participación de los trabajadores en la toma de decisiones y diseño de procesos y flujo de trabajo; y
- 5.- Uso y desarrollo de prácticas de gestión del conocimiento orientadas a constituir la organización como una “organización de aprendizaje”.

La evidencia muestra que estas prácticas no son empleadas en muchos entornos de trabajo de enfermería. En particular, en la reestructuración del hospital y el rediseño de iniciativas que han sido ampliamente adoptadas en las



últimas dos décadas, lo que ha cambiado las formas en que los profesionales de enfermería se organizan para prestar la atención sanitaria. Muchos de estos cambios se han centrado en gran medida en el aumento de la eficiencia, y se han llevado a cabo de tal manera que han dañado la confianza entre el personal de enfermería y de gestión. Los cambios han sido a menudo mal gestionados de manera que no se han alcanzado los resultados previstos, la mayoría de las veces sin que hayan participado las enfermeras en la toma de decisiones relacionadas con el rediseño de su trabajo, y sin la utilización de procedimientos que fomenten la adopción y difusión de conocimientos en toda la organización.

Algunos de los datos de este trabajo nos plantean ciertas preguntas que sería necesario investigar a posteriori, dado que hemos podido percibir la existencia de una cierta disociación entre el concepto de dotación de personal y de ambiente de trabajo. Son conceptos distintos en relación con la organización de la enfermería hospitalaria, ya que en algunos hospitales se podrían producir ambientes favorables sin altos niveles de dotación de personal. Lo cual es un planteamiento interesante pero al que se le podrían plantear muchas incógnitas que tiene que ver con las diferencias en términos de complejidad de las unidades. Por todo esto, es necesario introducir elementos de educación formal y capacitación continua en un horario regular, de forma continua (por ejemplo, mensual, trimestral o semestral), el diseño de espacio y del trabajo para prevenir y mitigar los errores, para que sean más eficientes, menos propicios a la comisión de errores, y más susceptible a la detección y reparación de errores cuando se producen.

Todo ello suscita la necesidad del apoyo organizacional para el aprendizaje permanente y el apoyo en la toma de decisiones, en concreto, por ejemplo respecto del uso de preceptores para las enfermeras noveles, proporcionar apoyo y recursos educativos para el personal de enfermería y la formación en nuevas tecnologías, no debiendo olvidar la necesidad de proporcionar apoyo a las decisiones en el puesto de trabajo y de contacto con los pacientes.

Los profesionales de enfermería son los proveedores de atención sanitaria que pasan más tiempo al lado de los pacientes y esto es un aspecto importante a la hora de considerar su recuperación. La investigación está comenzando a documentar lo que las propias enfermeras han sabido desde hace tiempo, la forma en que son atendidos los pacientes afecta a la salud y en ocasiones puede ser una cuestión de vida o muerte. Especialmente en algunas unidades como cuidados críticos, en donde las enfermeras hacen la mayoría de la evaluación

del paciente (Brilli y cols., 2001:2011). Estas acciones están directamente relacionadas con los mejores resultados obtenidos en los pacientes (Kahn y cols., 1990; Mitchell y Shortell, 1997; Rubenstein y cols., 1992) los cuales defienden a los pacientes contra los errores.

Las carencias de personal de enfermería se asocian con una mayor duración de la estancia, la infección nosocomial, infección del tracto urinario, infección postoperatoria, la neumonía, las úlceras por presión, etc. Diferentes estudios tomados en conjunto, proporcionan pruebas sustanciales de que un número de personal de enfermería más alto se asocia con mejores resultados para los pacientes (Aiken y cols., 2002), y menos tiempo de enfermería prestada a los pacientes se asocia con tasas más altas de infección, sangrado gastrointestinal, neumonía, fallo cardiaco y muerte por estas y otras causas (Needleman cols., 2002). En el cuidado de todos nosotros, las enfermeras son indispensables para nuestra seguridad.

Al mismo tiempo, se podría decir que el personal de enfermería han percibido una disminución del poder y autoridad de los gestores de enfermería, así como que los directores de enfermería son muy visibles y accesibles al personal (Aiken y cols., 2000). Estos cambios, y el aumento de las responsabilidades de las enfermeras gestoras restantes, a las que se les ha incrementado su área de trabajo a más de una unidad de atención al paciente, así como de la supervisión de personal que no sean personal de enfermería (Aiken y cols., 2001; Sovie y Jawad, 2001), han tenido el efecto acumulativo de la reducción de apoyo a la gestión directa disponible para el personal de atención al paciente. Esta situación obstaculiza la capacidad de las enfermeras para solucionar problemas en sus ambientes de trabajo que ponen en peligro la seguridad del paciente (Tucker y Edmondson, 2002).

La creación de ambientes de trabajo para las enfermeras que son más propicias para la seguridad del paciente requerirá cambios fundamentales en muchos hospitales en términos de diseño de procesos de trabajo y la provisión de personal, así como la necesidad de reflexionar acerca de la cultura de la organización respecto de los temas de seguridad. Estos cambios requieren un liderazgo capaz de transformar no sólo los entornos físicos, sino también las creencias y prácticas de las enfermeras y otros trabajadores de la salud que proporciona atención al paciente y los de los hospitales quienes establecen las políticas y prácticas que dan forma a los ambientes/los individuos que soportan



la gestión de la organización. El liderazgo tendrá que asegurar el uso eficaz de las prácticas que (1) equilibran la tensión entre la eficiencia de la producción y la fiabilidad (seguridad), (2) crean y mantienen la confianza en toda la organización, (3) gestionar activamente el proceso de cambio, (4) involucrar a los trabajadores en la toma de decisión en materia de diseño y flujo de trabajo de trabajo, y (5) utilizar las prácticas de gestión del conocimiento para establecer y desarrollar una organización como una “organización que aprende” Con este fin, se formulan las siguientes recomendaciones que deberían de llevarse a cabo teniendo en cuenta a todo el personal y de manera especial aquellos vinculados con la gestión. Las enfermeras deben participar en las decisiones ejecutivas dentro de los hospitales, representar más ampliamente al personal de enfermería para la gestión de la organización y facilitar la confianza mutua, logrando una comunicación efectiva entre la enfermería y otros profesionales sanitarios y líderes clínicos, facilitando la entrada del personal de enfermería de atención directa en la toma de decisiones operativas y el diseño de los procesos y flujos de trabajo y, por último, estar provisto de recursos de la organización para apoyar la adquisición, gestión y difusión al personal de enfermería de los conocimientos necesarios para apoyar su toma de decisiones clínicas y acciones.

Los líderes de los centros sanitarios deberían adoptar medidas para identificar y minimizar los posibles efectos adversos de sus decisiones sobre la seguridad del paciente a través de educar a los miembros de la institución sobre el vínculo entre prácticas de los profesionales y la seguridad, haciendo hincapié en la seguridad, en la misma medida que la productividad, y los objetivos financieros en la planificación de la gestión interna y los informes y su vínculo con otros niveles de planificación. Se deben emplear las estructuras y procesos de gestión en toda la organización que proporcionen una vigilancia permanente en el equilibrio de eficiencia y seguridad, demostrando y promoviendo la confianza de los trabajadores, gestionar activamente el proceso de cambio e involucrando a los trabajadores en la toma de decisiones no jerárquica y en el diseño de los procesos de trabajo y flujo de trabajo, para proceder a establecer la organización como una “organización de aprendizaje”.

Se necesita tiempo para evaluar, refinar, y promulgar nuevos cambios siendo importante el liderazgo organizacional, ya que es un aspecto esencial. La seguridad de los pacientes debe ser una prioridad declarada y visible, con cada miembro de la institución, entendiendo que los miembros pueden ser falibles,

aunque el personal debe estar más atento a los errores e incidentes, con miras a aprender de cada evento y fortalecimiento de la cultura de seguridad en consecuencia, una cultura organizacional tendente a fortalecer la seguridad del paciente procede a revisar periódicamente los objetivos de la organización y los logros de seguridad que se habían establecido formalmente y promueve sistemas de presentación de informes de error. Se procede a establecer criterios para el cierre de la unidad a las nuevas admisiones y transferencias ante las cargas de trabajo de enfermería y deficiencias de personal, de tal manera que se puede facultar al personal de enfermería la unidad para regular el flujo de trabajo, involucrando al personal de enfermería de atención directa en la identificación de las causas del abandono del personal de enfermería y en el desarrollo de métodos para mejorar la retención del personal de enfermería.

Los centros sanitarios deben de proceder a realizar una evaluación continua de la eficacia de sus prácticas, de la dotación de personal de enfermería con respecto a la seguridad del paciente, aumentando la supervisión interna de sus métodos de dotación de personal, niveles y efectos sobre la seguridad de los pacientes.

Es esencial habilitar al personal de enfermería para colaborar con otros profesionales de la salud en la identificación de los procesos y espacios de trabajo de alto riesgo e ineficaces y rediseño de los mismos para la seguridad y la eficiencia del paciente. Para hacer frente a estas necesidades, es necesario establecer las siguientes recomendaciones: Desarrollar mecanismos que promuevan la colaboración interdisciplinaria y el trabajo en equipo, tales como la participación en rondas conjuntas de atención al paciente y proporcionar educación formal y formación conjunta para todos los proveedores de atención sanitaria. También se necesita de la tecnología de apoyo a la toma de decisiones en todos los entornos de trabajo de enfermería, para lo que es imprescindible el desarrollo de documentación ad hoc pertinente e integrada en la documentación e historia clínica existente.

Para todo profesional que finalice sus estudios, es necesario reconocer que independientemente de los resultados obtenidos en durante la formación básica y dada la diversidad y complejidad de los puestos de trabajo en el sistema sanitario, no poseen la preparación educativa, en general, necesaria para proporcionar una atención segura y eficaz. Ello nos hace plantear una vez más la necesaria figura del mentor en el puesto de trabajo y la necesidad de ser super-



numerario, durante los primeros momentos, en el nuevo puesto de trabajo, en el momento en que entre a formar parte de la plantilla de un centro sanitario, lo cual no es óbice para que también necesite educación y capacitación continua para mantenerse al día respecto de los nuevos conocimientos y nuevas tecnologías que se van produciendo. No obstante respecto de los nuevos titulados/as

Se pueden establecer todo tipo de salvaguardas contra los errores humanos, pero es necesario generar los medios necesarios para que personal de enfermería denuncie los errores o su probabilidad de ocurrencia. Todas las recomendaciones son importantes, pero las actividades de trabajo rediseñados seguirán siendo inseguras si el número de enfermeras disponibles para realizar el trabajo según lo previsto es insuficiente. Además, incluso cuando la fuerza de trabajo, altamente capacitada, brinda atención mediante diseños de procesos de trabajo correctos, aún se producen errores porque ni la enfermera ni el proceso de trabajo es perfecto.

El cambio de las prácticas de atención de la salud para aumentar la seguridad del paciente debe ser un proceso continuo, tratando y considerando los resultados de investigación y la difusión de prácticas que otras organizaciones sanitarias consideran acertadas para mejorar la seguridad del paciente y esto ayudará a los centros sanitarios, como organizaciones de aprendizaje, a añadir a su repertorio prácticas de seguridad del paciente. La investigación es necesaria para proporcionar una mejor información sobre los errores relacionados con la enfermería, los medios de lograr procesos de trabajo más seguros y el diseño del espacio de trabajo, un enfoque estandarizado para medir la gravedad de los pacientes, los niveles de dotación de personal de seguridad para los diferentes tipos de unidades de atención al paciente. En consecuencia, es necesario llevar a cabo las siguientes recomendaciones, proceder a realizar estudios y desarrollo de métodos que puedan describir mejor, tanto cualitativa como cuantitativamente, el trabajo que desempeñan las enfermeras en diferentes ámbitos de atención, el diseño, aplicación y evaluación, incluyendo evaluaciones económicas de procesos y ámbitos de trabajo más eficientes y entre ellas la aplicación de tecnología de la información y el desarrollo y prueba de un método estandarizado para medir la gravedad del paciente, acorde con metodologías de determinación de los niveles de dotación de personal de seguridad dentro de los diferentes tipos de unidades de enfermería.

## BIBLIOGRAFÍA

- Adair, J. (1986). *Effective Teambuilding*. Aldershot: Gower Pub. Co.
- Adler, M., Goman, W. (1952). *Quality*. En: Adler, M., Goman, W. (eds.) *The great ideas: asyntopicon of great books of the Western world* páginas 513-516. Chicago: Encyclopedia Britannica.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2003). *The effect of health care working conditions on patient safety. Evidence report technology assessment number 74*. Accesible en: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/work/work.pdf> [05/05/2010].
- American Nurses Association (2004). *Nursing: Scope and standards of practice*. Washington, DC: American Nurses Association.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2009) PNNet Patient Safety Network. *Patient safety*. Accesible en: <http://psnet.ahrq.gov/glossary.aspx#P>. [20/10/2007].
- Aiken, L.H., Smith, H.L. y Lake, E.T. (1994). Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 32(8): 771-787.
- Aiken, L. H. y Mullin, M. (1995). Hospitales con magnetismo: un modelo de organización para mejorar los resultados de los pacientes. *Enfermería Clínica*, 5(6): 259-62.
- Aiken, L. H. y Mullin, M. (1995). Hospital con Magnetismo: un mecanismo de organización para mejorar los resultados de los pacientes. *Enfermería Clínica*, 5 (6): 35-38.
- Aiken, L. H., Sochalski, J. y Anderson, G. F. (1996). Downsizing the Hospital Workforce. *Health Affairs*, 15(4): 88-92.
- Aiken, L. H., Sochalski, J. y Lake, E. T. (1997). Studying outcomes of organizational change in health services. *Medical Care*, 35 (suplemento nº 11):NS6-NS18.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., y Sochalski, J. (1998). Hospital organisation and outcomes. *Quality in Health Care*, 7(4): 222-226.
- Aiken, L. H. y Patrician, P. A. (2000). Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49 (3): 146-153.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M. y Sochalski, J. (2001). Cause for Concern: Nurses' Reports of Hospital Care in Five Countries. *LDI Issue Brief*, 6(8): 1-4.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P. y Sloane, D. M. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16): 1987-93.



- Aiken, L. H., Clark, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T. y Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38: 223-229.
- American Association for Critical-Care Nurses. Standards for Establishing and Sustaining Healthy Work Environments. Disponible en: <http://www.aacn.org/aacn/WD/HWE/Docs/HWStandards.pdf>. [29/09/2009].
- American Nurses Association (2001). Analysis of the American Nurses Association Staffing Survey. Warwick, R.I.: Cornerstone Communications Group, 2001.
- American Nurses Association (2004). Nursing: Scope & standards of practice. Washington, DC: American Nurses Association.
- American Association of Critical Care Nurses (2005). AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence. *American Journal of Critical Care*, 14:187-197.
- American Nurses Association (2011). Nurse Staffing Laws Enacted in the States. Accesible en: <http://www.safestaffingsaveslives.org/WhatisANADoing/StateLegislation/StaffingPlansandRatios.aspx> [06/08/2011].
- Anderson, L. L. (2008). Nurse Leadership vs. Management. Accesible en: <http://www.nursetogether.com/Career/Career-Article/itemid/1138/Nurse-Leadership-vs-Management.aspx> [02/03/2010].
- Armstrong-Stassen, M., Cameron, S. J., y Horsburgh, M. E. (1996). The impact of organizational downsizing on the job satisfaction of nurses. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 9(4): 8-32.
- Armstrong-Stassen, M., Keil, J., Cameron, S., y Horsburgh, M. (1995). Predictors of nurses reactions following hospital downsizing. Abstracts of the Third Interdisciplinary Conference on Occupational Stress & Health: Work, stress and health 95: Creating healthier workplaces. Washington, DC: American Psychological Association, the National Institute for Occupational Safety and Health, the U.S. Department of Labour, and the U.S. Office of Personnel Management.
- Asencio, B.L., Cohen, J. y Gorenberg, B. (2003). Nurse retention: is it worth it? *Nursing Economics*, 21(6): 262-8, 299.
- Apps, J. W. (1985). Improving Practice in Continuing Education. San Francisco, California: Jossey-Bass.
- Aspden, P., Corrigan, J., Wolcott, J., y Erickson, S. M. (eds). (2004). Patient safety: achieving a new standard for care. Washington, DC: National Academies Press.
- Baggs, J. G., Schmitt, M. H., Mushlin, A. I., Mitchell, P. H., Eldredge, D. H., Oakes, D. y Hutson, A. D. (1999). Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Critical Care Medicine*, 27(9):1991-8.

- Baggs, J.G., y Schmitt, M. H. (1988). Collaboration between nurses and physicians. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 20(3): 145-149.
- Baumann, A., Brien-Pallas, L. O. Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Irvine Doran, D., Kerr, M., Hall, L. M., Vzina, M., Butt, M. y Ryan, L. (2001). Commitment and Care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. A Policy Synthesis. Ontario, Canada: Canadian Health Services Research Foundation and The Change Foundation. Disponible en: [http://www.chsrf.ca/Migrated/PDF/pscomcare\\_e.pdf](http://www.chsrf.ca/Migrated/PDF/pscomcare_e.pdf) [09/06/2009]
- Benner, P. (1984). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Black, J. S. y Gregersen, H. B. (1997). Participative decision making: An integration of multiple dimensions. *Human Relations*, 50: 859-878.
- Brennan, P. F., Jones, A. M. y Kahana, E. (1998). Nursing practice models: implications for information system design. *Journal of Nursing Administration*, 28(10): 26-31.
- Brill, R.J., Spevetz, A., Branson, R. D., Campbell, M., Cohen, H., Dasta, J. F., Harvey, M. A., Kelley, M. A., Kelly, K. M., Rudis, M. I., St Andre, A. C., Stone, J. R., Teres, D. y Weled, B. J. (2001). Critical care delivery in the intensive care unit: defining clinical roles and the best practice model. *Critical Care Medicine*, 29(10): 2007-2019.
- Buerhaus, P. Donelan, K., Ulrich, B.T., Kirby, K., Norman, L., y Dittus, R. (2005). Registered nurses perceptions of nursing. *Nursing Economics*, 23(3): 110-118, 143.
- Buerhaus, P. I. (1999). Lucian Leape on the Causes and Prevention of Errors and Adverse Events in Health Care. *Image - Journal of Nursing Scholarship*, 31(3): 281-286.
- Burg, F. D., Lloyd, J. S. y Templeton, B. (1982). Competence in Medicine. *Medical Teacher*, 4(2): 60-64.
- California Nurses Association, "Mandatory Overtime Is Detrimental to Patient Care and the Health of Nurses," 20 April 2001, [www.calnurse.org/cna/patient/nursespeak.html](http://www.calnurse.org/cna/patient/nursespeak.html) [21/04/2009].
- Camaño Puig, R. (2005). Professionalisation of nursing in England and Spain: A Comparative Study. Vantaa: Laurea Publications A•56
- Camaño Puig, R. y Forero Rincón, O. (2000a). Plantillas de enfermería, I. Revisión bibliográfica. *Revista Rol de Enfermería*, 23(10): 727-731
- Camaño Puig, R. y Forero Rincón, O. (2000b). Plantillas de enfermería, II. Procesos de medición y dinámicas de actuación. *Revista Rol de Enfermería*, 23(11): 761-764.



- Canadian Nurses Association (2003). Quality professional practice environments for registered nurses quality. Position Statement. Canadian Nurses Association. Disponible en: <http://www.nanb.nb.ca/PDF/position-statements/QualityProfessionaPracticeEnvforRNsE.pdf> [11/10/2012]
- Carlisle, D. (1992). Scope for extensions. *Nursing Times* 88(37): 26-28.
- Cary A. (2001). Certified registered nurses: results of the Study of the Certified Workforce. *American Journal of Nursing*, 101: 44-52.
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2007). Entornos de Prácticas Positivas. Ginebra: CIE. Accesible en: <http://www.icn.ch/indkitsp.htm> [02/12/2010]
- Clarke, S. P., Rockett, J. L., Sloane, D. M. y Aiken, L. H. (2002). Organizational climate, staffing, and safety equipment as predictors of needlestick injuries and near-misses in hospital nurses. *American Journal of Infection Control*, 30(4):207-16.
- Clarke, S. P., y Aiken, L. H. (2006). More nursing, fewer deaths. *Quality and Safety in Health Care*, 15(1): 2-3.
- Consejo General de Colegios de Enfermería (1989). Código Deontológico de la Enfermería Española. Madrid: Consejo General de Colegios de Enfermería.
- Cotton, J. L., Vollrath, D. A., Froggatt, K. L., Lengnick-Hall, M. L., y Jennings, K. R. (1988). Employee participation: Diverse forms and different outcomes. *Academy of Management Review*, 13: 8-21.
- Cortez Masso, V. (1991). Gerencia de hospitales: calidad y productividad. Tesis de Grado sin publicar. Universidad Central de Venezuela, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Escuela de Sociología
- Crabtree S. (2004). Getting personal in the workplace: are negative relationships squelching productivity in your company? *Gallup Manage Journal*. Disponible en: <http://gmj.gallup.com/content/default.asp?ci=11956&pg=1>. [06/07/2006]
- Cummings, G. G., Hayduk, L. y Estabrooks, C. A. (2006). Is the Nursing Work Index measuring up? Moving beyond estimating reliability to testing validity. *Nursing Research*, 55(2): 82-93.
- Curtin, L. L. (2003). An integrated analysis of nurse staffing and related variables: effects on patient outcomes. *Online Journal of Issues in Nursing*, Disponible en: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANA-Marketplace/ANAPeriodicals/OJIN/Columns/KeynotesofNote/Staffingand-VariablesAnalysis.aspx>. [3/04/2010 ]
- Dallaire, C. y Dallaire, M. (2008). Le savoir infirmier au coeur de la discipline et de la profession. Montréal: Gaëtan Morin.

- Dawes, D. y Handscomb, A. (2005) A Literature Review on Team Leadership (based on a report for the Health Foundation). Disponible en: <http://www.nursingleadership.org.uk/publications/teamreport.pdf> [12/12/2010].
- Davidson, H., Folcarelli, P. H., Crawford, S., Duprat, L. J. y Clifford, J. C. (1997). The effects of health care reforms on job satisfaction and voluntary turnover among hospital-based nurses. *Medical Care*, 35 (6): 634-645.
- Davies, C. (1995). *Gender and the professional predicament in nursing*. Buckingham: Open University Press.
- Decreto 173/2007, de 5 de octubre, del Consell, por el que se aprueba el Sistema de Carrera Profesional del Personal de Salud Pública de la Conselleria de Sanidad. DOGV 5615. Fecha Publicación: 08/10/2007 [2007/12220]
- Donchin, Y., Gopher, D., Olin, M., Badihi, Y., Biesky, M. y Sprung, C. L. (2005). A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 23: 294-300.
- Dorcas E. Beaton, Claire Bombardier, Francis Guillemin y Marcos Bosi Ferraz (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*, (24): 3186-3191.
- Drenkard K, Swartwout E. (2005) Effectiveness of a clinical ladder program. *Journal of Nursing Administration*, 35(11):502-506.
- Dubin, R. (1976). *Handbook of work, organization and society*. Chicago: Rand McNally.
- Eileen, T. L. (1998). Advances in Understanding and Predicting Nurse Turnover. *Research in the Sociology of Health Care*, 15: 147-171.
- Elliott, P. (2006). Understanding clinical supervision: a health psychology orientated process of person centered development. En: Jasper, M. *Vital notes for nurses: Professional development, reflection and decision making*, páginas 184-213. Oxford: Blackwell Publishing.
- Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Cummings, G. C., Ricker, K. L. y Giovanetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research*, 54(2): 72-84.
- Forcem (1998). *II Acuerdos de Formación Continua. Acuerdos de futuro*. Madrid: Forcem.
- Fowler, J., Howarth, T. y Hardy, J. (2006). Trialing collaborative nursing models of care: the impact of change. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23 (4): 40-46.
- Frankel, A., Pratt Grillo, S., Pittman, M., Thomas, E. J., Horowitz, L., Page, M. y Sexton, B. (2008). Revealing and resolving patient safety defects: The impact of leadership Walk Rounds on frontline caregiver assessments of patient safety. *Health Services Research*. 43(6): 2050-2066.



- Frase-Blunt, M. (1999). American Association of Colleges of Nursing, faculty shortages intensify nation's nursing deficit. *Bulletin of the American Association of Colleges of Nursing*. Disponible en: <http://www.aacn.nche.edu/Publications/issues/IB499WB.htm> [3/04/2010]
- Freidson, E. (1988). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago.
- Fulton, J. S. y Baldwin, K. (2004). An annotated bibliography reflecting CNS practice and outcomes. *Clinical Nurse Specialist*, 18(1): 21-39.
- Geiger-Brown, J., Trinkoff, A. M., Nielsen, K., Lirtmun, S. Brady, B. Vazquez, E. I. (2004). Nurses' Perception of Their Work Environment, Health, and Well-Being: A Qualitative Perspective. *AAOHN Journal*, 52(1):16-22.
- Gellerman, S. W. (1963). *Motivation and Productivity*. New York: American Management Association.
- Goldie, S. M. (1987). *I have done my duty: Florence Nightingale in the Crimean War, 1854-56*. Manchester: Manchester University Press.
- Greenfield, L. J. (1999). Doctors and nurses: a troubled partnership. *Annals of Surgery*, 230(3): 279-288.
- Guillemin, F. (1995). Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 24:61-63.
- Gulliford, M., Naithani, S. y Myfanwy M. (2006). What is 'continuity of care'? *Journal of Health Services Research Policy*, 11(4): 248-250.
- Hackman, J. (2002). *Leading teams*. Boston: Harvard Business School Press.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H. Adair, C. E. y McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327: 1219.
- Harteloh P. P. M. (2003). The meaning of quality in health care: a conceptual analysis. *Health Care Analysis*, 11(3):259-67.
- Hartz, A. J., Krakauer, H., Kuhn, M., Young, M., Steven, M.D., Jacobsen, J., Gay, G., Muenz, L., Katzoff, M., Bailey, R.C. y Rimm, A. A. (1989). Hospital characteristics and mortality rates. *New England Journal of Medicine*, 321(25):1720-1725
- Hatcher, B. J. (editor), Bleich, M. R., Connolly, C., Davis, K., O'Neill, P., Stokley Hill, H. y Stokley Hill, K. (2006). *Wisdom at Work: The Importance of the Older and Experienced Nurse in the Workplace*. Pricenton: Robert Wood Johnson Foundation.
- Havens, D. S., Labov, T.G., Faura, T. y Aiken, L. H. (2002). The clinical environment of hospital nursing. *Enfermería Clínica*, 12(1):13-21.
- Hays, M. M. (2003). The Phenomenal Shift Report. A Paradox. *Journal For Nurses In Staff Development*, 19(1): 25-33.

- Healy, C. y McKay, M. (1999). Identifying sources of stress and job satisfaction in the nursing environment. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 17(2), 30-3.
- Hinshaw, A. S. (2002). Building magnetism in health organizations. En: M. L. McClure y A. S. Hinshaw (Eds.). *Magnet hospitals revisited: Attraction and retention of professional nurses*, páginas 83-102. Washington, DC: American Nurses Association.
- Hoffart, N. y Woods, C. Q. (1996). Elements of a Nursing Professional Practice Model. *Journal of Professional Nursing*, 23(7): 73-77.
- Hoffnung, M. (1971). *Roles Women Play: Readings Towards Women's Liberation*. United States: Wadsworth Publishing Company.
- Hunt, G. and Wainright, P. (eds) (1994) *Expanding the Role of the Nurse*. Oxford: Blackwell Science Ltd.
- Institute of Medicine. (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. Washington, DC: National Academy Press.
- Irvine, D.M. y Evans, M.G. (1995). Job satisfaction and turnover among nurses: Integrating research findings across studies. *Nursing Research*, 44(4): 246-253.
- Jiménez, B. y Jiménez, J. M. (1999). La formación continua de trabajadores: pasado, presente y perspectiva de futuro. En: J. Gairin y A. Fernández: *Planificación y gestión de instituciones de formación*. Barcelona: Práxis.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization National Patient Safety Goals. 2010 National Patient Safety Goals (NPSGs) Effective July 1, 2010 (<http://www.jointcommission.org/patientsafety/nationalpatientsafetygoals/> [2/07/2010])
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2002). *Healthcare at the Crossroads: Strategies for Addressing the Evolving Nursing Crisis*. Oakbrook Terrace, Illinois: JCAHO.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2010). *Health Care at the Crossroads: Strategies for Addressing the Evolving Nursing Crisis*. Washington: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Disponible en: [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/health\\_care\\_at\\_the\\_crossroads.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/health_care_at_the_crossroads.pdf) [08/10/2009]
- Jones, A. (2001). Some experiences of professional practice and beneficial changes derived from clinical supervision by community Macmillan Nurses. *European Journal of Cancer Care*, 10: 21-30.
- Kahn, K. L., W. H. Rogers, L. V. Rubenstein, M.J. Sherwood, E.J. Reinisch, E. B. Keeler, D. Draper, J. Kosecoff, and R. H. Brook. (1990). Measuring Quality of Care with Explicit Process Criteria Before and After Implementation of the DRG-based Prospective Payment System. *Journal of the American Medical Association*, 264(15): 1969-1973.

- Kane, R. L., Shamliyan, T., Mueller, C., Duval, S. y Wilt, T. (2007). Nursing Staffing and Quality of Patient Care. Evidence Report/Technology Assessment No. 151. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Katzenbach, J. y Smith, D. (1993). *The Wisdom of Teams: Creating the High-performance Organisation*. New York: McGraw-Hill.
- Keenan, G. M., Cooke, R. y Hillis, S. L. (1998). Norms and nurse management of conflicts: keys to understanding nurse-physician collaboration. *Research Nursing Health*, 21: 59-72.
- Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P. y Zimmerman, J. E. (1986). An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. *Annals of Internal Medicine*, 104: 410-418.
- Kovner, C., y Gergen, P. (1998). Nurse Staffing and Adverse Events Following Surgery in US Hospitals. *Image - Journal of Nursing Scholarship*, 30(4): 315-321.
- Kramer, M., y Schmalenberg, C. (1988a). Magnet hospitals: Part I: Institutions of excellence. *Journal of Nursing Administration*, 18(1): 13-24.
- Kramer, M., y Schmalenberg, C. (1988b). Magnet hospitals: Part II: Institutions of excellence. *Journal of Nursing Administration*, 18(2):11-19.
- Kramer, M. y Hafner, L. P. (1989). Shared values: impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nursing Research*, 38(3):172-177.
- Kramer, M. y Schmalenberg, C. (1991). Job satisfaction and retention: Insights for the '90s. 2ª Parte. *Nursing*, 21(4). 51-55.
- Kramer, M. y Schmalenberg, C. (2002). Staff nurses identify essentials of magnetism. En: M. L. McClure y A. S. Hinshaw (Eds.). *Magnet hospitals revisited: Attraction and retention of professional nurses*, páginas 25-60. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- Lake, E.T. (1998). Advances in understanding and predicting nurse turnover. *Research in the Sociology of Health Care*, 15: 147-171.
- Lake, E.T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health*, 25: 176-188.
- Lamarche, K. y Teullai-McGuinness, S. (2009) Canadian nurse practitioner. Job satisfaction. *Nursing Leadership*, 22(2): 41-57.
- Lamond, D. (2000). The information content of the nurse change of shift report: a comparative study. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4): 794-804.
- Laschinger, H. K. S. y Sabiston, J. A. (2000). Staff nurse empowerment and workplace behaviours. *Canadian Nurse*, 96(2): 18-22.
- Laschinger, H. K. (2004). Hospital nurses' perceptions of respect and organizational justice. *Journal of Nursing Administration*, 34:354-364.

- Laschinger, H. K. S., Finegan, J., Shamian, J. y Wilk, P. (2004). A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. *Journal of Organizational Behaviour*, 25: 527-545.
- Laschinger H. K. S. y Leiter M.P. (2006) The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: The mediating role of burnout/engagement. *Journal of Nursing Administration*, 5: 259-267.
- Latino, R. J. (2008) The supervisor's role in reducing human error. *Newsletter Briefings on Patient Safety*. April, 8-9. Accesible en: [http://www.reliability.com/healthcare/articleshpc/feb\\_08\\_Contributors%20to%20Human%20Error%20and%20How%20to%20Lower%20Rates%20of%20Committing%20Error.pdf](http://www.reliability.com/healthcare/articleshpc/feb_08_Contributors%20to%20Human%20Error%20and%20How%20to%20Lower%20Rates%20of%20Committing%20Error.pdf) [10/10/2009]
- Leveck, M. L. y Jones, C. B. (1996). The nursing practice environment, staff retention, and quality of care. *Research in Nursing and Health*, 19(3): 331-343.
- Levy, L. S., Sexton, P., Willeford, K. S., Barnum, M. G., Guyer, M. S., Gardner, G. y Fincher, A. L. (2009). Clinical Instructor Characteristics, Behaviors and Skills in Allied Health Care Settings: A Literature Review. *Athletic Training Education Journal*, 4(1): 8-13 8
- Lewis, T. (1983). *The Youngest Science: Notes of a Medicine Watcher*. New York: Penguin Group (USA) Incorporated
- Lipman, M. (2006). *À l'école de la pensée : enseigner une pensée holistique*. Bruxelles: De Boeck.
- López López, J. A. (2002). Reconocimiento del prestigio profesional de los Diplomados Universitarios por el Gobierno de la Generalitat Valenciana a través de sus tablas retributivas. *Enfermería Integral*, 60: 15-16.
- López López, J. A. y Tortosa Ginés, G. (2001). Reconocimiento del prestigio profesional de los Diplomados Universitarios por el Gobierno de la Generalitat Valenciana a través de sus tablas retributivas. *Enfermería Integral*, 57: 16-17.
- Lukas, C. V., Holmes, S. K., Cohen, A. B., Restuccia, J., Cramer, I. E., Shwartz, M., Charns, M. P. (2007). Transformational change in health care systems: an organizational model. *Health Care Management Review*. 32(4): 309-320.
- Lum, L., Kervin, J., Clark, K., Reid, F., y Sirola, W. (1998). Explaining nursing turnover intent: job satisfaction, pay satisfaction, or organizational commitment? *Journal of Organizational Behavior*, 19: 305-320.
- McClure, M. L., Poulin, M. A., Sovie, M. D. y Wandelt, M. A. (1983). *Magnet hospitals: attraction and retention of professional nurses*. Kansas City, MO: American Nurses Association.





- Manojlovich, M. (2007). Healthy Work Environments, Nurse-Physician Communication, and Patients' Outcomes. *American Journal of Critical Care*, 16: 536-543.
- Manojlovich, M. y Laschinger H. K. (2002). The relationship of empowerment and selected personality characteristics to nursing job satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 32(11): 586-595.
- Maxfield, D. (2007). Creating healthy work environments: skilled communication. *Chest Physician*, 2:16.
- McCloskey, B. A., y Diers, D. (2005). Effects of New Zealand's Health Reengineering on Nursing and Patient Outcomes. *Medical Care*, 43(11): 1140-1146.
- McFadden, K. L., Stock, G. N., Gowen III, C. R. (2006). Implementation of patient safety initiatives in US hospitals. *International Journal of Operations and Production Management*, 26(3): 326-347.
- McClure, M. L. y Hinsaw, A. S. (2002). Magnet hospitals revisited: attraction and retention of professional nurses. Silver Spring: American Nurse Association.
- McGillis Hall, L. (2003). The relative value of nursing work: A study in progress. Commentary. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 16 (2): 61-62.
- McGuire, M., Houser, J., Jarrer, T., Moy, W., Wall, M. (2003). Retention: it's all about respect. *Health Care Management*, 22:38-44.
- McKimm, J. Jollie, C. y Hatter, M. (2003). Mentoring: Theory and Practice. Disponible en: [http://www.faculty.londondeanery.ac.uk/e-learning/feedback/files/Mentoring\\_Theory\\_and\\_Practice.pdf](http://www.faculty.londondeanery.ac.uk/e-learning/feedback/files/Mentoring_Theory_and_Practice.pdf) [15/07/2010].
- Meissner, A., Hasselhorn, H. M., Estry-Behar, M., Nexscapeah, O., Pokorski, J. y Gould, D. (2007) Nurses' perception of shift handovers in Europe – results from the European Nurses' Early Exit Study. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5): 535-42.
- Mitchell, P. H. y Shortell, S. M. (1997). Adverse outcomes and variations in organization of care delivery. *Medical Care*, 5 (11 Suppl): NS 19-32.
- Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 65(9): S63-S67.
- Murray, M. A. y Frisina, A. (1988). Nurses resigning their hospital jobs in Toronto: Who are they, why are they resigning, and what are they going to do? Toronto: Hospital Council of Metropolitan Toronto. Nursing Manpower Task Force.
- Naveh, E., Katz-Navon, T., Stern, Z. (2005). Treatment errors in healthcare: A safety climate approach. *Management Science*, 51(6): 948-960.

- Needleman, J., Buerhaus, P. I., Mattke, S., Stewart, M., y Zelevinsky, K. (2001). *Nurse Staffing and Patient Outcomes in Hospitals*. Boston: Harvard School of Public Health.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M. y Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22):1715-1722.
- Needleman, J., Buerhaus, P.I., Mattke, S., Stewart, M., y Zelevinsky, K. (2003). Measuring hospital quality: Can Medicare data substitute for all-payer data? *Health Services Research*, 38, 1487-508.
- Nelson, E. C., Batalden, P. B., Huber, T. P., Mohr, J. J., Godfrey, M. M., Headrick, L. A. y Wasson. J. H. (2002). Microsystems in health care: Part 1. Learning from high-performing front-line clinical units. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 28: 472-493.
- Neusa Maria Costa Alexandre y Edinêis de Brito Guirardello (2002). Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(2): 109-111.
- Nightingale, F. 1860. *Notes on nursing: what is and what is not*. Londres, Harrison.
- North American Nursing Diagnosis Association, 1987-1988. (1988). *NANDA nursing diagnoses: Definitions and classification*. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association
- O'Brien-Pallas, L., Irvine, D., Peereboom, E. y Murray, M. (1997). Measuring nursing workload: Understanding the variability. *Nursing Economics*, 15(4): 171-182.
- Organización Colegial de Enfermería (1989). *Código Deontológico de la Enfermería Española*. Madrid: Organización Colegial de Enfermería.
- Yoder-Wise, P. S. (2003). *Leading and managing in nursing*. St. Louis, MO: Mosby/Elsevier
- Petersen, D. (1996). *Safety by objectives: What gets measured gets done*. New York, NY: Van Nostrand Reinhold.
- Pierce, S. (1997). Nurse sensitive healthcare outcomes in acute care settings: An integrative analysis of the literature. *Journal of Nursing Care Quality*: 11(4): 60-72.
- Pothier, D., Monteiro, P., Mooktiar, M. y Shaw, A. (2005). Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. *British Journal of Nursing*, 14(20): 1090-1093.
- Rath, T. y Clifton, D. O. (2009). *How Full is Your Bucket? Positive Strategies for Work and Life*. New York: Gallup Press.

- Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Jueves 16 de septiembre de 2010 Sec. I. Pág. 78742.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2007). Professionalism in Nursing. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Risher, P. y Applebaum, S. (2002). NurseWeek/American Organization of Nurse Executives National Survey of Registered Nurses. National Survey of Registered Nurses, 2002. Disponible en: [www.nurseweek.com/survey/\[04/04/2010\]](http://www.nurseweek.com/survey/[04/04/2010]).
- Robbins, S. P. (1998). Organizational behaviour. New Jersey: Simon y Schuster.
- Roberts, K., Stout, S. K., Halpern, J. J. (1994). Decision dynamics in two high reliability military organizations. *Management Science*, 40(5): 614-624.
- Rogers, A. E., Hwang, Wei-Ting, Scott, L. D., Aiken, L. H. y Dinges, D. F. (2004). The Working Hours of Hospital Staff Nurses and Patient Safety. *Health Affairs*, 23(4): 202-212.
- Rubenstein, L. V., B. L. Chang, E. B. Keeler, and K. L. Kahn. (1992). Measuring the Quality of Nursing Surveillance Activities for Five Diseases Before and After Implementation of the DRG-based Prospective Payment System. Patient Outcomes Research: Examining the Effectiveness of Nursing Practice. Proceedings of the State of the Science Conference Sponsored by the National Center for Nursing Research, September 11-13, 1991. NIH Pub. No. 93-3411, Public Health Service, National Institutes of Health. Washington, DC: Government Printing Office.
- Sagie, A. (1994). Participative decision making and performance: A moderator analysis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 30, 227-246.
- Scott, J. G., Sochalski, J. y Aiken, L. H. (1999) Review of magnet hospital research: findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 29(1): 9-19.
- Seago, J. A., Ash, M., Spetz, J., Coffman, J., y Grumbach, K. (2001). Hospital registered nurse shortages: environmental, patient, and institutional predictors. *Health Services Research*, 36(5): 831-852.
- Senior, J. R. (1976). Toward the measurement of competence in medicine. Philadelphia: National Board of Medical Examiners.
- Shoemaker, J. (1984). Essential features of a nursing diagnosis. (p.104) In M. J. Kim, G. McFarland, & A. McLane Eds.). Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the fifth conference. St. Louis: Mosby.
- Shirey, M. R. (2006). Authentic leaders creating healthy work environments for nursing practice. *American Journal of Critical Care*, 15(3): 256-267.

- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects at high effort-low reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 26: 569-589.
- Shortell, S. M., Zimmerman, J. E., Rousseau, D. M., Guillies, R. R., Wagner, D. P. y Draper, E. A. (1994). The performance of intensive care units: does good management make a difference? *Medical Care*, 32: 508-25.
- Shullanberger, G. (2000). Nurse Staffing Decisions: An Integrative Review of the Literature. *Nursing Economics*, 18 (3): 124-132 y 146-148.
- Silber, J. H., Rosenbaum, P. R., Schwartz, J.S., Ross, R. N. y Williams, S. V. (1995). Evaluation of the complication rate as a measure of quality of care in coronary artery bypass graft surgery. *Journal of the American Medical Association*, 274: 317-23.
- Sovie, M. D. y Jawad, A. F. (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes: nursing staff regulations are premature. *Journal of Nursing Administration*, 31(12): 588-600.
- Stanton, M. W. y Rutherford, M. K. (2004). Hospital nurse staffing and quality of care. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. Research in Action nº 14. AHRQ Pub. No. 04-0029. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/research/nursestaffing/nursestaff.htm> [06/07/2008]
- Starfield B. (2002). Coordinación de la atención en salud. En: Starfield B. (ed). *Atención primaria*, páginas 233-65. Barcelona: Masson.
- Subirana, M., Fargues, I., Esteve, J., Sampietro, L., y Esteve, M. ( 2010). Plantillas de enfermería y resultados de los pacientes, revisión sistemática. *Rol Revista de enfermería*, 33(1): 14-26.
- Sullivan, E. J. y Decker, P. J. (2009). *Effective Leadership and Management in Nursing*. Old Tappa, NJ: Prentice Hall Higher Education.
- The Times 100 (2009). Employee participation. *The Times Newspaper*. Disponible en: <http://www.thetimes100.co.uk/theory/theory--employee-participation--310.php> [12/04/2010].
- Tucker, A. y Edmondson, A. C. Why Hospitals Don't Learn from Failures: Organizational and Psychological Dynamics that Inhibit System Change. *California Management Review*, 45(2): 55-72.
- Tyre, M. J., von Hippel, E. (1997). The situated nature of adaptive learning in organizations. *Organization Science*, 8(1) 71-83.
- Ulrich, B. T., Lavandero, R., Hart, K. A., Woods, D., Leggett, J. y Taylor, D. (2006). Critical Care Nurses' Work Environments: A Baseline Status Report. *Critical Care Nurse*, 26(5): 46-57
- United States Department of Health and Human Services. (1981). The recurrent shortage of registered nurses: A new look at the issues. Rockville, MD: USDHHS.



- Unruh, A. M. (2002a). Do males and females have different experiences of pain? *Contemporary Psychology: APA Review of Books*, 47, 736-738. Book review.
- Fillingham, R.B. (Ed.). (2000). *Sex, gender, and pain*. Seattle, WA: IASP Press.
- Unruh, L. (2002b). Nursing Staff Reductions in Pennsylvania Hospitals: Exploring the Discrepancy between Perceptions and Data. *Medical Care Research and Review*, 59(2): 197-214.
- Upenicks, V. (2003). What's the attraction of Magnet hospitals? *Nursing Management*, 34(2): 43-44.
- Vaughan, D. (1996). *The Challenger Launch Decision: Risky Technology, Culture, and Deviance at NASA*. Chicago: University of Chicago Press.
- Vollers, D., Hill, E., Roberts, C., Dambaugh, L. y Brenner, Z. R. (2009). Work Environment Standards and an Empowering Nurse Advancement System. *Critical Care Nurse*, 29(6): 20-27
- Wagner, C. M. (2004). Is your nursing staff ready for magnet hospital status? An application of the revised Nursing Work Index. *Journal of Nursing Administration* 2004; 34: 463-468.
- Wagner, S. E. (2006). From Satisfied to Engaged. *Staff Retention. Nursing Management*, 37(3):24-9.
- Welton, J. M., Unruh, L., y Halloran, E. J. (2006). Nurse staffing, nursing intensity, staff mix, and direct nursing care costs across Massachusetts hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 36(9): 416-425.
- WHO (2006). *Working together for health*. Francia: WHO. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf) [12/10/2011].
- Weston, M.J. (2008). Defining control over nursing practice and autonomy. *Journal of Nursing Administration*, 38, 404-408.
- Weston, M. J. (2010). Strategies for Enhancing Autonomy and Control Over Nursing Practice. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*
- White, R. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66: 297-333.
- Zatz, D. (1998). Increasing credibility through visibility, communication, and active listening. Accesible en: <http://www.toolpack.info/articles/contact-and-credibility.html> [15/04/2011]
- Zohar, D. (2002). The effects of leadership dimensions, safety climate, and assigned priorities on minor injuries in work groups. *Journal of Organizational Behaviour*, 23: 75-92.
- <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol152010/No1Jan2010/Enhancing-Autonomy-and-Control-and-Practice.aspx#Autonomy> [03/04/2011].

ANEXO I: Método de extracción: factorización del eje principal. Método de rotación: normalización Varimax con Kaiser.

TABLA.66. MATRIZ COMPONENTES ROTADOS.	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7
12. Hay programa de formación continua y es accesible ....	459						
13. Existe un programa de autorización formal para enferm.	628						
14. Hay oportunidades de obtener > responsabilidad	633						
15. Hay oportunidad de participar en políticas de desarrollo	713						
16. Se reconoce el trabajo bien hecho	379	353/370					
17. Existen sistemas de promoción	739						
18. hay enfermeras que participan en la gestión interna	635						
20. hay una misma manera de entender la enfermería	404						
21. Hay un programa activo que facilita la mejora calidad	581						
31. Existe un programa de orientación para enfer. Nueva in	647						
43. Se potencia la obtención de titulaciones superiores	652						
44. Las enfermeras participan en la optimización de costos	408		324				
45. las enfermeras pueden participar en la selección materia	510		409				
49. Hay oportunidades de trabajar en unidades de alta especi	509						
22. La prestación de cuidados se basa en modelo de enferme		693					
23. Existe un plan de cuidados escrito x paciente		721					
24. Se utilizan correctamente los DE. versus P interdepend.		686					
25. El PC se actualiza en función de la evolución paciente		736					
26. Se promueve la continuidad de la atención con asign.Pa		508					
36. Hay un programa enfermería clínica apoyo prest. Cuid.		490					
38. El sistema de prest. Cuid. Se basa en enferme referente		649					
39. El sistema de prest. Cuid. Se basa atención global		526					
54. Se utiliza documentación identificación problemas		550					
8. Los jefes de equipo apoyan a las enfermeras			815				
9. Los jefes de equipo utilizan errores como oportuni.meior			794				
10. Su jefe equipo es un buen gestor y un buen líder			803				
11. los jefes de equipo apoyan enfer. en toma decisiones			778				
27. Hay una Direcc. Enfer. Visible y accesible al personal			671				
28. La Direc. Enf. se preocupa de q. se preste atención. adec.			657				
29. La Direc. Enf. Está al mismo nivel que el resto directivo			550				
30. La Direc. Del centro escucha y atiende las preocupacio.			607				
32. El salario es adecuado			389			344	
34. Se da apoyo a la innovación en la prestación de cuidado			439				
46. Se reconoce públicamente la aportación enfermera			448				
47. Los jefes de equipo consultan con las enfermeras.....			582				
35. Existe flexibilidad en turnos/horarios						555	
40. hay relación con departamento: limpieza, cocina, etc.						426	
48. El entorno es agradable y cómodo para trabajar						341	
51. Las enfer. pueden participar en la planific. De turnos						604	



## ANEXO 2:

El Nursing Work Index es un instrumento de estimación del entorno de la práctica de enfermería en los hospitales. El objetivo de esta recogida de datos es disponer de un indicador que permita ajustar estadísticamente posibles diferencias de los resultados entre centros. Estos datos son confidenciales. Es importante que responda con sinceridad.

Indique por favor el grado de acuerdo que representa mejor su percepción sobre los siguientes aspectos, siendo 1 – absolutamente en desacuerdo y 4 - totalmente de acuerdo

**1. Hay servicios de apoyo asistencial adecuados (celadores, auxiliares, administrativos, etc.)**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**2. Hay un número suficiente de enfermeras para proporcionar los cuidados adecuados**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**3. Se trabaja con enfermeras de gran competencia clínica**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**4. Hay personal suficiente para realizar el trabajo**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**5. Entre los médicos y las enfermeras hay buenas relaciones de trabajo**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**6. Las enfermeras y los médicos trabajan en equipo**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**7. La práctica entre médicos y enfermeras está basada en una colaboración simétrica (de igual a igual)**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**8. Los jefes de equipo son receptivos, apoyan y asesoran a las enfermeras**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**9. Los jefes de equipo utilizan los errores como una oportunidad de mejora, no como una crítica negativa**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**10. Su jefe de equipo es un buen gestor y un buen líder**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**11. Los jefes de equipo apoyan a la enfermera en la toma de decisiones**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**12. Hay un programa de formación continuada y es accesible para las enfermeras**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**13. Existe un programa formal de tutorización de enfermeras de nueva incorporación, por parte de enfermeras más expertas**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**14. Hay oportunidades de ir obteniendo un mayor grado de responsabilidad y peso en la toma de decisiones clínicas en función de los conocimientos y habilidades adquiridas**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**15. Hay oportunidades de participación en el establecimiento de las políticas que se desarrollan en el servicio u hospital (por ejemplo en recursos, planes, estrategias, normativas, etc.)**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**16. Se reconoce el trabajo bien hecho**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5





**17. Existen sistemas de promoción**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**18. Hay enfermeras asistenciales que participan de una manera activa y formal en la gestión interna del hospital (juntas, comités, comisiones, etc.)**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**19. Hay oportunidades para discutir, con otras enfermeras, problemas asociados a la atención de los pacientes**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**20. Hay una misma manera de entender la enfermería (filosofía, misión, enfoque) que impregna el entorno de trabajo**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**21. Hay un programa en activo que facilita la mejora continua de la calidad**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**22. La prestación de cuidados se basa en un modelo de enfermería**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**23. Existe un plan de cuidados escrito para cada paciente**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**24. Se utilizan correctamente los diagnósticos de enfermería, diferenciándolos de los problemas interdependientes**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**25. El registro del plan de cuidados se actualiza en función de la evolución del paciente**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**26. Se promueve la continuidad de la atención con la asignación de pacientes**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**27. Hay una dirección de enfermería visible y accesible al personal**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**28. La dirección de enfermería se preocupa de que las enfermeras proporcionen una atención adecuada**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**29. La dirección de enfermería está al mismo nivel de poder y autoridad que el resto de directivos del Hospital (dirección médica, dirección económica, dirección de personal, etc.)**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**30. La Dirección del centro escucha y atiende las preocupaciones/problemas que surgen en la práctica asistencial**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**1. Existe un programa de orientación para enfermeras de nueva incorporación**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**2. El salario es adecuado**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**3. La enfermería controla su propia práctica profesional**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**4. Se da apoyo a la innovación en la prestación de cuidados**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**5. Existe flexibilidad en los diferentes turnos/horarios**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**6. Hay un programa de enfermería clínica que proporciona apoyo a la prestación de cuidados**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**7. El sistema de prestación de cuidados se basa en el trabajo en equipo**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**8. El sistema de prestación de cuidados de basa en un modelo de enfermera de referencia**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**9. El sistema de prestación de cuidados de basa en un modelo de atención global**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**10. Hay buena relación con otros departamentos tales como limpieza, cocina, etc.**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**11. La enfermera no ha de afrontar situaciones que van en contra de su juicio profesional**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**12. Los médicos proporcionan una adecuada atención diagnóstica, médica o quirúrgica**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**13. Se potencia la obtención de titulaciones superiores**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**14. Las enfermeras participan activamente en los esfuerzos por optimizar los costos**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**15. Las enfermeras pueden participar en la selección de nuevos materiales/equipamientos de cuidados**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**16. Se reconoce públicamente la aportación de las enfermeras a la atención del paciente**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**17. Los jefes de equipo consultan con las enfermeras los problemas o procedimientos de cuidados en el día a día**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**18. El entorno es agradable y cómodo para trabajar**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**19. Hay oportunidades de trabajar en unidades de alta especialización**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**20. Las enfermeras no han de cambiar nunca de unidad/departamento**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5



**21. Las enfermeras pueden participar en la planificación de plantillas, de festivos, libranzas, etc.**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**22. Existe un programa de protocolización formal**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**23. Las enfermeras participan en la elaboración e implantación de procedimientos/protocolos**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**24. Se utiliza una documentación orientada a la identificación de problemas**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**25. Se trabaja con enfermeras con mucha experiencia, que conocen bien el hospital**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**26. Se comunica verbalmente el plan de cuidados del paciente (cambio de turno)**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

**27. Hay una distribución adecuada del personal entre las diferentes unidades**

Absolutamente en desacuerdo  1 Moderadamente en desacuerdo  2 Moderadamente de acuerdo  3 Totalmente de acuerdo  4 No sabe / No contesta  5

ANEXO 3:

Colegio Oficial Enfermería. Valencia

RISK  
(Resultats d'infermeria per a la seguretat en les Kures)



El Nursing Work Index es un instrumento de estimación del entorno de la práctica de enfermería en los hospitales. El objetivo de esta recogida de datos es disponer de un indicador que permita ajustar estadísticamente posibles diferencias de los resultados entre centros. Estos datos son confidenciales. Es importante que responda con sinceridad.

**EDAD**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, rellene completamente al marcar la casilla

marque así así no marque

**Años de EXPERIENCIA**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SEXO**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masculino	Femenino

**Nº de CAMAS**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
< de 100	Entre 101 y 200	Entre 201 y 300	Entre 301 y 400	Entre 401 y 500	Entre 501 y 600	> de 600	

**Tipo de UNIDAD**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Denominación: <input type="text"/>
Medica	Quirúrgica	Críticos	Otros	Nº de camas de la Unidad: <input type="text"/>

Indique por favor el grado de acuerdo que representa mejor su percepción sobre los aspectos numerados en la hoja adjunta, siendo: 1 - absolutamente en desacuerdo, 2 - moderadamente en desacuerdo, 3 - moderadamente de acuerdo, 4 - totalmente de acuerdo y 5 - no sabe/no contesta

	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**CECOVA**

---

Consejo de Enfermería de  
la Comunidad Valenciana