



CEU

*Universidad
Cardenal Herrera*

TESIS DOCTORAL

ANÁLISIS ORGANIZATIVO SOBRE LA PROVISIÓN DE CUIDADOS EN LA
PRÁCTICA ENFERMERA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS DE LA
COMUNIDAD VALENCIANA.

Presentada por:

Antonio Ruiz Hontangas

DIRECTORES:

Dr. José Luis Alfonso Sánchez

Dra. Loreto Peyró Gregori

Valencia 2011

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS. -----	4
ÍNDICE DE TABLAS. -----	5
ÍNDICE DE GRÁFICOS. -----	11
LISTADO DE ABREVIATURAS. -----	13
1. PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO. -----	14
2. INTRODUCCIÓN. -----	16
2.1. Tendencias en gestión sanitaria. -----	16
2.2. Contexto organizativo en la profesión enfermera. -----	17
2.3. Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias y Enfermería. -----	18
2.4. Gestión de cuidados. -----	19
2.5. Gestión por valores y cuidados enfermeros. -----	22
2.6. La seguridad del paciente versus cuidados enfermeros. -----	22
2.7. Hospitales Magnéticos como modelo de excelencia en la prestación de cuidados enfermeros. -----	27
2.8. Modelos de Práctica Enfermera. -----	28
2.9. Las encuestas de percepción y la investigación enfermera -----	30
2.9.1.-El cuestionario Nursing Work Index, como encuesta enfermera-----	32
3. OBJETIVOS. -----	36
3.1. Objetivo General. -----	36
3.2. Objetivos Específicos. -----	36
4. MATERIAL Y MÉTODO. -----	37
4.1. Variables objeto de estudio. -----	37
4.2. Tipo de estudio. -----	37
4.3. Población y muestra. -----	39
4.4. Periodo de estudio . -----	39

4.5. Ámbito de estudio.	40
4.6. Análisis Estadístico.	40
5. RESULTADOS.	41
5.1. Análisis de datos .	41
5.2. Fiabilidad.	41
5.3. Análisis descriptivo.	41
6. DISCUSIÓN.	131
6.1. Propuesta de modelo organizativo de la práctica enfermera.	147
6.1.1. Orientación a los resultados de salud.	147
6.1.2. Gestión de personas.	148
6.1.3. Relaciones interdisciplinares.	149
6.1.4. Gestión del conocimiento.	150
6.1.5. Liderazgo.	151
6.1.6. Sistemas de Información.	151
6.2. Hipótesis de trabajo	155
7. CONCLUSIONES.	156
8. BIBLIOGRAFIA.	157
9. ANEXOS.	170
9.1. Encuesta Nursing Work Index	170
9.2. Anexo II. Carta colaboración estudio a Direcciones de Hospitales	174

AGRADECIMIENTOS

A los profesores Dr. José Luis Alfonso por su valiosa labor de dirección, y capacidad de estímulo y de constante enseñanza.

A la profesora Dra. Loreto Peyró Gregori por su dirección, disponibilidad, tenacidad y constancia en el trabajo así como su constante su apoyo.

Al Ilustre Colegio de Enfermería de Valencia y a su presidente D. Juan José Tirado Darder.

A la profesora Dra. Pilar Llabata por sus sabios consejos y aportaciones así como críticas constructivas.

Al Dr. Álvaro Bonet por su visión facilitadora y experiencia en tutelar y mejorar los Proyectos así como su ánimo y soporte.

A la Universidad Ceu Cardenal Herrera.

A mi esposa, hijos y familia por su apoyo así como su estímulo y paciencia.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Estudios que relacionan una asociación entre plantilla de enfermeras y resultados adversos. Adaptado de Jackson et al.

Tabla 2.- Áreas organizacionales del Nursing Work Index.

Tabla 3.- Dimensiones del cuidado enfermero.

Tabla 4.- Estadística descriptivas de las enfermeras entrevistadas según el sexo.

Tabla 5.- Estadística descriptivas de las enfermeras entrevistadas según la provincia.

Tabla 6.- Estadística descriptivas de las enfermeras entrevistadas según la edad.

Tabla 7.- Estadística descriptivas de las enfermeras entrevistadas según el grupo de edad y años de experiencia.

Tabla 8.- Estadística descriptivas de las enfermeras entrevistadas según el tamaño del hospital, de acuerdo al número de camas.

Tabla 9.- Estadística descriptivas de las enfermeras entrevistadas según el tipo de servicio al que pertenecen.

Tabla 10.- Estadística descriptiva de las enfermeras entrevistadas según las respuestas:

Tabla 10.1.- Hay servicios de apoyo asistencial adecuado.

Tabla 10.2.- Hay un número suficiente de enfermeras para proporcionar cuidados adecuados.

Tabla 10.3.- Se trabaja con enfermeras de gran competencia clínica.

Tabla 10.4.- Hay personal suficiente para realizar el trabajo.

Tabla 10.5.- Entre los médicos y las enfermeras hay buenas relaciones de trabajo.

Tabla 10.6.- Las enfermeras y los médicos trabajan en equipo.

Tabla 10.7.- La práctica entre médicos y enfermeras está basada en la colaboración simétrica.

Tabla 10.8.- Los jefes de equipo son receptivos, apoyan y asesoran a las enfermeras.

Tabla 10.9.- Los jefes de equipo utilizan los errores como una oportunidad de mejora.

Tabla 10.10.- Su jefe de equipo es un buen gestor y un buen líder.

Tabla 10.11.- Los jefes de equipo apoyan a la enfermera en la toma de decisiones.

Tabla 10.12.- Hay un programa de formación continuada y es accesible para las enfermeras.

Tabla 10.13.- Existe un programa formal de tutorización de enfermeras de nueva incorporación, por parte de enfermeras más expertas.

Tabla 10.14.- Hay oportunidades de ir obteniendo un mayor grado de responsabilidad en la toma de decisiones de acuerdo con los conocimientos y habilidades adquiridas.

Tabla 10.15.- Hay oportunidades de participación en el establecimiento de las políticas que se desarrollan en el servicio u hospital.

Tabla 10.16.- Se reconoce el trabajo bien hecho.

Tabla 10.17.- Existen sistemas de promoción.

Tabla 10.18.- Hay enfermeras asistenciales que participan de una manera activa y formal en la gestión interna del hospital.

Tabla 10.19.- Hay oportunidades para discutir, con otras enfermeras, problemas asociados a la atención de los pacientes.

Tabla 10.20.- Hay una misma manera de entender la enfermería que impregna el entorno de trabajo (filosofía, misión).

Tabla 10.21.- Hay un programa en activo que facilita la mejora continua de la calidad.

Tabla 10.22.- La prestación de cuidados se basa en un modelo de enfermería de referencia.

Tabla 10.23.- Existe un plan de cuidados escrito para cada paciente.

Tabla 10.24.- Se utilizan correctamente los diagnósticos de enfermería, diferenciándolos de los problemas interdependientes.

Tabla 10.25.- El registro del plan de cuidados se actualiza en función de la evolución del paciente.

Tabla 10.26.- Se promueve la continuidad de la atención con la asignación de pacientes.

Tabla 10.27.- Hay una dirección de enfermería visible y accesible al personal.

Tabla 10.28.- La dirección de enfermería se preocupa de que las enfermeras proporcionen una atención adecuada.

Tabla 10.29.- La dirección de enfermería está al mismo nivel de poder y autoridad que el resto de los directivos del hospital.

Tabla 10.30.- La Dirección del centro escucha y atiende las preocupaciones/problemas que surgen en la práctica asistencial.

Tabla 10.31.- Existe un programa de orientación para enfermeras de nueva incorporación.

Tabla 10.32.- El salario es adecuado.

Tabla 10.33.- La enfermería controla su propia práctica profesional.

Tabla 10.34.- Se da apoyo a la innovación en la prestación de cuidados.

Tabla 10.35.- Existe flexibilidad en los diferentes turnos/horarios.

Tabla 10.36.- Hay un programa de enfermería clínica que proporciona apoyo a la prestación de cuidados.

Tabla 10.37.- El sistema de prestación de cuidados se basa en el trabajo en equipo.

Tabla 10.38.-El sistema de prestación de cuidados se basa en un modelo de enfermera de referencia.

Tabla 10.39.- El sistema de prestación de cuidados se basa en un modelo de atención global.

Tabla 10.40.- Hay buena relación con otros departamentos tales como limpieza, cocina, etc.

Tabla 10.41.- La enfermera no ha de afrontar situaciones que van en contra de su juicio profesional.

Tabla 10.42.- Los médicos proporcionan una adecuada atención diagnóstica, médica o quirúrgica.

Tabla 10.43.- Se potencia la obtención de titulaciones superiores.

Tabla 10.44.- Las enfermeras participan activamente en los esfuerzos por optimizar los costos.

Tabla 10.45.- Las enfermeras pueden participar en la selección de nuevos materiales/equipamientos de cuidados.

Tabla 10.46.- Se reconoce públicamente la aportación de las enfermeras a la atención del paciente.

Tabla 10.47.- El entorno es agradable y cómodo para trabajar.

Tabla 10.48.- Hay oportunidades de trabajar en unidades de alta especialización.

Tabla 10.49.- Las enfermeras no han de cambiar nunca de unidad/departamento.

Tabla 10.50.- Las enfermeras pueden participar en la elaboración de plantillas, de festivos, libranzas, etc.

Tabla 10.51.- Existe un programa de protocolización formal.

Tabla 10.52.- Las enfermeras participan en la elaboración e implantación de procedimientos/protocolos.

Tabla 10.53.- Se utiliza una documentación orientada a la identificación de problemas.

Tabla 10.54.- Se trabaja con enfermeras con mucha experiencia, que conocen bien el hospital.

Tabla 10.55.- Se comunica verbalmente el plan de cuidados del paciente (cambio de turno).

Tabla 10.56.- Hay una distribución adecuada de personal entre las diferentes unidades.

Tabla 11.- Contraste de la media de edad y sexo de las enfermeras entrevistadas, y tabla anova.

Tabla 12.- Contraste de la media de años de experiencia y sexo de las enfermeras entrevistadas, y tabla anova.

Tabla 13.- Contraste de la media de edad y años de experiencia de las enfermeras entrevistadas, y tabla anova.

Tabla 14.- Contraste de la media de edad y provincia de las enfermeras entrevistadas, y tabla anova.

Tabla 15.- Tabla de contingencia de la provincia y sexo de las enfermeras entrevistadas

Tabla 16.- Tabla de contingencia de años de experiencia y sexo de las enfermeras entrevistadas.

Tabla 17.- Tabla de contingencia de número de camas y sexo de las enfermeras entrevistadas.

Tabla 18.- Tabla de contingencia de tipo de unidad y sexo de las enfermeras entrevistadas.

Tabla 19.- Valores de las comunalidades del análisis factorial de la encuesta utilizada.

Tabla 20.- Varianza explicada por los autovalores del análisis factorial de la encuesta utilizada.

Tabla 21.- Valores (Kaiser-Mejer-Olkin) KMO y prueba de Bartlett del análisis factorial de la encuesta utilizada.

Tabla 22.- Matriz de correlaciones entre los 12 componentes principales obtenidos y cada una de las preguntas de la encuesta NWI.

Tabla 23.- Casos incluidos en el estudio de correlación entre los componentes principales y la clasificación de hospital según el número de camas.

Tabla 24.- Relación entre los 12 componentes principales y las variables objeto de estudio en el NWI.

Tabla 25.- Contraste de medias entre los componentes principales y la clasificación de hospital según el número de camas.

Tabla 26.- Análisis de la varianza (ANOVA) entre los componentes principales y la clasificación de hospital según el número de camas.

Tabla 27.- Medidas de asociación entre los componentes principales y la clasificación de hospital según el número de camas.

Tabla 28.- Casos incluidos en el estudio de correlación entre los componentes principales y la provincia de las enfermeras entrevistadas.

Tabla 29.- Contraste de medias entre los componentes principales y la provincia de las enfermeras entrevistadas.

Tabla 30.- Análisis de la varianza (ANOVA) entre los componentes principales y la provincia de las enfermeras entrevistadas.

Tabla 31.- Medidas de asociación entre los componentes principales y la provincia de las enfermeras entrevistadas.

Tabla 32.- Casos incluidos en el estudio de correlación entre los componentes principales y los años de experiencia de las enfermeras entrevistadas.

Tabla 33.-Análisis de la varianza (ANOVA) entre los componentes principales y los años de experiencia de las enfermeras entrevistadas.

Tabla 34.-Medidas de asociación entre los componentes principales y los años de experiencia de las enfermeras entrevistadas.

Tabla 35.- Casos incluidos en el estudio de correlación entre los componentes principales y el sexo de las enfermeras entrevistadas.

Tabla 36.- Contraste de medias entre los componentes principales y el sexo y la experiencia de las enfermeras entrevistadas.

Tabla 37.- Contraste de medias entre los componentes principales y el tipo de unidad de las enfermeras entrevistadas.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.- Hay servicios de apoyo asistencial.

Gráfico 2.- Hay un número suficiente de enfermeras para proporcionar cuidados adecuados.

Gráfico 3.- Se trabaja con enfermeras de gran competencia.

Gráfico 4.- Existen buenas relaciones de trabajo entre médicos y enfermeras.

Gráfico 5.- Las enfermeras y los médicos trabajan en equipo.

Gráfico 6.- Los jefes de equipo son receptivos, apoyan a las enfermeras en los problemas o procedimientos de cuidados en el día a día.

Gráfico 7.- Los jefes de equipo utilizan los errores como oportunidad de mejora.

Gráfico 8.- Los jefes de equipo son buenos gestores y líderes.

Gráfico 9.- Hay un programa de formación continuada y es accesible a las enfermeras.

Gráfico 10.- Existe un programa de tutorización de enfermeras de nueva incorporación, por parte de enfermeras más expertas.

Gráfico 11.- Hay oportunidades de mayor responsabilidad en la toma de decisiones.

Gráfico 12.- Hay oportunidades de participación en políticas que se desarrollan en el servicio u hospital.

Gráfico 13.- Se reconoce el trabajo bien hecho.

Gráfico 14.- Existen sistemas de promoción.

Gráfico 15.- Sistema de prestación de cuidados basado en un modelo de enfermera de referencia.

Gráfico 16.- Se utilizan correctamente los diagnósticos de enfermería.

Gráfico 17.- Actualización de los registros del plan de cuidados.

Gráfico 18.- Se promueve la continuidad de la atención.

Gráfico 19.- Hay una dirección de enfermería visible.

Gráfico 20.- La dirección de enfermería se preocupa de que las enfermeras proporcionen una atención adecuada.

Gráfico 21.-La Dirección del centro escucha y atiende las preocupaciones/problemas que surgen en la práctica asistencial.

Gráfico 22.-Existe un programa de orientación para enfermeras de nueva incorporación.

Gráfico 23.- Se da apoyo a la innovación en la prestación de cuidados.

Gráfico 24.- Hay un programa de enfermería clínica que proporciona apoyo a la prestación de cuidados.

Gráfico 25.-Se potencia la obtención de titulaciones superiores.

Gráfico 26.- Las enfermeras participan activamente en los esfuerzos por optimizar los costos.

Gráfico 27.- Se reconoce públicamente la aportación de las enfermeras en la atención del paciente.

Gráfico 28.- El entorno es agradable y cómodo para trabajar.

Gráfico 29.- Hay oportunidad de trabajar en unidades de alta especialización.

Gráfico 30.- Las enfermeras participan en la elaboración de protocolos.

Gráfico 31.- Se trabaja con enfermeras con mucha experiencia.

Gráfico 32.- Hay una distribución adecuada de personal.

Gráfico 33.- Gráfico de sedimentación de todos los autovalores iniciales del análisis factorial de la encuesta utilizada.

LISTADO DE ABREVIATURAS

AVS: Agencia Valenciana de Salud.

CIE: Consejo Internacional de Enfermería.

CIPE: Clasificación Internacional para la Práctica de la Enfermería.

DpO: Dirección por Objetivos.

EFQM: European Foundation for Quality Management.

EEUU: Estados Unidos.

EVES: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud.

HCE: Historia Clínica Electrónica

LOPS: Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias.

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association.

NIC: Nursing Interventions Classification.

NNN: Taxonomía Nanda Noc Nic.

NOC: Nursing Outcomes Classification.

NWI: Nursing Work Index.

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

OMS: Organización Mundial de la Salud.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

1-PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.-

Atendiendo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud.

La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.

El sistema sanitario español presenta tendencias favorables de resultados en términos del estado de salud de los españoles, según el informe del círculo de empresarios sobre un sistema sanitario sostenible. No obstante, es preciso asumir que muchos factores condicionan el funcionamiento del sistema y hacen que se cuestione su sostenibilidad atendiendo a criterios de costes, calidad y accesibilidad.

Si nuestro sistema lo sometemos a examen en torno a los tres ejes típicos de análisis como son los costes, la calidad y la accesibilidad, es en este último donde los problemas son mayores, destacando las listas de espera en procesos quirúrgicos, técnicas y consultas en atención especializada fundamentalmente, con la consiguiente pérdida de confianza y el creciente descontento e insatisfacción que generan.

Por tanto, nos encontramos ante un panorama que conlleva un análisis profundo ya que nos enfrentamos a grandes retos, por otra parte comunes en el resto de países industrializados, que van a incidir notablemente sobre su sostenibilidad y sus efectos no se harán esperar.

La aparición de avances tecnológicos genera, además de las mejoras diagnósticas y terapéuticas, dificultades de financiación que provoca que el sistema se resienta. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) dedica un capítulo a la tecnología sanitaria en su último informe sobre la salud en 2010. Aunque reconoce su importancia en la mejora del diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, refiere que su incorporación a los sistemas sanitarios también está contribuyendo a disparar el gasto. Si en 2000 había seis equipos de resonancia magnética por cada millón de habitantes en los países de la órbita de la OCDE, la cifra se elevó a 13 en 2008. Por su parte, los equipos de tomografía axial

computarizada (TAC) alcanzaron la cifra de 24 en 2008, frente a los 19 que había en 2000. El informe recoge la situación de muchos países que están sometidos a un proceso de transformación para promover además, como ocurre con los medicamentos, la adquisición y el uso racional de este tipo de dispositivos diagnósticos. Existen otros factores como los costes de los nuevos medicamentos así como por otro lado, fenómenos como la mayor prevalencia de enfermedades crónicas o el aumento de la esperanza de vida que también obligan a un incremento del gasto farmacéutico. La demanda de servicios sanitarios, impulsada por una sociedad más exigente en salud y por una mejora en el acceso y conocimiento de las fuentes de información, origina dificultades para un sistema sanitario que no podrá seguir siendo sostenible en su configuración actual (170).

La situación de nuestro sistema sanitario no es única. De hecho, muchos países desarrollados han emprendido procesos de reforma que tratan de afrontar con éxito los retos que los fenómenos descritos, reales o potenciales, ya están planteando no exentos de dificultades. Destacan entre otras la aplicación de nuevas tecnologías, como la implantación de una tarjeta sanitaria electrónica única y compatible en todo el territorio nacional, que debe de permitir la mejora en el acceso a los servicios reduciendo simultáneamente su coste de provisión. La informatización de los sistemas de gestión de la historia clínica electrónica supone una mejora posible gracias a una mejor gestión de la información, mejorar la asistencia y liberar recursos evitando, por ejemplo, la repetición innecesaria de pruebas. La telemedicina es otro de los instrumentos que permiten reducir costes y mejorar servicios sanitarios, puesto que permite trasladar al domicilio del paciente parte de la atención médica primaria o, incluso, hospitalaria. Por otra parte la reciente incorporación en la gestión de herramientas de nuevas fórmulas de gestión, como la asociación público-privada, permite aplicar criterios de gestión privada a servicios financiados con recursos públicos. También se han incorporado mecanismos de competencia regulada que aumenten la libertad de elección de los pacientes, desarrollando indicadores de calidad que les proporcionen la información necesaria para elegir. La mayor eficiencia pasa también por aplicar una visión integrada de la atención, desarrollando equipos interdisciplinarios que orienten la prestación de servicios hacia la gestión del paciente crónico e impulsando un entorno sociosanitario.

Un último elemento, la potenciación de la prevención y de la adopción de hábitos saludables contribuiría a racionalizar el gasto sanitario, medidas que ya en 1974 el Informe Lalonde en Canadá definía los factores determinantes de salud.

En este contexto organizativo, la enfermería debe de liderar y ser protagonista de estos retos y cambios y a través de la gestión del cuidado enfermero, el transcurso del tiempo y la materialización plena de algunos de los retos pondrán de manifiesto si estas reformas parciales son suficientes o si, por el contrario, deberemos diseñar un sistema sustancialmente diferente al que conocemos hoy.

2. INTRODUCCIÓN.-

2.1. Tendencias en gestión sanitaria.

La tendencia actual de creciente complejidad en la atención sanitaria, dificulta la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, donde la eficiencia, como dimensión de la calidad cobra cada vez más relevancia en la prestación asistencial tanto clínica como de cuidados. En este contexto, los hospitales se enfrentan a importantes retos para proporcionar cuidados que sean consistentes con altos niveles de calidad en un medio cambiante, competitivo, incierto y con altos niveles de incertidumbre (1),(2), (3),(4).

En las organizaciones sanitarias, las personas juegan un papel fundamental en términos de obtención de la calidad dado que siendo una empresa de servicios, es el capital fundamental en el resultado final. De manera diferente a lo que ocurre en otros sectores, las personas son las propietarias del proceso asistencial, prestando una relación de cuidados personalizados y orientados al paciente (5), (6), (7), (8), (9).

La oferta y provisión de servicios de salud ha provocado cambios que no deben dejar al margen la aportación enfermera actual, donde las organizaciones se han reordenado hacia los procesos de alta resolución con alternativas a la hospitalización tradicional (hotel de pacientes, hospitales de día, cirugía de corta estancia, cirugía mayor ambulatoria con procesos diagnósticos mínimamente invasivos y atención domiciliaria entre otros) que se traducen en un acortamiento de estancias en pacientes que su proceso asistencial no requiere ocupación de estancia en un centro de hospitalización de agudos, provocando por un parte en la hospitalización quirúrgica una estancia media muy corta, con un aumento de rotación de enfermera/cama y en la hospitalización médica debido además al envejecimiento de

la población generando una demanda de servicios y cuidados de dependencia donde la enfermera debe ser un pilar referencial. Estos cambios, siendo buenos para el sistema y para el ciudadano no ha generado un cambio en la forma de proveer cuidados y prevalecen estructuras organizativas y procesos asistenciales desfasados, en los que la enfermera posee las mismas dotaciones de recursos, de capacidad de toma de decisiones y de relaciones interprofesionales que hace muchos años, cuando la demanda de cuidados era radicalmente distinta a la actual (10), (11), (12),(13), (14) ,(15).

2.2. Contexto organizativo en la profesión enfermera.

El contexto organizativo de la práctica enfermera es definido por Juvé Udina ME *como el conjunto de condiciones creadas para la prestación de cuidados en el marco de una institución, centro o sistema de salud* (16).

La enfermera que se incorpora a su práctica profesional inicia un proceso de socialización por el cual incorpora los valores y la cultura de las organizaciones sanitarias. En esta situación, analiza los perfiles profesionales que la institución promueve como relevantes, los criterios de reconocimiento a la actividad profesional y de participación en proyectos y el nivel de ascenso a puestos de responsabilidad. En este marco, la enfermera se integra a nivel personal y profesional en el entorno de la organización siendo necesario que conozca y participe de los objetivos institucionales y se implique directamente en la consecución de los objetivos de atención de salud, al igual que la dirección conozca las aspiraciones de las enfermeras que constituyen una unidad de gestión e incorpore en sus estrategias la motivación para su desarrollo profesional (17), (18) ,(19), (20) ,(21), (22).

La profesionalización de los cuidados conlleva la actualización permanente en el desarrollo del conocimiento enfermero y la incorporación de nuevas tecnologías y habilidades del cuidado (23), (24), (25), (26).

El sistema de salud es un medio enormemente cambiante, tanto en la orientación de políticas de salud y de modelos de gestión como en la asignación de funciones a los equipos de salud y en el establecimiento de prioridades de prestaciones sanitarias. Es necesaria la adecuación permanente al puesto de trabajo, la participación en programas de formación continuada y la autoformación. Uno de los retos actuales de

la enfermería es el desarrollo de la investigación, que deben de garantizar la calidad de las prestaciones enfermeras en los servicios de salud (27), (28), (29), (30).

2.3. La Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias y enfermería.

La Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS) nos reconoce, una vez más, a los Diplomados Sanitarios una autonomía y responsabilidad propia en el ejercicio de las funciones facultativas que desempeñamos y atribuye a las Direcciones de Enfermería la responsabilidad de dirigir y gestionar la prestación de cuidados y refiere textualmente que les corresponde “ *la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades, quedando como competencia específica la dirección del proceso de cuidados*”(31).

Presenta como fines primordiales la mejora de la calidad de la atención sanitaria y garantizar que todos los profesionales cumplen con los niveles de competencia necesarios para salvaguardar el derecho a la protección de la salud. Para poder desarrollar el ejercicio profesional, por cuenta propia o ajena, se requiere el correspondiente Título Oficial y atenerse a las normas reguladoras de los Colegios Profesionales. Asimismo, será necesario que los profesionales sanitarios realicemos a lo largo de la vida profesional una formación continuada, que constituye desde ahora un deber para acreditar regularmente la competencia profesional; para ello los Centros Sanitarios revisaran, cada 3 años como mínimo, que los profesionales cumplen con los requisitos necesarios para el ejercicio profesional, así pues queda claro que será necesario renovar la habilitación profesional cada 3 años. En cuanto a la formación especializada exige el título de especialista para ejercer la profesión con tal carácter y para ocupar puestos de trabajo con tal denominación, quedando vinculado el título al puesto de trabajo. El desarrollo de la carrera profesional será voluntario y constituye el elemento de motivación profesional por los esfuerzos realizados y el compromiso con la institución en que se prestan servicios. Existirán cuatro niveles de desarrollo profesional. El acceso al primer grado requiere la evaluación favorable de los meritos en relación a los conocimientos, competencias, formación continuada acreditada, actividad docente e investigación; es requisito imprescindible tener, al menos, 5 años de ejercicio profesional, transcurridos los

cuales se podrá solicitar el acceso a un grado superior. Existe un requisito de “antigüedad” al que se suman la totalidad de méritos aportados por el profesional.

2.4. Gestión de cuidados.

En la gestión de la empresa sanitaria moderna, la importancia de las enfermeras es una obviedad. Por otra parte es uno de los componentes básicos para la práctica clínica y requiere una eficiente gestión para garantizar la sostenibilidad del sistema optimizando y adecuando las necesidades asistenciales y de cuidados a las personas y los recursos.

Es típico en el lenguaje gestor hablar de sistemas de medida de cargas de trabajo, como herramienta de eficiencia a través de la de adecuación de la plantilla de profesionales de enfermería o de la ratio enfermera-paciente, dado que lo que se pretende es objetivar cuál es la adecuación de la actividad de enfermería y conocer si esta adecuación da respuesta a las demandas de los pacientes y del sistema (32), (33), (34).

El rediseño de la prestación de cuidados en función de la plantilla necesaria ha contribuido a planteamientos exageradamente economicistas desde los propios directivos de enfermería que han creado un discurso de reajuste de las plantillas convirtiéndose en una práctica habitual, fácil y repetitiva de contención de gastos hospitalarios. Fuentes consultadas estiman que en torno al 60% del presupuesto de un centro hospitalario se gasta en personal del cual, entre el 25% y 40% está destinado a la plantilla de enfermeras. Pocos estudios, y la mayoría recientes han investigado de forma objetiva cual es el impacto en la calidad de cuidados y sus resultados en salud, al clima organizacional, el absentismo y en definitiva, la satisfacción laboral de las enfermeras (35), (36), (37).

Sobre la medición de cargas de cuidados, la mayoría de herramientas validadas relacionan tiempos, actividades, niveles de cuidados y número de profesionales fundamentalmente dejando de lado la medición de tiempos indirectos y cuidados que aportan valor en la relación de ayuda enfermera –paciente como puede ser entre otra muchas, la capacidad de escucha y los cuidados a pie de cama. Existen investigaciones que relacionan la plantilla con resultados en salud (mortalidad, infección nosocomial, efectos adversos, entre otros) demostrando asociación (38), (39), (40), (41).

La responsabilidad y la actuación de la enfermera se alinea con los siguientes pilares de la organización sanitaria: la propia administración, los procesos y los ciudadanos. En cuanto a la empresa, hay que proceder a la definición y mantenimiento de normas de actuación, procesos de cuidados y protocolos, definición y control de costes, participación en la gestión de la calidad. En cuanto al personal, se debe asegurar una correcta dotación de personal, propiciar ambientes de trabajo adecuados y favorables, gestionar los conflictos, evaluar las competencias y procurar el desarrollo profesional y personal. En cuanto a los ciudadanos, debemos proporcionar ambientes de cuidado favorables, garantizar la calidad de los cuidados enfermeros y actuar como defensora de sus derechos (42), (43), (44), (45).

La enfermería, como disciplina y pilar básico y fundamental, aporta a la organización la gestión de los cuidados, y debemos rediseñarlos *pasando del hacer o ejecutar* cuidados interdependientes a planificar para evaluar y medir la aportación a los pacientes, ciudadanos y sociedad en términos de resultados en salud. En los últimos años venimos observando que la calidad percibida de los ciudadanos medida en términos de satisfacción, identifican como valor añadido la *calidez, cercanía, trato y capacidad de escucha*, gracias a la visualización del cuidado enfermero como componente fundamental de la práctica clínica y de los resultados en salud. Mejorar la atención a los pacientes así como considerar la situación de los trabajadores es una responsabilidad ética de las organizaciones y cobra especial relevancia en el caso de las organizaciones sanitarias la Dirección por Valores donde va más allá de la Dirección por Objetivos (DpO) propuesta en *The Practice of Management* por Peter Drucker de los años setenta, para dar respuesta al actual reto de moverse de forma eficiente, ética y emocionalmente en un contexto de competitividad creciente, que exige altos niveles de rendimiento, confianza, compromiso y creatividad por parte de todas las personas que componen las organizaciones (46),(47), (48), (49), (50).

La dirección de los cuidados a través de los gestores de enfermería entre sus competencias fundamentales debe de crear una cultura organizacional que favorezca la práctica de los cuidados, priorizar, elaboración de políticas, selección del personal con excelente formación en cuidados enfermeros, así como el desarrollo de la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería (51),(52),(53), (54) .

Las restricciones financieras, las necesidades asistenciales con recursos limitados, los altos costos, las condiciones de la práctica clínica, la normativa y burocratización de las organizaciones las expectativas y exigencias de los ciudadanos más informados y formados, así como los cambios demográficos y epidemiológicos en salud, caracterizan hoy el entorno de los cuidados (55), (56), (57), (58).

En este contexto tan complejo, tanto las enfermeras gestoras o supervisoras del cuidado como las enfermeras clínicas se enfrentan a grandes retos, ejercer su actividad en un entorno caracterizado por múltiples problemas y obstáculos y deben buscar alternativas con un enfoque de gestión y prestación asistencial dirigido a garantizar la calidad del cuidado a la persona que vive experiencias de salud (59), (60).

La gestión enfermera tiene que valorar la humanización asistencial como un proceso donde las relaciones personales, el liderazgo, de la motivación y la implicación cobran especial relevancia, utilizando el criterio enfermero y favoreciendo una cultura organizacional centrada en el cuidado personalizado (61) (62), (63), (64).

Las enfermeras responsables en gestión de cuidados, debe garantizar y crear un clima laboral ergonómico, amigable y con participación, la creación de grupo, generar participación y comunicación entre los miembros del equipo enfermero, tener el compromiso de generar un ambiente laboral participativo, así como reconocer el trabajo bien hecho, orientando su gestión de personas, en definitiva con criterios de inteligencia emocional, donde el estilo directivo debe orientarse hacia un modelo de Teoría Y de *McGregor en su obra "El lado humano de las organizaciones"*. Debe además favorecer la creatividad, y fomentar la autonomía y la capacitación de todos los miembros del equipo de enfermería. Por tanto el contexto ha transformado las prácticas y que la enfermería tiene en sus manos plantear estrategias para el cuidado individual y colectivo que difieren de las tradicionales (65), (66).

De igual forma analizar el significado del cuidado y la posibilidad de crear en este contexto nuevos escenarios de cuidado en la atención domiciliaria, redefinir los estándares del cuidado para los enfermos agudos no hospitalizados, cuidados a enfermos crónicos, en fin, toda la diversidad de servicios que será necesario

gestionar a fin de asegurar al usuario diversas formas de cuidado integral, humano y libre de riesgos (67), (68), (69), (70), (71), (72).

Es natural entonces, promover transformaciones en la organización de enfermería, en su manera de planear y ofertar servicios y particularmente de brindar cuidado de calidad y seguros que satisfaga las expectativas del usuario y que además para las instituciones sea costo-efectivo. Todos estos aspectos constituyen un gran desafío para la práctica y la gestión del cuidado de enfermería (73), (74), (75).

2.5. Gestión por valores y cuidados enfermeros.

El documento de la OMS (2002) sobre Servicios de Enfermería: Direcciones Estratégicas 2002-2008, enumera áreas claves que requieren acciones en planificación de personas, la mejora en condiciones laborales, la práctica basada en la evidencia, y la formación. Por tanto, debemos diseñar estrategias y acciones de un liderazgo activo que consiga el desarrollo, y la participación de todas las personas (equipo de cuidados), destacando fundamentalmente la gestión del conocimiento y la gestión de los valores del cuidado enfermero. Humanizar el cuidado como elemento de interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia de calidad. A pesar de las múltiples evidencias de la importante labor de la enfermería en beneficio de la salud, las instituciones, a veces, no acaban de objetivar el cuidado de enfermería como útil, percibiéndolo como un elevado coste sin tener en cuenta los resultados en salud, entre otros, la calidad percibida donde el ciudadano identifica a través de la enfermera como el referente en valores del cuidado (cercanía, trato, capacidad de escucha). Es importante, por tanto, que la disciplina enfermera identifique la necesidad de *mirar hacia el cuidado* y su responsabilidad en la calidad de vida de las personas (76), (77), (78), (79), (80).

2.6. La seguridad del paciente versus cuidados enfermeros.

Por otra parte, la seguridad clínica es el principal componente de la calidad asistencial y debe ser entendida como una asistencia sin riesgos de eventos no previstos. La prevención de lesiones o de eventos adversos en el paciente como resultado de los procesos asistenciales es considerada como un componente indispensable e indiscutible para la calidad. La preocupación por la seguridad del paciente en los servicios sanitarios no es un tema nuevo, desde que el Instituto de

Medicina de los Estados Unidos publicó en 1999 el libro *To err is Human: building a safer healthsystem* y el problema adquirió una dimensión mundial y se ha incorporado a las agendas políticas y al debate público (81), (82), (83), (84), (85), (86).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la 55 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en el 2002, aprobó la resolución WHA55 en la que se insta a los estados miembros a prestar “la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente” y a establecer y consolidar “sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología” (87), (88), (89), (90).

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente estima que el 10% de los pacientes hospitalizados en países desarrollados sufre un suceso adverso cada año y 1,4 millones de pacientes hospitalizados en todo el mundo adquieren una infección nosocomial y muchos de ellos mueren. El error de los profesionales sanitarios se ha convertido en un problema creciente que provoca muchas muertes evitables cada año. Concluye por último que las características organizacionales modificables son los ratios enfermera-paciente o carga de trabajo de enfermería, formación de las enfermeras y directores de enfermería y calidad del entorno de la práctica clínica (91), (92), (93), (94).

Los actuales sistemas de prestación de servicios de salud se componen de procesos, tecnologías e interacciones humanas, aportando beneficios importantes a la sociedad, aunque, sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran sucesos adversos con diversos grados de consecuencias dado que la complejidad asistencial no está exenta de riesgo (95), (96).

Los efectos adversos y no deseados, secundarios a la atención sanitaria, representan una importante causa de elevada morbilidad y mortalidad, debido entre otros motivos, a que los enormes avances en la práctica asistencial con la incorporación de nuevas tecnologías y de poderosas herramientas diagnósticas y terapéuticas, la han transformado en una actividad cada vez más compleja, no exenta de riesgos potenciales y que, con frecuencia, origina lesiones y daños a los pacientes, con

importantes consecuencias para ellos, para el sistema sanitario y para la sociedad (97).

La Joint Comisión Internacional, como organismo prestigiado en la acreditación de hospitales en EEUU, identifica a determinados factores contribuyentes para analizar un evento adverso entre los que destacan los factores humanos, (ratio de profesional/pacientes, turnos, fatiga, capacitación), del proceso, el equipamiento, la gestión de la información, la supervisión adecuada y el liderazgo (98), (99).

Diferentes 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 (100), (101), (102), (103), (104).

Shortell et al. (1994) vincularon los bajos niveles de rotación del personal con una menor estancia de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos (105).

Clarke et al. (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 (106).

En el informe emitido por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), como máximo órgano de representatividad profesional se indicaba que, en un estudio publicado en JAMA, el año 2002, titulado “*Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Dissatisfaction*”, se ponía en evidencia que “elevar de cuatro a seis pacientes de cirugía la carga de trabajo de una enfermera, aumentaba un 14% la probabilidad de que un paciente de *los* encomendados a esa enfermera falleciera dentro de los 30 días siguientes a su admisión”, de ahí que el CIE insista en que una dotación adecuada de enfermeras guarda relación con una disminución tanto de la mortalidad como de la morbilidad yatrogénica de los pacientes ingresados en centros asistenciales, además de disminuir los días de estancia hospitalaria, lo que salva vidas y ahorra dinero (107), (108) .

Hiroko Minami, Presidenta del CIE, vino a decir que con una dotación de personal adecuado se producen eventos adversos y de errores de medicación, infecciones del tracto urinario, caídas, neumonías entre otros, y concluye que “coeficientes elevados de pacientes por enfermera no sólo inciden de manera negativa en los resultados obtenidos en los pacientes y también impacta en los profesionales de enfermería, que pueden presentar un mayor riesgo de estrés laboral y profesional ,

insatisfacción en el trabajo y agotamiento”. Esta campaña es potencialmente inferible a nuestro entorno nacional y autonómico con la dotación de plantillas y la presión asistencial, siendo una cuestión de análisis complejo que requiere altas dosis de responsabilidad social y profesional (109), (110).

Recientemente, Needleman afirmaba que “si todos los hospitales incrementaran su plantilla de enfermeras tituladas hasta alcanzar el 25% de los hospitales con mayor dotación de enfermeras, se evitarían más de 6.700 muertes intrahospitalarias y alrededor de 60.000 eventos adversos”. En esta línea, las relaciones entre la dotación de profesionales de Enfermería que atienden a pacientes en los hospitales y los índices de infección han sido estudiados por muchos investigadores (111).

Tabla 1.- Estudios que relacionan una asociación entre plantilla de enfermeras y resultados adversos. Adaptado de Jackson et al.

Estudios	Conclusiones
Linda H. Aiken, Sean P. Clarke, Effects of Hospital Nurse Staffing on Mortality and Nurse Burnout and Job Dissatisfaction JAMA 2002	Con ratio enfermera paciente ajustado, los pacientes quirúrgicos experimentan un riesgo superior de mortalidad en 30 días,
Needleman, Jack;. Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals N Engl J Med Volume 346, 30 May 2002,	Relación entre eventos adversos, presencias enfermeras y mortalidad hospitalaria.
Aiken LH, Smith H & y Lke, ET. Lower Medicare Mortality Among a Set hospitals Known for Good Nursing Care. Medical Care, 1994;	Los hospitales magnéticos tienen una reducción de mortalidad evitable.
Lichtig LK, Knauf RA, Milholland DK. Some impacts of nursing on acute care hospital outcomes. J Nurs Admin 1999; 29: 25-33.	Más horas de cuidado-enfermera, presentan como resultado una disminución los índices de infección.

<p>American Nurses Association. Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting. Washington (DC): American Nurses Association; 2000</p>	<p>Menor ratio asociado a mayores tasas de infección.</p>
<p>Linda Aiken 2010 .Conferencia Seguridad Paciente .Ministerio Sanidad. España.</p>	<p>Dotación de enfermeras adecuada en el hospital y buenos resultados en los pacientes evitando complicaciones costosas y, por lo tanto evita largas estancias en el hospital, mayor cantidad de días en la UCI, mayor uso de procedimientos costosos de diagnóstico.</p>

Los estudios anteriores nos orientan a que una dotación correcta de enfermeras, el clima laboral favorable y una buena gestión de personas influye en los resultado en salud de los pacientes, y han asociado las cargas de trabajo con la calidad de los cuidados prestados y con problemas relacionados con la seguridad del paciente como los errores en la administración de medicación, incidencia de la infección nosocomial, úlceras por presión y caídas de los pacientes. También el déficit de enfermeras en plantilla es considerado como un problema asociado al aumento de la morbilidad y mortalidad (112), (113), (114).

La Encuesta de Población de la OCDE, España ha sido siempre catalogada como uno de los países desarrollados con más médicos y menos enfermeras, en términos relativos de población .Es una comparación internacional fiable, ya que este organismo que se basa en los datos extraídos de la Encuesta de Población Activa del Instituto Nacional de Estadística, y que, a su vez, nutre de datos a la Oficina Europea de la OMS. Destaca que nuestro país ocupa un lugar en la parte inferior de la tabla

de los países desarrollados, con una dotación de 7,54 enfermeras por cada 1.000 habitantes frente a una media de 9,56 en el resto de países de la OCDE (170).

2.7. Hospitales Magnéticos como modelo de excelencia en la prestación de cuidados enfermeros.

En EEUU, a partir de los años 90, se inició y tiene hoy día gran relevancia un programa de investigación para identificar los hospitales de “excelencia”, llamados hospitales “magnéticos”, como centros reconocidos de máxima calidad en los cuidados de enfermería. Los hospitales magnéticos están relacionados tanto con el entorno profesional de la práctica clínica enfermera, como con la satisfacción de los ciudadanos y las enfermeras (115), (116), (117), (118).

Este término hace poco que se ha colado en el discurso de la enfermería española, sin embargo tiene una larga historia en la investigación de enfermería de los Estados Unidos. A principios de la década de 1980 la literatura había identificado a un conjunto de hospitales que se diferenciaban de los demás por la reputación reconocida de contar con unos buenos cuidados de enfermería. Se trataba de centros en los que la enfermera decía trabajar mejor y con más independencia profesional, por tanto, que atraían a las enfermeras porque el entorno de trabajo era bueno. Este fue el significado original de magnético (119), (120).

Unos años más tarde las enfermeras investigadoras se dieron cuenta de que había una relación entre la calidad de los cuidados -en los Hospitales Magnéticos versus otro tipo de hospitales- y los resultados de salud medidos en los pacientes. Estos y otros hallazgos aparecen recogidos en la revisión crítica del estudio de Aiken, L. (121), (122), (123).

Este modelo de hospital magnético está siendo objeto de atención desde distintas disciplinas como la medicina del trabajo, la salud pública, la psicología, la enfermería y la gestión entre otras. Además, esta atención no es exclusiva de EEUU sino que se va extendiendo paulatinamente a nivel mundial. El impacto de este modelo no sólo ha calado en Reino Unido, destacando también Nueva Zelanda, donde el inglés es un idioma facilitador, y también se ve reflejado ya en publicaciones españolas (125).

De acuerdo con el informe de la Agencia para la Investigación de la Calidad en los Cuidados de Salud, los hospitales con bajos niveles de personal de enfermería tienden a obtener unos peores resultados en la atención a los pacientes (125), (126), (127).

Centrando el objeto de estudio, en el entorno internacional existe evidencia contrastada, donde en distintos hospitales relacionan, entre otras variables, el nº de presencias enfermeras con la calidad y seguridad de los cuidados. Hartz analizó en la revista *New England Journal de Medicine*, el porcentaje de enfermeras profesionales que junto con el ratio enfermera/paciente fue uno de los cinco mayores indicadores de predicción de los niveles de mortalidad. En la Universidad de Pensilvania, demostraron y publicaron en el año 2001 que la relación de recursos humanos enfermeros (número de presencias, ratios y formación) estaban relacionados con la calidad de los cuidados prestados a los ciudadanos, incidiendo en los resultados como mortalidad y estancia media- y también en el clima laboral y su satisfacción o no profesional, siendo el síndrome de estar quemado (“*burnout* “) el resultado peor esperado en la profesión enfermera (128), (129), (130).

2.8. Modelos de práctica enfermera.

Los Modelos de Práctica Enfermera son representaciones multidimensionales de la estructura y el contexto en los que tiene lugar el ejercicio de la práctica clínica de cualquier grupo de enfermeras y permiten comparar la información entre unidades o centros. Este concepto desarrollado a principios de los noventa ha sido ampliamente estudiado en la literatura enfermera, siendo este instrumento un documento que recoge las principales aportaciones de las investigaciones al respecto, acerca de cómo las enfermeras logran la consecución de los objetivos asistenciales, cómo son las estructuras, cómo se organizan, qué normas rigen su práctica clínica, qué valores predominan entre las enfermeras, qué niveles de comunicación tienen entre sí, con los pacientes y con el resto de profesionales, qué recursos hay disponibles y en qué contextos, qué estilos de liderazgo prevalecen, cómo es la participación en la toma de decisiones (131), (132),(133),(134).

En nuestro sistema nacional de salud tanto a nivel estatal como autonómico existe un limitado número de evidencias sobre el impacto en la calidad y seguridad del paciente y los resultados en salud relacionados con los modelos organizativos de cuidados y práctica enfermera, destacando en Cataluña y Andalucía (135), (136).

En la Comunidad Valenciana no existen estudios con evidencia contrastada sobre el impacto en la calidad y seguridad de los cuidados y los resultados en salud relacionados con los modelos organizativos en la prestación de cuidados teniendo presente la gestión de las personas como modelo de gestión organizativa que posibilite conocer los efectos sobre la calidad asistencial y seguridad del paciente.

En este marco, existe gran variabilidad así como desconocimiento de la realidad objetiva que nos ocupa, y atendiendo a los estudios referidos, cobra especial relevancia y es prioritario investigar cual es la situación de nuestra comunidad autónoma, según la percepción y conocimiento de las propias enfermeras y utilizando la encuesta *Word Index Revised* validada por Aiken, L. y adaptada a nuestro entorno ya que se ha demostrado en múltiples estudios, ser una buena herramienta de gestión para realizar un diagnóstico del contexto organizativo para la prestación de cuidados enfermeros en los centros hospitalarios (137), (138), (139), (140), (141), (142).

Linda Aiken en una reciente conferencia en nuestro país en el Ministerio de Sanidad, en el marco del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, versaba sobre Resultados en Enfermería e Implicaciones clínicas, políticas e investigación. Argumenta que el reconocimiento de los “Hospitales Magnéticos” es la mejor iniciativa basada en la evidencia para mejorar el entorno de práctica de las enfermeras y los resultados en los pacientes. Refiere que el programa del “Hospital Magnético” tiene un plan detallado para guiar la mejora del entorno de práctica y que las políticas de reducción de gastos de los hospitales deberían ser evaluadas en términos de sus efectos sobre la plantilla de enfermería. La mayoría de los países demuestran que reducir la estancia en el hospital no requiere menos enfermeras, sino más, porque la intensidad de los servicios aumenta. Además concluye que una dotación de enfermeras adecuada en el hospital es la clave para la retención de enfermeras y buenos resultados en los pacientes, evitando complicaciones costosas y, por lo tanto evita largas estancias en el hospital, mayor cantidad de días en la UCI,

mayor uso de procedimientos costosos de diagnóstico y tratamiento (143), (144), (145), (146), (147).

Por otra parte, el clima organizacional tiene influencia en la calidad de la atención y del trabajo, y refleja la percepción que tienen los profesionales de la cultura de su organización y es fácil de medir sus dimensiones y las organizaciones sanitarias no son ajenas, avalado por múltiples estudios así como en el caso singular de las enfermeras relacionando el clima laboral, la cultura organizacional, con los modelos de práctica y su relación con resultados en pacientes, destacando las dimensiones estudiadas la satisfacción, el abandono profesional, absentismo, y el potencial síndrome de “*burnout*” (148).

Se han determinado algunos factores clave del entorno de práctica que influyen en resultados positivos para pacientes y enfermeras, muchos de ellos procedentes de los estudios sobre hospitales magnéticos desarrollados a lo largo de los dos últimos decenios en EE.UU. Kramer y cols, identificaron ocho dimensiones reconocidas por las propias enfermeras como esenciales para la calidad en la atención: apoyo para la formación, ejercer junto a otras enfermeras de gran competencia clínica, relaciones positivas entre médicos y enfermeras, autonomía de la práctica enfermera, cultura centrada en el paciente, control de las enfermeras sobre su práctica, percepción de una dotación adecuada de plantilla y apoyo de los gestores enfermeros (149), (150) .

La autonomía y el control sobre la práctica han sido dos de las dimensiones más relevantes a lo largo de los múltiples estudios que se han llevado a cabo sobre este tema (151), (152), (153), (154), (155).

En los últimos 25 años se han diseñado e innovado diferentes herramientas para evaluar el entorno de práctica de la enfermera, orientados al entorno hospitalario, a través de encuestas y cuestionario (156).

2.9. Las encuestas de percepción y la investigación enfermera.

La utilización de los cuestionarios cada vez es más frecuente, tanto en el ámbito de la asistencia como en el de la investigación. Junto con las entrevistas, el cuestionario es la técnica de recogida de datos más empleada en investigación, porque es menos costosa, permite llegar a un mayor número de participantes y facilita el análisis,

aunque también puede tener otras limitaciones que pueden restar valor a la investigación desarrollada.

Las escalas de evaluación son instrumentos/cuestionarios que permiten un escalamiento acumulativo de sus ítems, dando puntuaciones globales al final de la evaluación. Habitualmente se mide a través de escalas tipo Likert. Es una escala psicométrica y es la escala de uso más amplio en encuestas para la investigación. Cuando se responde a una pregunta de un cuestionario elaborado con la técnica de Likert, se da la opción especificando el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración (elemento, ítem o reactivo). La escala debe su nombre por Rensis Likert, que publicó en 1932 un informe describiendo su uso y también ha sido llamado método de evaluaciones sumarias.

El cuestionario es un instrumento para la recogida de información, diseñado para cuantificarla y universalizarla. Tanto las entrevistas como los cuestionarios basan su información en la validez de la información verbal de percepciones, actitudes y aptitudes que transmite el encuestado, información que, en muchos casos, es difícil de contrastar y traducir a un sistema de medida, a una puntuación. Es esta característica lo que hace tan complejo establecer los criterios de calidad de este tipo de instrumentos.

El proceso de construcción y validación de un cuestionario/escala de medida es relativamente complejo y requiere el conocimiento teórico claro del aspecto que queremos medir, así como poseer conocimientos estadísticos avanzados y saber manejar programas informáticos para realizar las pruebas estadísticas. Lo que se pretende es garantizar que el cuestionario que se diseñe permita aplicar los mismos criterios de validez y fiabilidad, así como sensibilidad y especificidad que exigimos por ejemplo a un termómetro digital (157), (158), (159).

Por tanto, como todo instrumento de medida, ha de reunir las siguientes características:

1. Ser pertinente para el problema de salud que se pretende medir (teóricamente justificable), validez de contenido e intuitivamente razonable.
2. Ser válido, en el sentido de ser capaz de medir aquellas características que pretenden medir y no otras.
3. Ser fiable, preciso, es decir, con un mínimo de error en la medida.

4. Ser sensible, que sea capaz de medir cambios tanto en los diferentes individuos como en la respuesta de un mismo individuo a través del tiempo.
5. Delimitar claramente sus componentes (dimensiones), de manera que cada uno contribuya al total de la escala de forma independiente (validez de constructo).
6. Estar basado en datos generados por los propios pacientes.
7. Ser aceptado por pacientes, usuarios, profesionales e investigadores.

2.9.1. El cuestionario Nursing Work Index , como encuesta enfermera .

La realización de las encuestas se lleva a cabo con el objeto de obtener un conocimiento riguroso de la percepción y valoración que tienen las enfermeras de los hospitales de la Comunidad Valenciana y poder trasladar ese conocimiento a una herramienta de gestión interna utilizable por la propia organización, utilizando los instrumentos técnicos apropiados para ello contribuir a movilizar la organización a partir de los resultados obtenidos en la investigación, identificando problemas y puntos débiles del sistema susceptibles de resolver con la adopción de medidas apropiadas.

La disponibilidad de instrumentos válidos y fiables son de gran utilidad ya que permiten evaluar factores del entorno de práctica enfermera en las organizaciones, resulta de gran utilidad en la gestión y planificación de cuidados, así como para el desempeño profesional, y poder favorecer el entorno identificando fortalezas y debilidades para poder rediseñar e implantar acciones de mejora en el análisis de prestación de cuidados que estén influyendo en sus resultados asistenciales.

Los instrumentos y mecanismos de recogida de información se han materializado en encuestas, que se corresponden con los niveles de observación pertinentes para los objetivos de la investigación aplicada que había que realizar para satisfacer los objetivos específicos. La finalidad de estas encuestas no se reduce sólo a la obtención de opiniones de enfermeras para saber hasta que punto están satisfechos con los servicios sanitarios públicos y sus modelos organizativos. Además, estas encuestas sirven para establecer objetivos en la gestión del sistema, fijando las medidas apropiadas para elevar los niveles de satisfacción cuando sean significativamente bajos, y resolviendo los problemas causantes de las valoraciones negativas. De esta manera, la evaluación desde la perspectiva de las enfermeras no queda en un mero registro del grado de satisfacción o insatisfacción que existe con

estos servicios públicos, Por tanto, la pretensión pasa por generar un aspecto dinámico e innovador al incluir los resultados de las valoraciones en la propia gestión del sistema, como debe ser para que el esfuerzo evaluador rinda todos sus frutos. El resultado final de los trabajos que aquí se recogen constituye un ejemplo de investigación aplicada en el campo de la evaluación de políticas públicas desde la perspectiva de los ciudadanos en general y de los usuarios en particular. Así mismo, es un ejemplo de medición de la satisfacción de los usuarios con ciertos servicios públicos y de interpretación de los niveles de satisfacción en función de las variables que los determinan. Finalmente, la fortaleza de los servicios asistenciales va a depender, en gran medida de la satisfacción que los clientes internos (profesionales), además de los externos (ciudadanos perciban y de la capacidad de estos sistemas para hacer frente a las crecientes y cambiantes demandas ciudadanas. Los proyectos de incorporación de los profesionales a la gestión del sistema, mediante instrumentos como el cuestionario *Nursing Work Index* pueden contribuir de manera relevante a ello (158), (159).

A lo largo de los últimos 20 años se han propuesto múltiples instrumentos destinados a evaluar el entorno de práctica de la enfermera, la mayoría de ellos orientados al entorno hospitalario. Gershon y cols., identificaron más de una docena de distintos instrumentos diseñados para conocer variables sobre la cultura, clima y entorno de práctica de las enfermeras (21). El NWI fue planificado inicialmente a partir de un estudio en 1983 por la Academia Americana de Enfermeras, fue ratificado en 1989 por Kramer & Hafner con una rotación inicial de 65 ítems o variables. Posteriormente, experimentó una reducción a 58 ítems, y más recientemente a 31 variables objeto de estudio, que se ordenan estratégicamente en 5 dimensiones derivadas empíricamente mediante cálculos estadísticos.

EL Nursing Work Index (NWI), traducido al castellano como Índice de Trabajo Enfermero, para unas revisiones posteriores por diferentes autores, en aras de encontrar versiones más amigables y sencillas en la validación y fiabilidad. El NWI fue creado originariamente para evaluar factores relativos a la satisfacción de las enfermeras con su trabajo, la calidad de los cuidados prestados y las características organizacionales de los hospitales magnéticos (160), (161), (162).

La normalización de la escala buscaba una versión más amigable y con un componente empírico par su validación posterior. Entre las versiones más conocidas destacan el NWI-R con 57 preguntas así como la escala de entorno de práctica del NWI de 31 ítems (Practice Environment Scale of NWI, PES-NWI). El NWI fue creado originariamente para evaluar factores relativos a la satisfacción de las enfermeras con su trabajo, la calidad de los cuidados prestados y las características organizacionales de los hospitales de excelencia o magnéticos.

Es importante señalar que en el campo de la Enfermería, para hacer referencia a aspectos organizacionales que influyen en la práctica, se ha extendido el uso del término “entorno de práctica” o “entorno de trabajo” que incluye de una forma bastante heterogénea dimensiones relativas a la cultura y clima organizacional (4). Lake define este concepto como las características organizacionales de un entorno de trabajo que facilitan o dificultan la práctica profesional enfermera (20).

El NWI ha mostrado su validez y fiabilidad en multitud de estudios llevados a cabo en hospitales americanos. Ha posibilitado la asociación con una gran variabilidad de los resultados clínicos (tasas de mortalidad, estancia media y satisfacción de pacientes) y de satisfacción profesional, (Tasa de absentismo, satisfacción profesional y productividad percibida) entre hospitales e incluso entre servicios aparentemente de similares características.

La versión final de Lake (PES-NWI) desde el punto de vista de la validez, sensibilidad y especificidad es la versión que más solidez metodológica presenta. Cada vez se hace más necesario disponer de una versión del PES-NWI adaptada culturalmente a nuestro entorno, validada en múltiples centros y entornos.

En España, ha sido utilizado en diferentes estudios adaptados a nuestras características organizacionales en un estudio piloto utilizando una técnica de muestreo sistemático consecutivo de 112 enfermeros realizado por López Alonso en el año 2002 y publicado en el 2005 en el Hospital de San Cecilio en Granada (173). También se ha llevado a cabo una validación al entorno español la escala con 31 variables (3). La creciente tendencia e interés por medir las organizaciones de cuidados enfermeros ha permitido estudios con aplicabilidad en Atención Primaria buscando la identificación de diferencias y similitudes en el entorno de atención

especializada y atención primaria(163),(164),(165),(166),(167),(168),(169),(173),(174) .

El NWI es una herramienta validada, basada en una encuesta con respuestas del 1 al 5 en escala Licker y mide las siguientes áreas organizacionales:

Tabla 2: Áreas organizacionales del Nursing Work Index (NWI).

Adecuación de la dotación de personal
Capacidad de liderazgo de la dirección de enfermería
Relaciones entre enfermeras y médicos
Implicación de la enfermera en los asuntos del hospital
Iniciativas de garantía de calidad

Consciente de esta realidad, la tesis se orienta en torno al conocimiento del modelo de prestación de cuidados y de los modelos organizativos en hospitales de la Comunidad Valenciana para, estudiar las siguientes dimensiones del cuidado enfermero:

Tabla 3.-Dimensiones del cuidado enfermero-

1 Nivel de autonomía profesional entre de las enfermeras.
2 Grado de control sobre la propia práctica.
3 Relación interprofesional enfermeras y médicos.
4 Sistemas y estructuras de soporte asistencial.
5 Reconocimiento de las competencias clínicas de las enfermeras.
6 Desarrollo de otras funciones, además de la asistencial: docencia e investigación.
7 Impacto de la gestión directiva de Enfermería en la prestación de cuidados.
8 Sistemas de gestión de los recursos humanos en Enfermería.

3. OBJETIVOS.

3.1. Objetivo General.

Analizar la situación organizativa sobre la provisión de cuidados de la práctica enfermera en los centros hospitalarios de la Comunidad Valenciana, mediante el cuestionario Nursing Work Index Revised.

3.2. Objetivos Específicos.

Conocer la praxis de cuidados enfermeros en los distintos hospitales de la Comunidad Valenciana (C.V.) a través de la percepción de las enfermeras.

Definir el perfil de la enfermera en las organizaciones hospitalarias de la Comunidad Valenciana (C.V.).

Describir las fortalezas y debilidades de la práctica enfermera en los centros hospitalarios de la Comunidad Valenciana (C.V.) , comparados con los atributos de la práctica enfermera a través de la herramienta Nursing Work Index Revised.

4. MATERIAL Y MÉTODO.

4.1. Variables objeto de estudio.

Son las siguientes:

- ✓ Hospitales de la red de la Agencia Valenciana para la Salud de la Comunidad Valenciana.
- ✓ Enfermeras que ejercen su profesión en hospitales (salas de hospitalización y críticos).
- ✓ Edad.
- ✓ Sexo.
- ✓ Provincia.
- ✓ Lugar de trabajo en el ámbito de hospitalización.
- ✓ Total de camas de hospital clasificadas en rangos de < de 100, 101 a 200, 201 a 300, 301 a 400, 401 a 500, 501 a 600, y, > de 600.
- ✓ Nivel de complejidad de hospital en función del nº de camas
- ✓ Encuesta Nursing Work Index Revised

4.2. Tipo de Estudio.

La investigación que se pretende realizar es de tipo descriptivo exploratorio y transversal, donde se utilizará una encuesta de opinión validada por Aiken, L. (1), (24). Se utilizará como herramienta metodológica el cuestionario NURSING WORK INDEX-R (*traducido al castellano, Índice de trabajo enfermero*) (NWI-R) (*Anexo I*) adaptado a nuestro entorno organizativo asistencial que será sometido una prueba piloto en términos de asegurar que el lenguaje y los contenidos son relevantes para las enfermeras.

Los elementos y dominios del NWI y del NWI-R, se han empleado, entre otros, para establecer el índice de magnetismo de los hospitales estadounidenses, a través del programa de reconocimiento de la excelencia del American Nurses' Credentialing Center, denominado Magnet Recognition Program (13-15).

Las preguntas están dimensionadas y validadas con diferentes temáticas y dimensiones de estudio relacionadas con la percepción de las enfermeras de su

ambiente de trabajo y la calidad de los cuidados que son proporcionados en los hospitales en los que trabajan, recogiendo al mismo tiempo aspectos relacionados con su satisfacción laboral, planes de desarrollo profesional y sentimientos de “*burnout*”. Todas las enfermeras de la muestra recibieron un cuestionario compuesto de 57 preguntas que rellenaron de forma anónima y devolvieron al personal encargado de distribuirlo.

Este cuestionario se centra fundamentalmente, en la opinión de las enfermeras de diferentes Hospitales de la Comunidad Valenciana en función de la complejidad de los mismos, a través de un cuestionario individual autocumplimentado por enfermeras/os, acerca de los aspectos relacionados los pacientes hospitalizados que atienden las enfermeras en las diferentes áreas de hospitalización y los ratios y presencias de dichos profesionales con la percepción de la calidad de los cuidados prestados. El estudio entrevistará a enfermeras de hospitalización convencional y cuidados críticos para obtener la información acerca del clima organizativo, el número de personal de enfermería y los objetivos de cuidado de la enfermera y el paciente, sobre los efectos del personal de enfermería en términos de cuidados y la organización, los resultados en los pacientes y la retención y fidelización de enfermeras. Se excluyen por tanto las enfermeras que prestan servicios en Atención Primaria y en Hospitales donde su desempeño profesional no sea llevado en hospitalización (urgencias, consultas externas, bloques quirúrgicos, hospitales de día, entre otros).

Para facilitar la colaboración, conocimiento e implicación con el estudio, al ser multicéntrico se envía carta personalizada a la Consejería de Sanidad, así como a los Gerentes y Directores de Enfermería de los Hospitales implicados (*Anexo II*).

Los cuestionarios serán anónimos y su cumplimentación voluntaria. Además del NWI-R se incluyen otras preguntas que recogen variables sociodemográficas: edad, sexo, años de experiencia, tipo de unidad en la que trabaja, nº de camas de su unidad, y nº de camas del hospital en el que trabaja.

La recogida de datos se realiza en un formato para lector óptico, se procesarán los datos en una base de datos Excel para su análisis. Se llevará a cabo por 5 enfermeras previamente adiestradas recibiendo formación metodológica en una sesión para que la información sobre el cuestionario sea similar en todos los centros y garantizar así

la fiabilidad y validez de la misma. Estas 5 enfermeras son las que entrevistarán a la muestra del conjunto de hospitales.

4.3. Población y Muestra.

El estudio ha sido diseñado para el conjunto de hospitales públicos de la Comunidad Valenciana y la estimación total de la muestra estará condicionada por el conjunto de enfermeras existente en cada uno de los centros hospitalarios, realizándose la extracción de la muestra entre los colegiados de los Colegios de Enfermería de Alicante, Castellón y Valencia, incluyéndose en el estudio las enfermeras que presten o hayan prestado sus servicios en Unidades de hospitalización de los diferentes Hospitales tanto públicos como de gestión directa (Consorcios y Concesiones Administrativas).

El total de enfermeras que trabajan en hospitales de la Comunidad Valenciana, según fuentes consultadas en 2010 en la AVS asciende a 10.905. En este ámbito, no podemos conocer el lugar de trabajo (hospitalización, procesos ambulatorios, urgencias, hospitales de día, consultas externas) por lo que se ha decidido por garantizar una representatividad amplia, no realizar muestreo para la selección de participantes ya que en principio se pretende estudiar toda la población de enfermeras que prestan sus cuidados en el área de hospitalización a través de un corte de prevalencia los días de la realización de los cuestionarios.

Para estimar el tamaño de muestra y con el ánimo de poder proceder a establecer comparaciones con otros estudios similares realizados anteriormente, se ha tomado como referencia el valor de p y $q = 0.5$ y una precisión del 3% para estudios de prevalencia con un 0,95 nivel de confianza. Se tomarán en cuenta variables intervinientes de tipo demográfico como sexo, edad, estado civil, servicio y turno de trabajo siendo necesario un total de encuestas de 1111. Se obtuvieron 2501 encuestas dotando al estudio de una precisión del 2%.

4.4. Periodo de Estudio.

El estudio se realizará entre octubre y diciembre de 2009, y en 31 hospitales de agudos de la Comunidad Valenciana.

4.5. Ámbito del Estudio.

Hospitales gestionados por la AVS a través de sus modalidades tradicionales así como de gestión directa consorcios y concesiones administrativas en las provincias de Castellón, Valencia y Alicante de la Comunidad Valenciana.

4.6. Análisis Estadístico.

Con objeto de sistematizar la recogida de información se diseñará una base de datos en el programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 15.0. Todos los datos serán analizados y representados gráficamente utilizando el mismo programa informático. El análisis estadístico se llevará a cabo con frecuencias absolutas y relativas.

Se realizará una prueba piloto únicamente para corroborar fallas en las instrucciones de llenado de los instrumentos así como de las variables de control, dado que los instrumentos ya han sido validados. Para la recolección de datos, se capacitarán a seis encuestadores independientes con estudios profesionales de enfermería. Las enfermeras serán previamente adiestradas sobre el manejo de la información, que sería tratada de manera confidencial y anónima además de firmar su consentimiento.

Se llevará a cabo un análisis estadístico, a través de estadística descriptiva, analítica y análisis de componentes principales de la encuesta, Test de Cronbach, análisis de la varianza (ANOVA) y chi cuadrado.

5. RESULTADOS.

5.1. Análisis de datos.

En primer lugar se realizó un estudio de frecuencias y porcentajes, también se realizaron para cada una de las variables las tablas de contingencia y los gráficos correspondientes. Se realizó un análisis de fiabilidad en el que se utilizó como índice el Alfa de Cronbach.

5.2. 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.

5.3. Análisis Descriptivo.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo univariante de todas las variables estudiadas. En el análisis descriptivo se presentan los resultados de variables cualitativas con frecuencias absolutas y porcentajes, tablas y gráficos.

Contestaron enfermeras de 29 de los 31 hospitales de la Comunidad Valenciana. Los 2 hospitales que declinaron su participación fueron el Hospital de Sagunto y el Hospital Provincial de Castellón y fueron excluidos del estudio. En principio, no presentan características diferenciales para poder pensar en un posible sesgo de selección.

Tabla 4.- Estadística descriptivas de las enfermeras entrevistadas según el sexo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	femenino	1863	74,5	85,3	85,3
	masculino	320	12,8	14,7	100,0
Total		2183	87,3	100,0	
Perdidos	Sistema	318	12,7		
Total		2501	100,0		

La población entrevistada es mayoritariamente de sexo femenino el 85,3 %, siendo el 14,7% masculino. El total de casos válidos de enfermeras entrevistadas asciende a 2183, siendo en porcentaje al 87,3%, habiéndose desestimado 318, el 12,7%, sobre un total de 2.501 enfermeras entrevistadas, siendo el 12,4 %.

Tabla 5.- Estadística descriptivas de las enfermeras entrevistadas según la provincia.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alicante	1273	50,9	50,9	50,9
	Castellón	100	4,0	4,0	54,9
	Valencia	1128	45,1	45,1	100,0
	Total	2501	100,0	100,0	

La distribución de la muestra arroja resultados por enfermeras entrevistadas y provincia de desarrollo profesional, destacando Alicante con un 50,9%, Valencia con un 45,1% y Castellón con un 4%.

Tabla 6.- Estadística descriptivas de las enfermeras entrevistadas según la edad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	20	1	0,0	0,0	0,0
	21	11	0,4	0,5	0,5
	22	19	0,8	0,8	1,3
	23	38	1,5	1,6	2,8
	24	46	1,8	1,9	4,7
	25	71	2,8	2,9	7,7
	26	89	3,6	3,7	11,3
	27	77	3,1	3,2	14,5
	28	85	3,4	3,5	18,0
	29	86	3,4	3,5	21,5
	30	106	4,2	4,4	25,9
	31	87	3,5	3,6	29,5
	32	95	3,8	3,9	33,4
	33	75	3,0	3,1	36,5
	34	91	3,6	3,7	40,2
	35	93	3,7	3,8	44,0
	36	87	3,5	3,6	47,6
	37	58	2,3	2,4	50,0
	38	63	2,5	2,6	52,6
	39	62	2,5	2,6	55,1
40	72	2,9	3,0	58,1	
41	48	1,9	2,0	60,1	
42	76	3,0	3,1	63,2	
43	64	2,6	2,6	65,8	
44	51	2,0	2,1	67,9	
45	64	2,6	2,6	70,6	
46	50	2,0	2,1	72,6	
47	35	1,4	1,4	74,1	
48	45	1,8	1,9	75,9	
49	69	2,8	2,8	78,8	

	50	73	2,9	3,0	81,8
	51	61	2,4	2,5	84,3
	52	61	2,4	2,5	86,8
	53	78	3,1	3,2	90,0
	54	62	2,5	2,6	92,6
	55	51	2,0	2,1	94,7
	56	37	1,5	1,5	96,2
	57	23	0,9	0,9	97,1
	58	12	0,5	0,5	97,6
	59	13	0,5	0,5	98,1
	60	10	0,4	0,4	98,6
	61	10	0,4	0,4	99,0
	62	6	0,2	0,2	99,2
	63	10	0,4	0,4	99,6
	64	5	0,2	0,2	99,8
	65	3	0,1	0,1	100,0
	66	1	0,0	0,0	100,0
	Total	2430	97,2	100,0	
Perdidos	Sistema	71	2,8		
Total		2501	100,0		

Sobre la edad de los profesionales, el 56,6% tienen entre 30 y 40 años y el 36,7 entre 40 y 50 años. La edad media es de 38,90 y una desviación típica 10,74.

Tabla 7.- Estadística descriptivas de las enfermeras entrevistadas según el grupo de edad y años de experiencia.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1-5	440	17,6	17,6	17,6
	6-10	568	22,7	22,7	40,3
	11-15	409	16,4	16,4	56,7
	16-20	387	15,5	15,5	72,1
	>20	697	27,9	27,9	100,0
	Total	2501	100,0	100,0	

El 27,9% de las enfermeras de la Comunidad Valenciana presenta más de 20 años de experiencia profesional, y posteriormente el 22,7% que tienen entre 6 y 10 años de experiencia.

Tabla 8.- Estadística descriptivas de las enfermeras entrevistadas según el tamaño del hospital, de acuerdo al número de camas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	< de 100	131	5,2	5,8	5,8
	entre 101 y 200	195	7,8	8,7	14,5
	entre 201 y 300	471	18,8	20,9	35,4
	entre 301 y 400	322	12,9	14,3	49,7
	entre 401 y 500	381	15,2	16,9	66,6
	entre 501 y 600	319	12,8	14,2	80,7
	> de 600	434	17,4	19,3	100,0
	Total	2253	90,1	100,0	
Perdidos	Sistema	248	9,9		
Total		2501	100,0		

El 18,8% desempeñan su labor profesional en hospitales entre 200 y 300 camas, seguido muy de cerca por hospitales de más de 600 camas con un 17,4%.

Tabla 9.- Estadística descriptivas de las enfermeras entrevistadas según el tipo de servicio al que pertenecen.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Medica	1102	44,1	44,1	44,1
	Quirúrgica	651	26,0	26,0	70,1
	Críticos	551	22,0	22,0	92,1
	Otros	35	1,4	1,4	93,5
	NS/NC	162	6,5	6,5	100,0
	Total	2501	100,0	100,0	

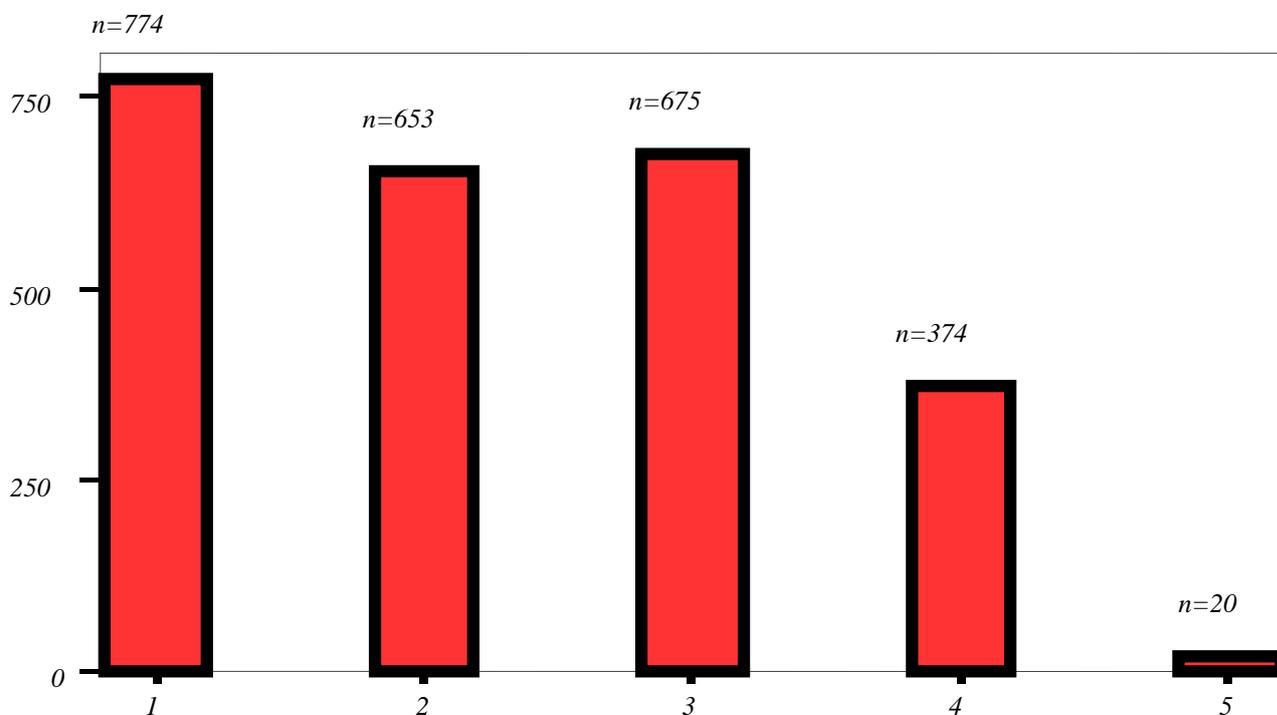
El 44,1% de enfermeras trabajan en unidades de enfermería con pacientes de hospitalización médica.

Tabla 10.- Estadística descriptivas de las enfermeras entrevistadas según las respuestas a:

Tabla10.1.- Hay servicios de apoyo asistencial adecuado.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	774	30,9	31,0	31,0
	Moderadamente en desacuerdo	653	26,1	26,2	57,2
	Moderadamente de acuerdo	675	27,0	27,0	84,2
	Totalmente de acuerdo	374	15,0	15,0	99,2
	No sabe, no contesta	20	,8	,8	100,0
Total		2496	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	5	0,2		
Total		2501	100,0		

Gráfico 1.- Hay servicios de apoyo asistencial.

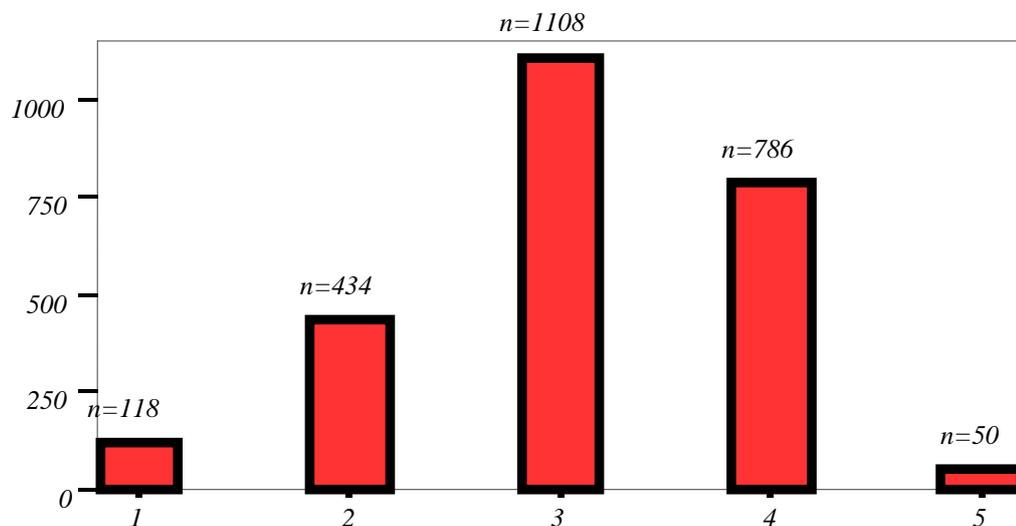


El 42 % de las enfermeras refieren estar de acuerdo en la existencia de servicios de apoyo asistencial. Por el contrario, el 57% manifiestan su desacuerdo. Entendemos apoyo asistencial a los servicios generales (mantenimiento, cocina, limpieza, etc.).

Tabla10.2.- Hay un número suficiente de enfermeras para proporcionar cuidados adecuados.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	40	1,6	1,6	1,6
	Moderadamente en desacuerdo	173	6,9	6,9	8,5
	Moderadamente de acuerdo	841	33,6	33,7	42,3
	Totalmente de acuerdo	1334	53,3	53,5	95,7
	No sabe, no contesta	106	4,2	4,3	100,0
Perdidos	Total Sistema	2494	99,7	100,0	
		7	0,3		
Total		2501	100,0		

Gráfico 2.- Hay un número suficiente de enfermeras para proporcionar cuidados adecuados.

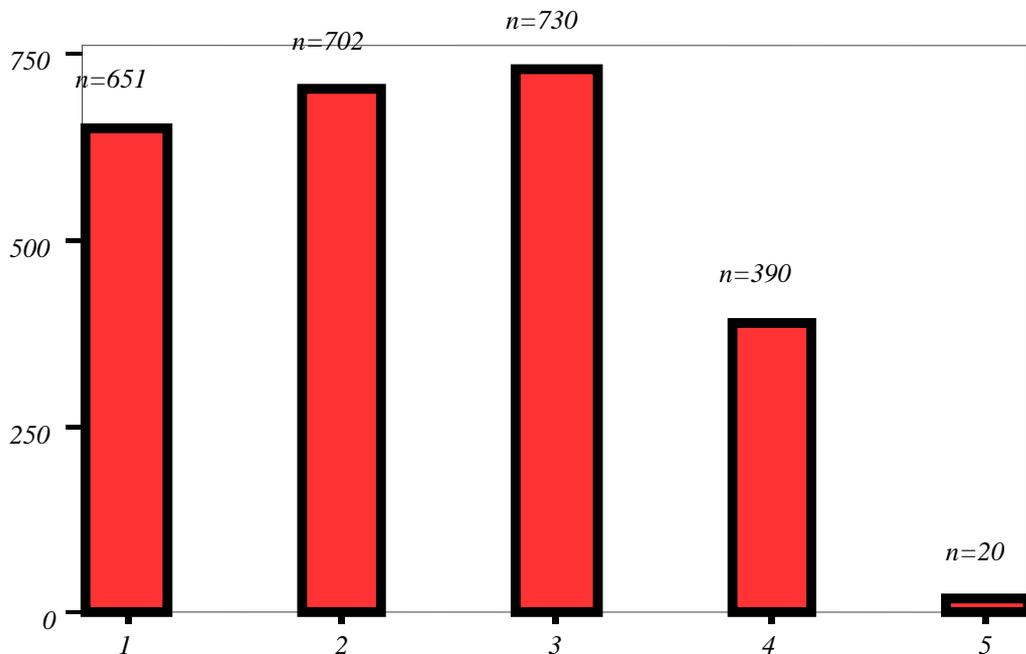


El 87,2% de las enfermeras perciben que hay suficiente plantilla para llevar a cabo una prestación de cuidados de calidad. El 8,5% manifiesta estar disconforme con la adecuación de plantilla para proporcionar cuidados adecuados.

Tabla 10.3.-Se trabaja con enfermeras de gran competencia clínica.

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	en	651	26,0	26,1	26,1
	Moderadamente en desacuerdo	en	702	28,1	28,2	54,3
	Moderadamente de acuerdo	de	730	29,2	29,3	83,6
	Totalmente de acuerdo	de	390	15,6	15,6	99,2
	No sabe, no contesta	no	20	,8	,8	100,0
Total			2493	99,7	100,0	
Perdidos	Sistema		8	0,3		
Total			2501	100,0		

Gráfico 3.-Se trabaja con enfermeras de gran competencia clínica.



El 44,9 % perciben que los profesionales de enfermería de la Comunidad Valenciana están profesionalmente competentes y tienen aptitudes y competencia para el buen desempeño clínico de su profesión. Por el contrario, el 54,1% manifiesta estar en desacuerdo.

Tabla10.4.-Hay personal suficiente para realizar el trabajo.

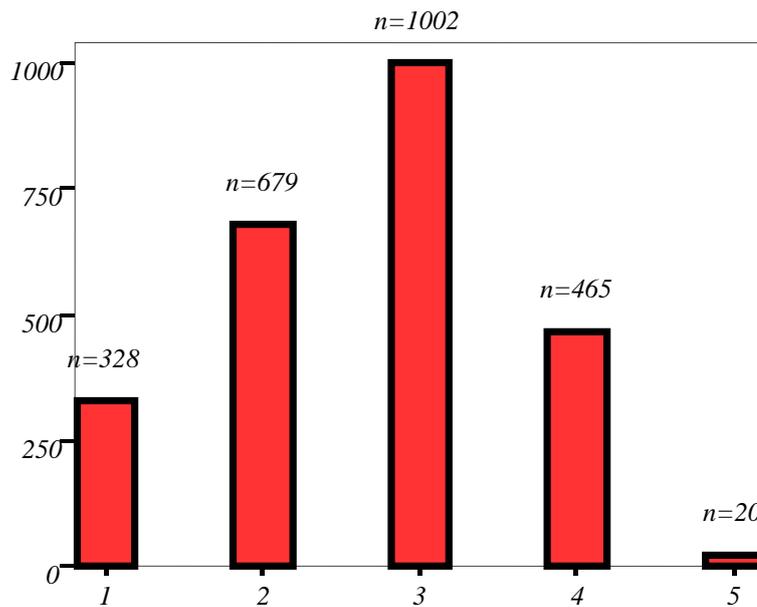
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	118	4,7	4,7	4,7
	Moderadamente en desacuerdo	434	17,4	17,4	22,1
	Moderadamente de acuerdo	1108	44,3	44,4	66,5
	Totalmente de acuerdo	786	31,4	31,5	98,0
	No sabe, no contesta	50	2,0	2,0	100,0
	Total	2496	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	5	0,2		
Total		2501	100,0		

El 75,7% de las enfermeras entrevistadas refieren estar de acuerdo con la suficiencia de personal para realizar el trabajo. El 22,1% de los entrevistados manifiestan que no están de acuerdo.

Tabla10.5.-Entre los médicos y las enfermeras hay buenas relaciones de trabajo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	328	13,1	13,2	13,2
	Moderadamente en desacuerdo	679	27,1	27,2	40,4
	Moderadamente de acuerdo	1002	40,1	40,2	80,6
	Totalmente de acuerdo	465	18,6	18,6	99,2
	No sabe, no contesta	20	,8	,8	100,0
	Total	2494	99,7	100,0	
Perdidos	Sistema	7	0,3		
Total		2501	100,0		

Gráfico 4.- Existen buenas relaciones de trabajo entre médicos y enfermeras.

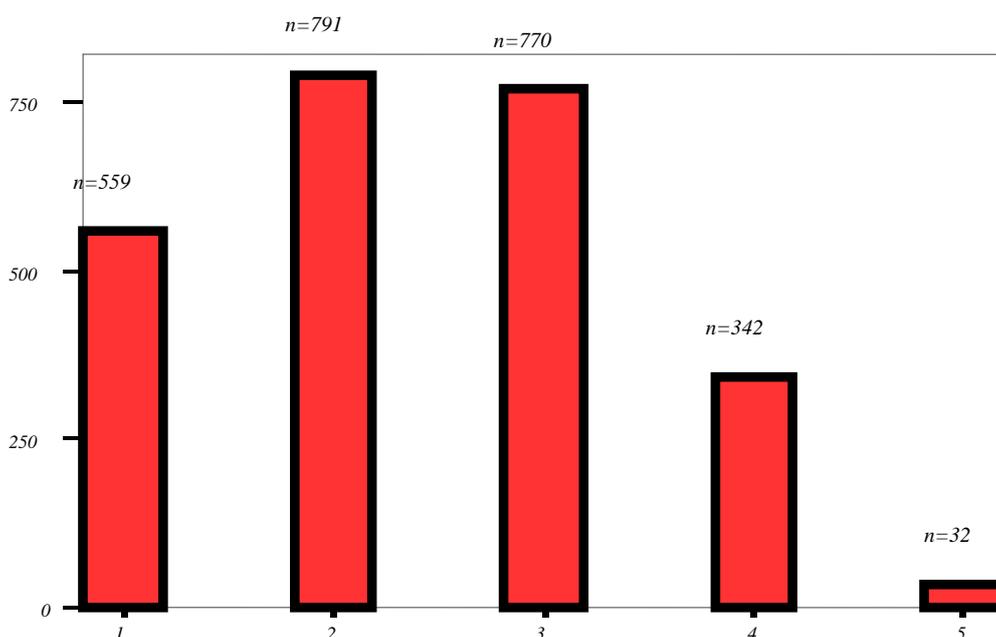


Las relaciones laborales entre profesionales, fundamentalmente médicos y enfermeras, son percibidas por las enfermeras de la Comunidad Valenciana como buenas y muy buenas en un 58,8% y un 40,4% opina que no son buenas.

Tabla 10.6.-Las enfermeras y los médicos trabajan en equipo.

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	en	559	22,4	22,4	22,4
	Moderadamente en desacuerdo	en	791	31,6	31,7	54,1
	Moderadamente de acuerdo	de	770	30,8	30,9	85,0
	Totalmente de acuerdo	de	342	13,7	13,7	98,7
	No sabe, no contesta		32	1,3	1,3	100,0
Total			2494	99,7	100,0	
Perdidos	Sistema		7	0,3		
Total			2501	100,0		

Gráfico 5.-Las enfermeras y los médicos trabajan en equipo.



Estudiada la dimensión del trabajo interdisciplinar a través del trabajo en equipo, entre médicos y enfermeras, el 54,1% percibe que no se trabaja en equipo, estando de acuerdo con este argumento el 44,6 % de las enfermeras entrevistadas.

Tabla10.7.-La práctica entre médicos y enfermeras está basada en la colaboración simétrica.

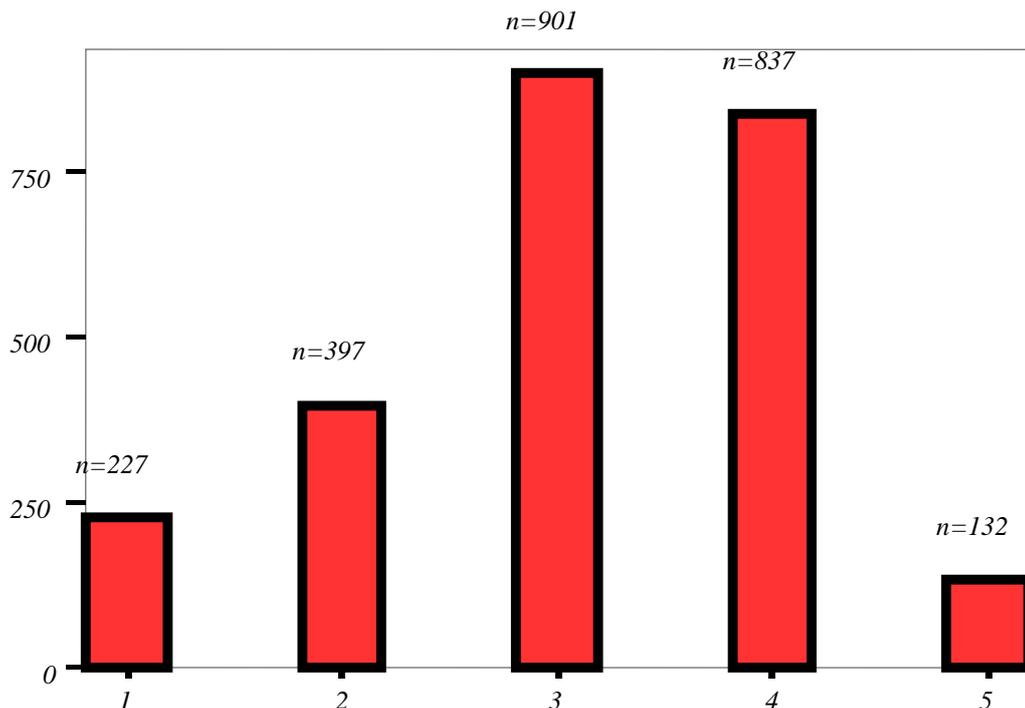
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	237	9,5	9,5	9,5
	Moderadamente en desacuerdo	376	15,0	15,1	24,6
	Moderadamente de acuerdo	869	34,7	34,9	59,4
	Totalmente de acuerdo	947	37,9	38,0	97,4
	No sabe, no contesta	64	2,6	2,6	100,0
	Total	2493	99,7	100,0	
Perdidos	Sistema	8	0,3		
Total		2501	100,0		

Entre los grupos profesionales estudiados, la percepción de las enfermeras de trabajo en colaboración simétrica con los médicos es afirmativa en un 72,6%, siendo el 24,9 % de las enfermeras entrevistadas las que están en desacuerdo.

Tabla 10.8.- Los jefes de equipo son receptivos, apoyan y asesoran a las enfermeras.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	227	9,1	9,1	9,1
	Moderadamente en desacuerdo	397	15,9	15,9	25,0
	Moderadamente de acuerdo	901	36,0	36,1	61,1
	Totalmente de acuerdo	837	33,5	33,6	94,7
	No sabe, no contesta	132	5,3	5,3	100,0
	Total	2494	99,7	100,0	
Perdidos	Sistema	7	0,3		
Total		2501	100,0		

Gráfico 6.- Los jefes de equipo son receptivos, apoyan a las enfermeras en los problemas o procedimientos de cuidados en el día a día.

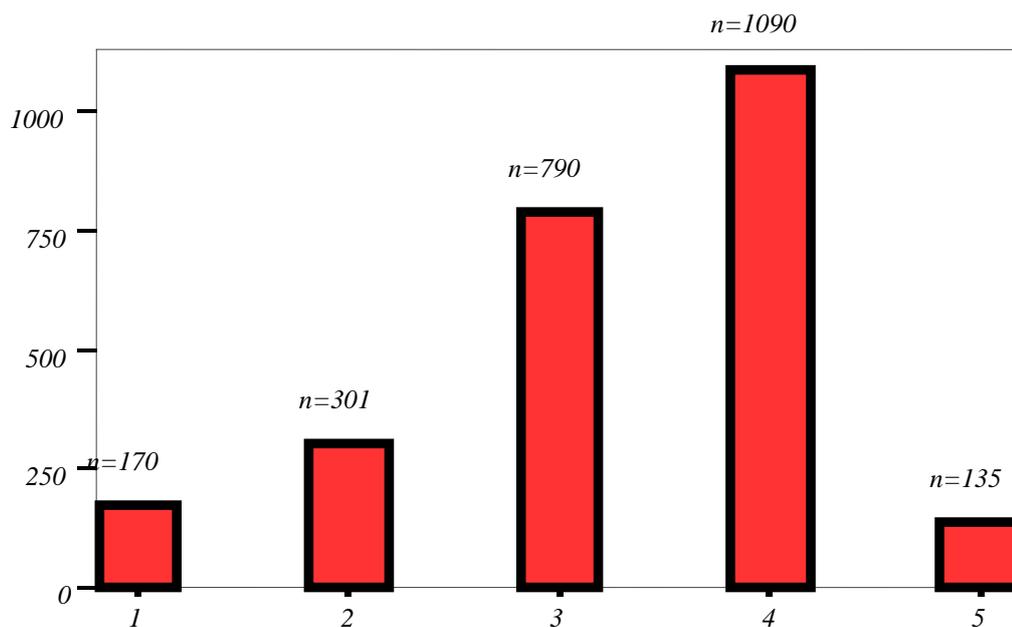


El 69,5 % de las enfermeras de la Comunidad Valenciana objetivan que sus jefes de equipo (supervisores de enfermería) son receptivos y les dan apoyo en los problemas o procedimientos de cuidados, en el trabajo diario.

Tabla 10.9.- Los jefes de equipo utilizan los errores como una oportunidad de mejora.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	170	6,8	6,8	6,8
	Moderadamente en desacuerdo	301	12,0	12,1	18,9
	Moderadamente de acuerdo	790	31,6	31,8	50,7
	Totalmente de acuerdo	1090	43,6	43,8	94,6
	No sabe, no contesta	135	5,4	5,4	100,0
	Total	2486	99,4	100,0	
Perdidos	Sistema	15	0,6		
Total		2501	100,0		

Gráfico 7.- Los jefes de equipo utilizan los errores como oportunidad de mejora.

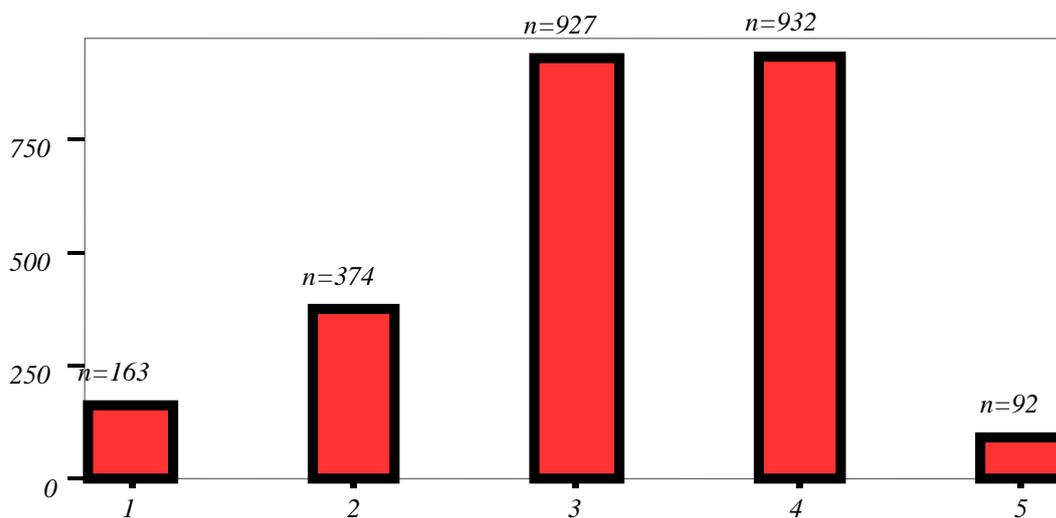


La percepción de la mejora aprovechando los errores como oportunidad de mejora es valorada positivamente en el 75,2% destacando que los jefes llevan a cabo esta dimensión objeto de estudio. Por otra parte, el 18,8% son contrarios a esta opinión.

Tabla 10.10.- Los jefes de equipo son buenos gestores y buenos líderes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	163	6,5	6,6	6,6
	Moderadamente en desacuerdo	374	15,0	15,0	21,6
	Moderadamente de acuerdo	927	37,1	37,3	58,8
	Totalmente de acuerdo	932	37,3	37,5	96,3
	No sabe, no contesta	92	3,7	3,7	100,0
	Total	2488	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	13	0,5		
Total		2501	100,0		

Gráfico 8.- Los jefes de equipo son buenos gestores y líderes.



El liderazgo y buena gestión de los supervisores de enfermería es valorado positivamente en un 74,4 %, estando valorado negativamente por el 21,5%.

Tabla10.11.-Los jefes de equipo apoyan a la enfermera en la toma de decisiones.

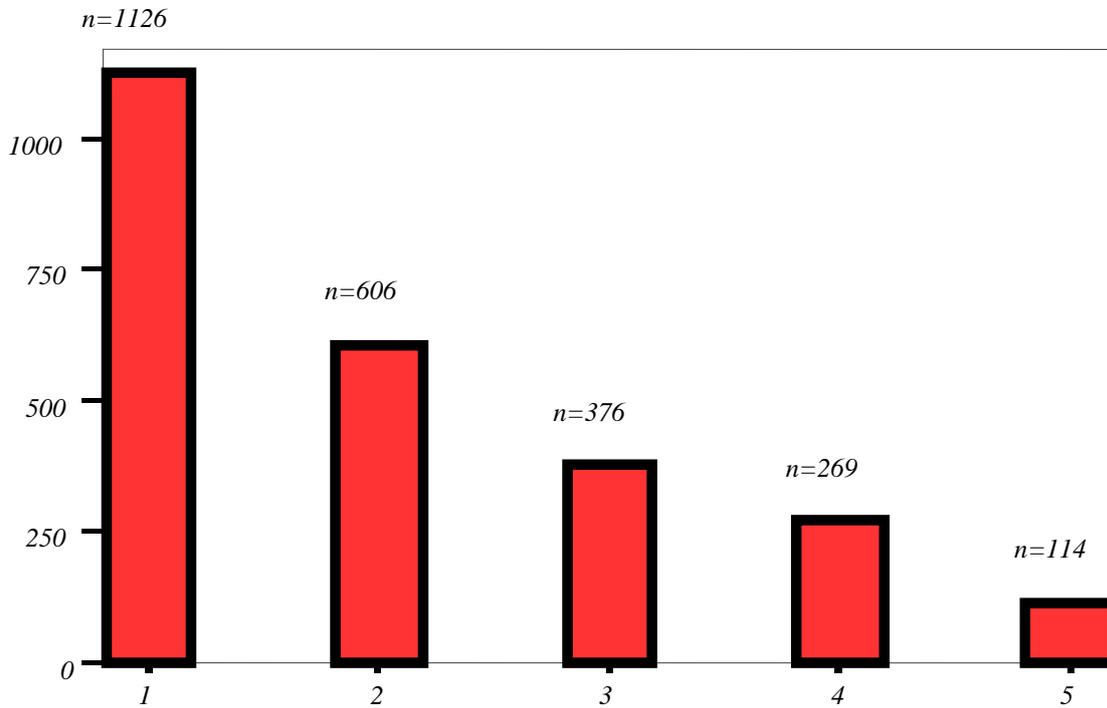
			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	en	277	11,1	11,1	11,1
	Moderadamente en desacuerdo	en	506	20,2	20,3	31,4
	Moderadamente de acuerdo	de	848	33,9	34,0	65,4
	Totalmente de acuerdo	de	782	31,3	31,4	96,8
	No sabe, no contesta		80	3,2	3,2	100,0
	Total		2493	99,7	100,0	
Perdidos	Sistema		8	0,3		
Total			2501	100,0		

Las enfermeras perciben apoyo de sus jefes en un 65,2% estando en desacuerdo el 31,3%.

Tabla10.12.-Hay un programa de formación continuada y es accesible para las enfermeras.

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo		1126	45,0	45,2	45,2
	Moderadamente en desacuerdo		606	24,2	24,3	69,5
	Moderadamente de acuerdo		376	15,0	15,1	84,6
	Totalmente de acuerdo	de	269	10,8	10,8	95,4
	No sabe, no contesta	no	114	4,6	4,6	100,0
	Total		2491	99,6	100,0	
Perdidos	Sistema		10	0,4		
Total			2501	100,0		

Gráfico 9.-Hay un programa de formación continuada y es accesible a las enfermeras.

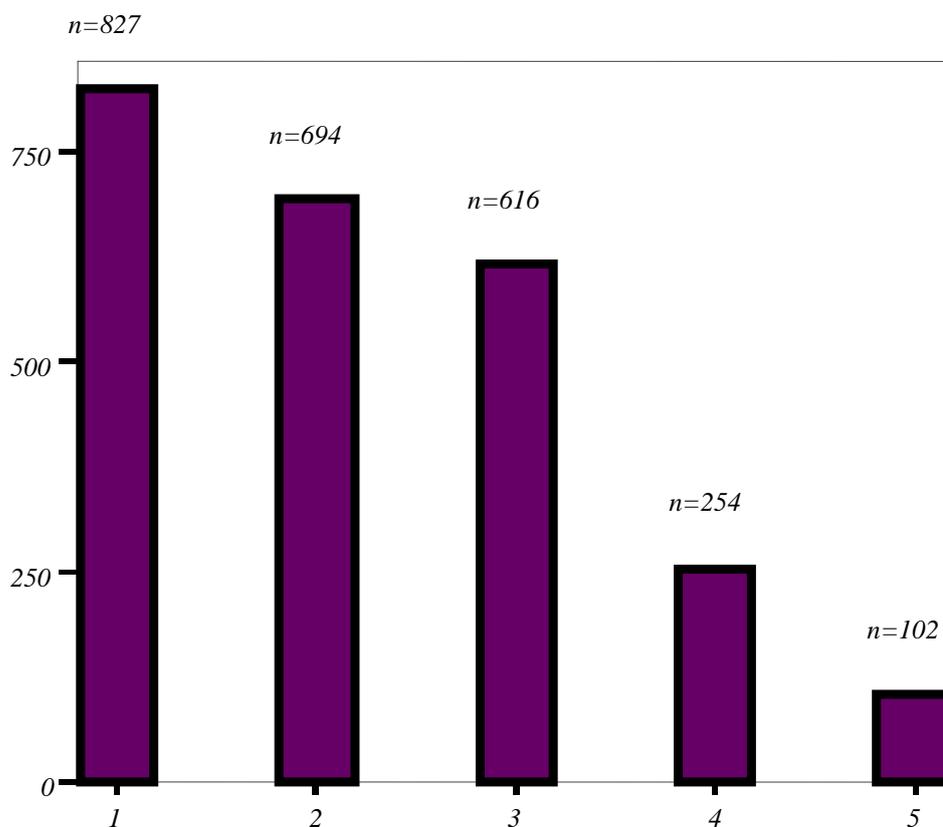


El 69,2 % de las enfermeras contestan que no existe un programa de formación continuada accesible. Por el contrario, el 25,8 si cree que hay accesibilidad a la formación continuada.

Tabla10.13.-Existe un programa formal de tutorización de enfermeras de nueva incorporación, por parte de enfermeras más expertas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	827	33,1	33,2	33,2
	Moderadamente en desacuerdo	694	27,7	27,8	61,0
	Moderadamente de acuerdo	616	24,6	24,7	85,7
	Totalmente de acuerdo	254	10,2	10,2	95,9
	No sabe, no contesta	102	4,1	4,1	100,0
	Total	2493	99,7	100,0	
Perdidos	Sistema	8	0,3		
Total		2501	100,0		

Gráfico 10.- Existe un programa de tutorización de enfermeras de nueva incorporación, por parte de enfermeras más expertas.



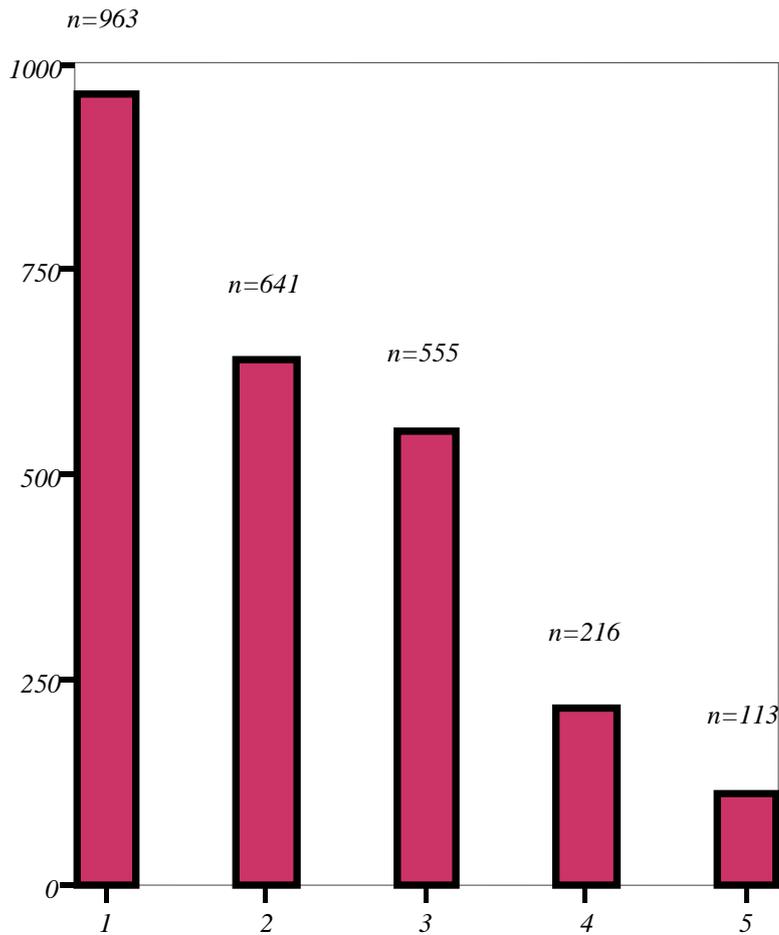
El 60,8% de las enfermeras refiere que no perciben la existencia de un programa de tutorización formal en las organizaciones hospitalarias. El 30,8% si están de acuerdo con la existencia de un programa de tutorización a profesionales de nueva incorporación.

Tabla 10.14.- Hay oportunidades de ir obteniendo un mayor grado de responsabilidad en la toma de decisiones de acuerdo con los conocimientos y habilidades adquiridas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	963	38,5	38,7	38,7
	Moderadamente en desacuerdo	641	25,6	25,8	64,5
	Moderadamente de acuerdo	555	22,2	22,3	86,8
	Totalmente de	216	8,6	8,7	95,5

	acuerdo				
	No sabe, no contesta	113	4,5	4,5	100,0
	Total	2488	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	13	0,5		
Total		2501	100,0		

Gráfico 11.- Hay oportunidades de mayor responsabilidad en la toma de decisiones.

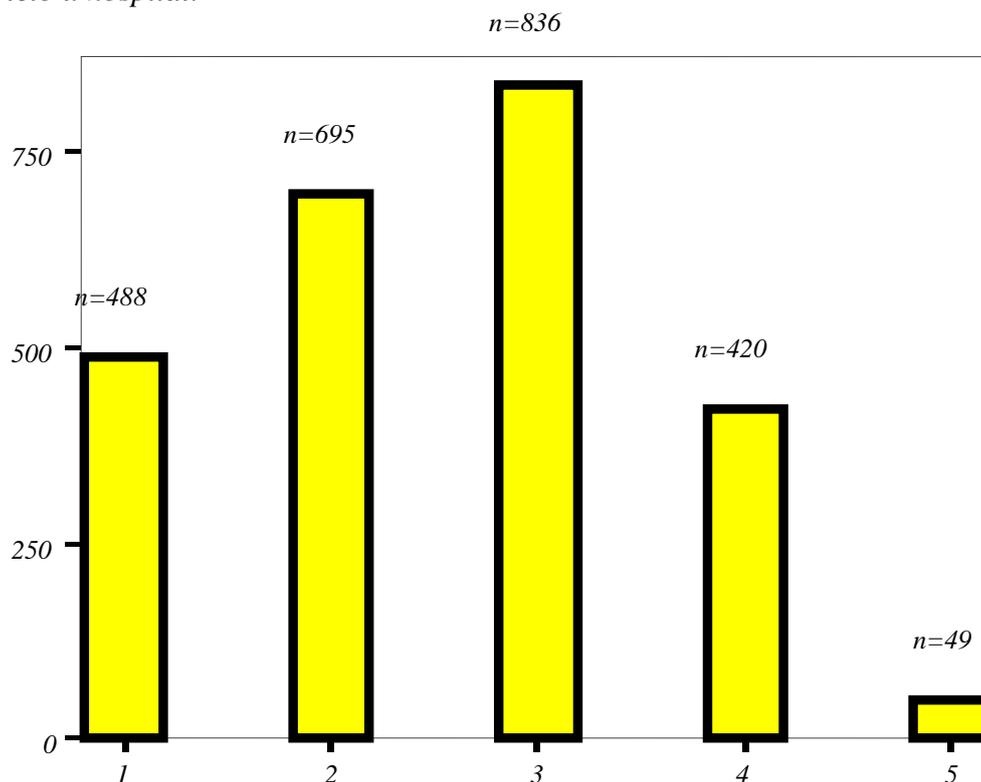


El 74,5% considera que no existen oportunidades para asumir mayor responsabilidad en la toma de decisiones. El 31% por el contrario contesta afirmativamente sobre la oportunidad de mayor responsabilidad en la toma de decisiones.

Tabla 10.15.- Hay oportunidades de participación en el establecimiento de las políticas que se desarrollan en el servicio u hospital.

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	en	488	19,5	19,6	19,6
	Moderadamente en desacuerdo	en	695	27,8	27,9	47,5
	Moderadamente de acuerdo	de	836	33,4	33,6	81,1
	Totalmente de acuerdo	de	420	16,8	16,9	98,0
	No sabe, no contesta		49	2,0	2,0	100,0
	Total		2488	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema		13	0,5		
Total			2501	100,0		

Gráfico 12.- Hay oportunidades de participación en políticas que se desarrollan en el servicio u hospital.

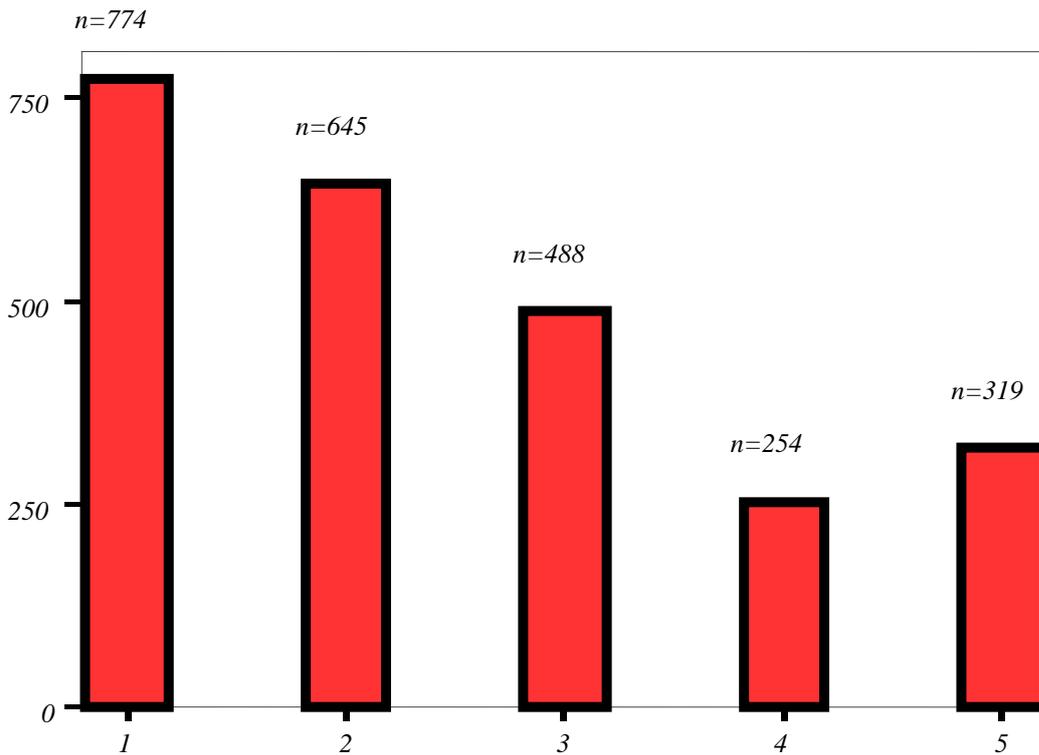


El 47,5% de las enfermeras no considera que existan oportunidades de participación en políticas del servicio o del hospital. El 50,5% refiere que existen oportunidades de participación.

Tabla 10.16.-Se reconoce el trabajo bien hecho.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	774	30,9	31,2	31,2
	Moderadamente en desacuerdo	645	25,8	26,0	57,2
	Moderadamente de acuerdo	488	19,5	19,7	76,9
	Totalmente de acuerdo	254	10,2	10,2	87,1
	No sabe, no contesta	319	12,8	12,9	100,0
Perdidos	Total Sistema	2480	99,2	100,0	
Total		2501	100,0		

Gráfico 13.-Se reconoce el trabajo bien hecho.

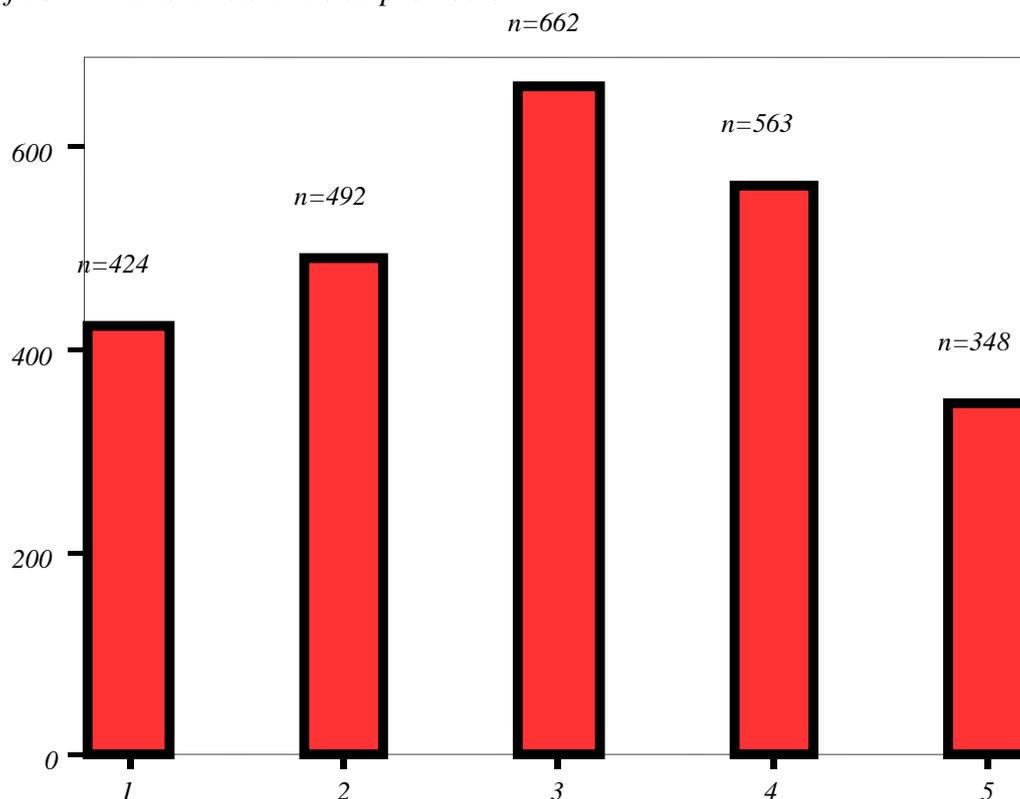


El 56,7% de las enfermeras refiere que no se reconoce el trabajo bien hecho. El 29,9% por el contrario, contestan afirmativamente y se reconoce el trabajo bien hecho. El 12,9 % no sabe o no contesta.

Tabla 10.17.-Existen sistemas de promoción.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	424	17,0	17,0	17,0
	Moderadamente en desacuerdo	492	19,7	19,8	36,8
	Moderadamente de acuerdo	662	26,5	26,6	63,4
	Totalmente de acuerdo	563	22,5	22,6	86,0
	No sabe, no contesta	348	13,9	14,0	100,0
	Total	2489	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	12	0,5		
Total		2501	100,0		

Gráfico 14.- Existen sistemas de promoción.



El 36,8 manifiesta que no existen sistemas de promoción y el 49,2 refiere que si y el 14% no sabe o no contesta.

Tabla10.18.-Hay enfermeras asistenciales que participan de una manera activa y formal en la gestión interna del hospital.

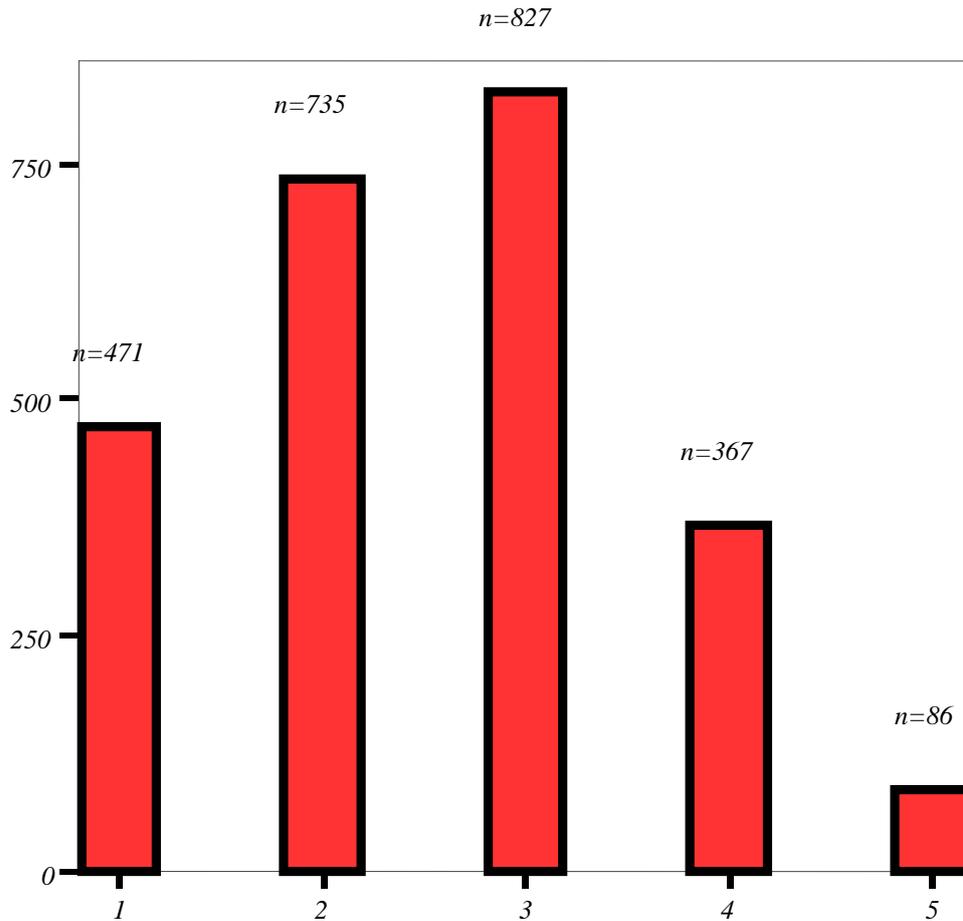
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	329	13,2	13,2	13,2
	Moderadamente en desacuerdo	527	21,1	21,2	34,4
	Moderadamente de acuerdo	885	35,4	35,5	69,9
	Totalmente de acuerdo	668	26,7	26,8	96,7
	No sabe, no contesta	81	3,2	3,3	100,0
	Total	2490	99,6	100,0	
Perdidos	Sistema	11	0,4		
Total		2501	100,0		

EL 62,3% de las enfermeras consideran que participan en la gestión interna del hospital. El 34,2% refieren que no participan en los procesos organizativos del hospital.

Tabla10.19.-Hay oportunidades para discutir, con otras enfermeras, problemas asociados a la atención de los pacientes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	471	18,8	18,9	18,9
	Moderadamente en desacuerdo	735	29,4	29,6	48,5
	Moderadamente de acuerdo	827	33,1	33,3	81,8
	Totalmente de acuerdo	367	14,7	14,8	96,5
	No sabe, no contesta	86	3,4	3,5	100,0
	Total	2486	99,4	100,0	
Perdidos	Sistema	15	0,6		
Total		2501	100,0		

Gráfico 14.- Hay oportunidades para discutir, con otras enfermeras, problemas asociados a la atención de los pacientes.



El 47,8% de las enfermeras contesta que tienen oportunidad de comentar y discutir con colegas los problemas asociados a la atención de los pacientes. Por otra parte, el 48,5% percibe lo contrario, la falta de oportunidades para comentar con otras colegas los problemas de los pacientes.

Tabla 10.20.- Hay una misma manera de entender la enfermería que impregna el entorno de trabajo (filosofía, misión).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	423	16,9	17,0	17,0
	Moderadamente en desacuerdo	646	25,8	26,0	42,9
	Moderadamente de acuerdo	762	30,5	30,6	73,6
	Totalmente de acuerdo	395	15,8	15,9	89,4

	No sabe, no contesta	263	10,5	10,6	100,0
	Total	2489	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	12	0,5		
Total		2501	100,0		

El 43 % contesta negativamente sobre una manera única de entender la enfermería en cuanto a la filosofía y misión, mientras que el 46,5 % atribuye que si existe una manera única de interiorizar la misión, y que se impregna en el centro de trabajo. El 10,6% no sabe o no contesta.

Tabla 10.21.-Hay un programa en activo que facilita la mejora continua de la calidad.

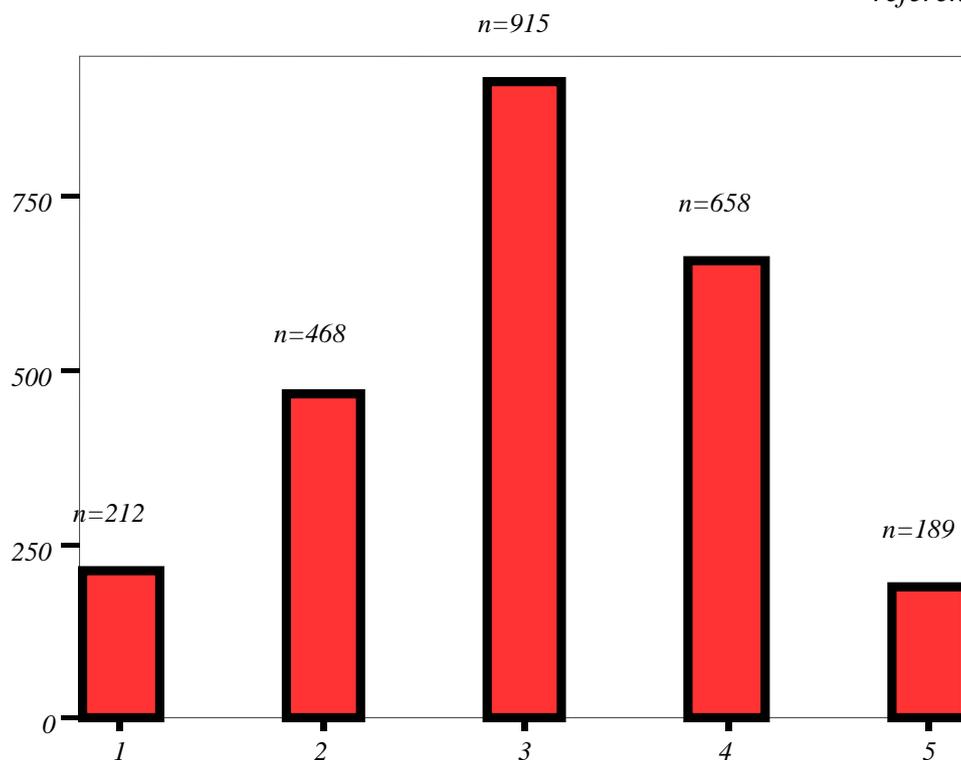
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	388	15,5	15,6	15,6
	Moderadamente en desacuerdo	575	23,0	23,1	38,7
	Moderadamente de acuerdo	842	33,7	33,8	72,5
	Totalmente de acuerdo	540	21,6	21,7	94,3
	No sabe, no contesta	143	5,7	5,7	100,0
	Total	2488	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	13	0,5		
Total		2501	100,0		

El 55,5% de las enfermeras identifican la existencia de un programa de mejora continua de calidad. Por el contrario el 38,7% no considera que conozca o perciba un programa de mejora y gestión de calidad de las organizaciones sanitarias.

Tabla 10.22.-La prestación de cuidados se basa en un modelo de enfermería de referencia.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	702	28,1	28,2	28,2
	Moderadamente en desacuerdo	547	21,9	22,0	50,2
	Moderadamente de acuerdo	615	24,6	24,7	74,9
	Totalmente de acuerdo	556	22,2	22,4	97,3
	No sabe, no contesta	67	2,7	2,7	100,0
	Total	2487	99,4	100,0	
Perdidos	Sistema	14	0,6		
Total		2501	100,0		

Gráfico 15.- Sistema de prestación de cuidados basado en un modelo de enfermera de referencia.



La prestación de cuidados basado en un modelo de enfermería de referencia es percibido positivamente por el 47,1% de las enfermeras, mientras que el 50,2% percibe que no existe un sistema basado en este modelo.

Tabla 10.23.-Existe un plan de cuidados escrito para cada paciente.

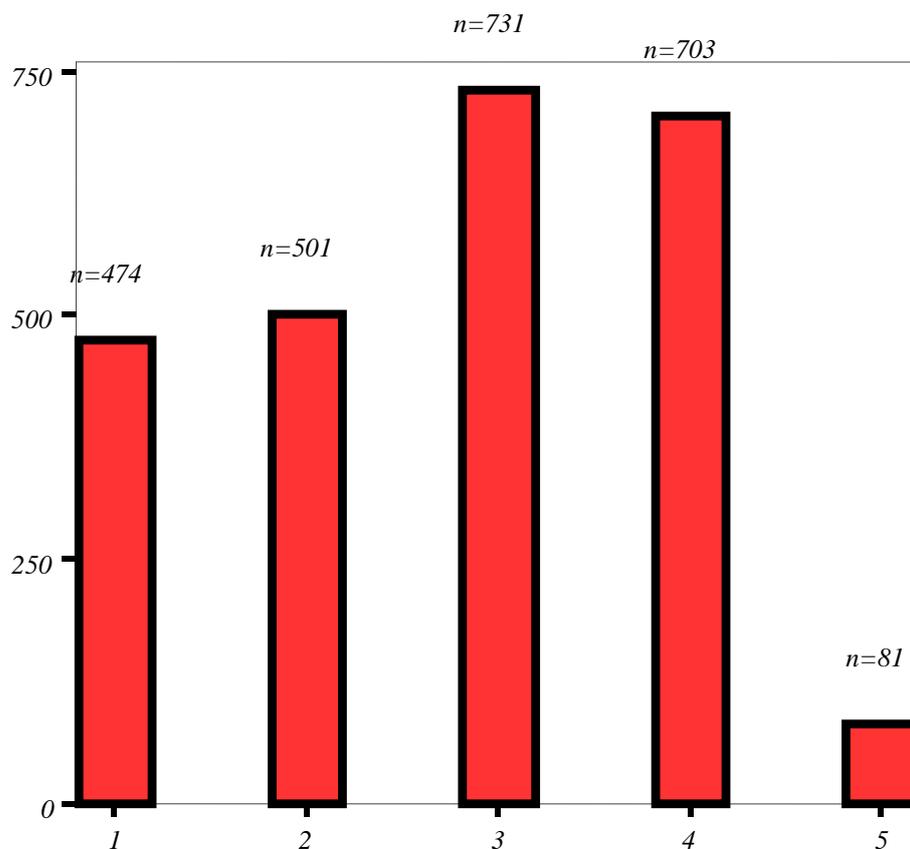
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	834	33,3	33,5	33,5
	Moderadamente en desacuerdo	644	25,7	25,9	59,4
	Moderadamente de acuerdo	610	24,4	24,5	83,9
	Totalmente de acuerdo	305	12,2	12,2	96,1
	No sabe, no contesta	97	3,9	3,9	100,0
	Total	2490	99,6	100,0	
Perdidos	Sistema	11	0,4		
Total		2501	100,0		

Sobre la existencia de un plan de cuidados escrito por paciente hospitalizado, el 36,7% contestan afirmativamente. Por el contrario, el 59,4% refiere la inexistencia de los mismos en su implantación. Además el 3,9% no sabe o no contesta.

Tabla 10.24.-Se utilizan correctamente los diagnósticos de enfermería, diferenciándolos de los problemas interdependientes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	474	19,0	19,0	19,0
	Moderadamente en desacuerdo	501	20,0	20,1	39,2
	Moderadamente de acuerdo	731	29,2	29,4	68,5
	Totalmente de acuerdo	703	28,1	28,2	96,7
	No sabe, no contesta	81	3,2	3,3	100,0
	Total	2490	99,6	100,0	
Perdidos	Sistema	11	0,4		
Total		2501	100,0		

Gráfico 16.-Se utilizan correctamente los diagnósticos de enfermería.

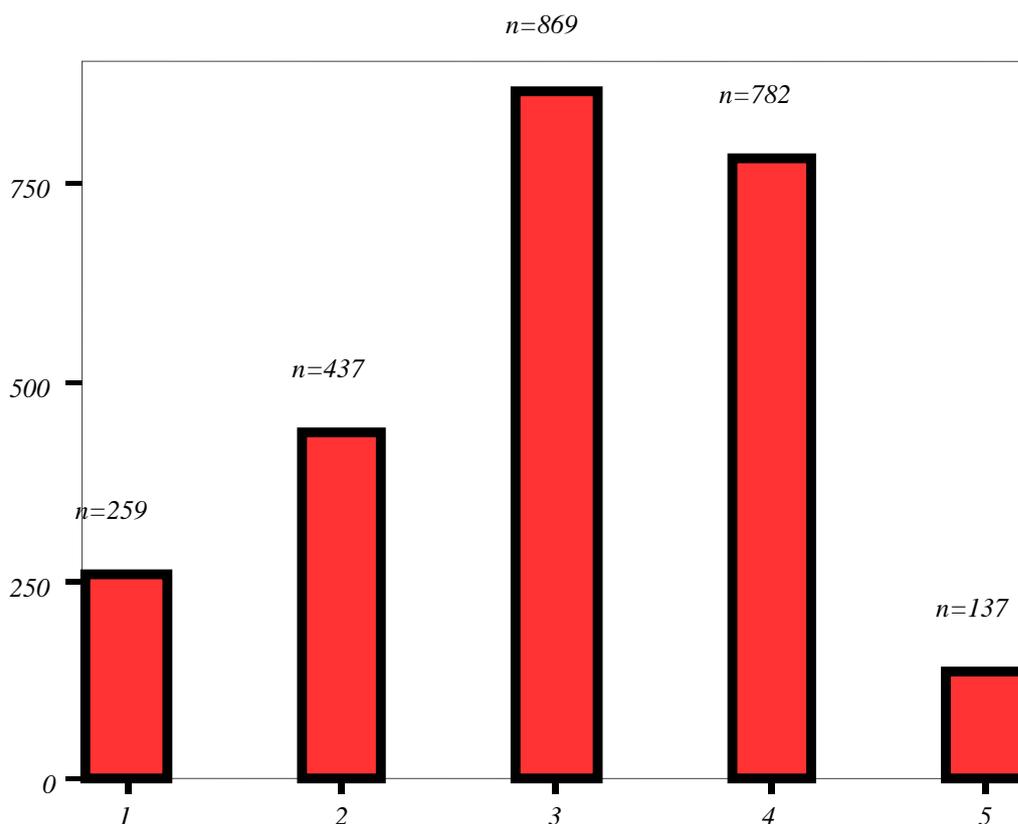


El 57,6% manifiesta que se utilizan correctamente los diagnósticos enfermeros. Por el contrario, el 39,1% refiere su no utilización.

Tabla 10.25.-El registro del plan de cuidados se actualiza en función de la evolución del paciente.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	259	10,4	10,4	10,4
	Moderadamente en desacuerdo	437	17,5	17,6	28,0
	Moderadamente de acuerdo	869	34,7	35,0	63,0
	Totalmente de acuerdo	782	31,3	31,5	94,5
	No sabe, no contesta	137	5,5	5,5	100,0
	Total	2484	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	17	0,7		
Total		2501	100,0		

Gráfico 17.- Actualización de los registros del plan de cuidados.

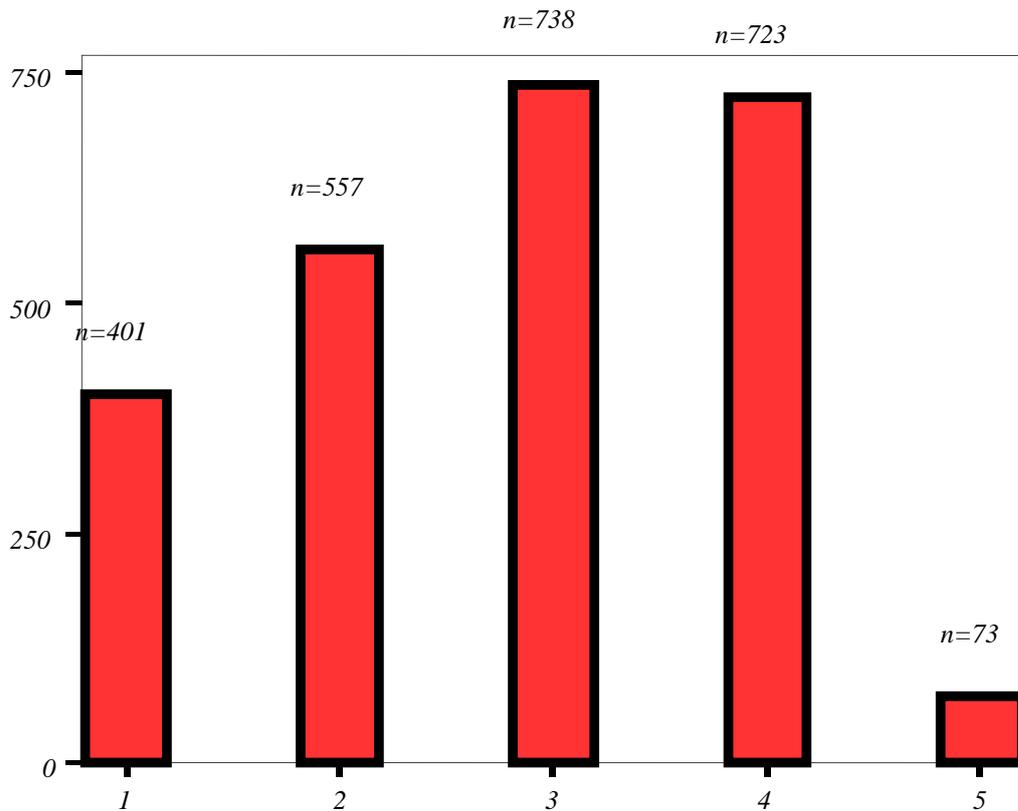


El 66% refiere que se actualizan los planes de cuidados así como su registro en la Historia del paciente. El 27,9% de las enfermeras contestan que no se lleva a cabo la actualización y registro del plan de cuidados.

Tabla 10.26.-Se promueve la continuidad de la atención con la asignación de pacientes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	401	16,0	16,1	16,1
	Moderadamente en desacuerdo	557	22,3	22,4	38,4
	Moderadamente de acuerdo	738	29,5	29,6	68,1
	Totalmente de acuerdo	723	28,9	29,0	97,1
	No sabe, no contesta	73	2,9	2,9	100,0
	Total	2492	99,6	100,0	
Perdidos	Sistema	9	0,4		
Total		2501	100,0		

Gráfico 18.-Se promueve la continuidad de la atención.

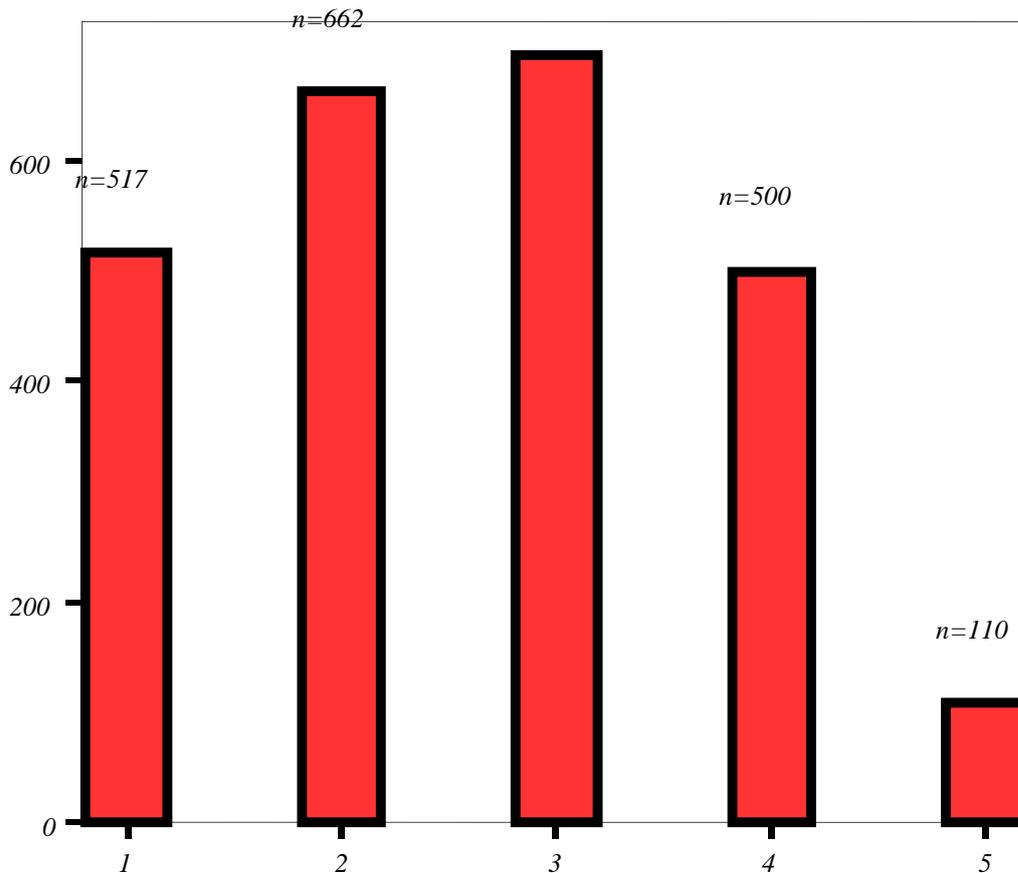


Se promueve la continuidad de la atención y la personalización de los cuidados en un 58,6%, mientras que no se está de acuerdo por un 38,5% de las enfermeras entrevistadas.

Tabla 10.27.-Hay una dirección de enfermería visible y accesible al personal.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	517	20,7	20,8	20,8
	Moderadamente en desacuerdo	662	26,5	26,6	47,4
	Moderadamente de acuerdo	696	27,8	28,0	75,5
	Totalmente de acuerdo	500	20,0	20,1	95,6
	No sabe, no contesta	110	4,4	4,4	100,0
	Total	2485	99,4	100,0	
Perdidos	Sistema	16	0,6		
Total		2501	100,0		

Gráfico 19.- Hay una dirección de enfermería visible.
n=696

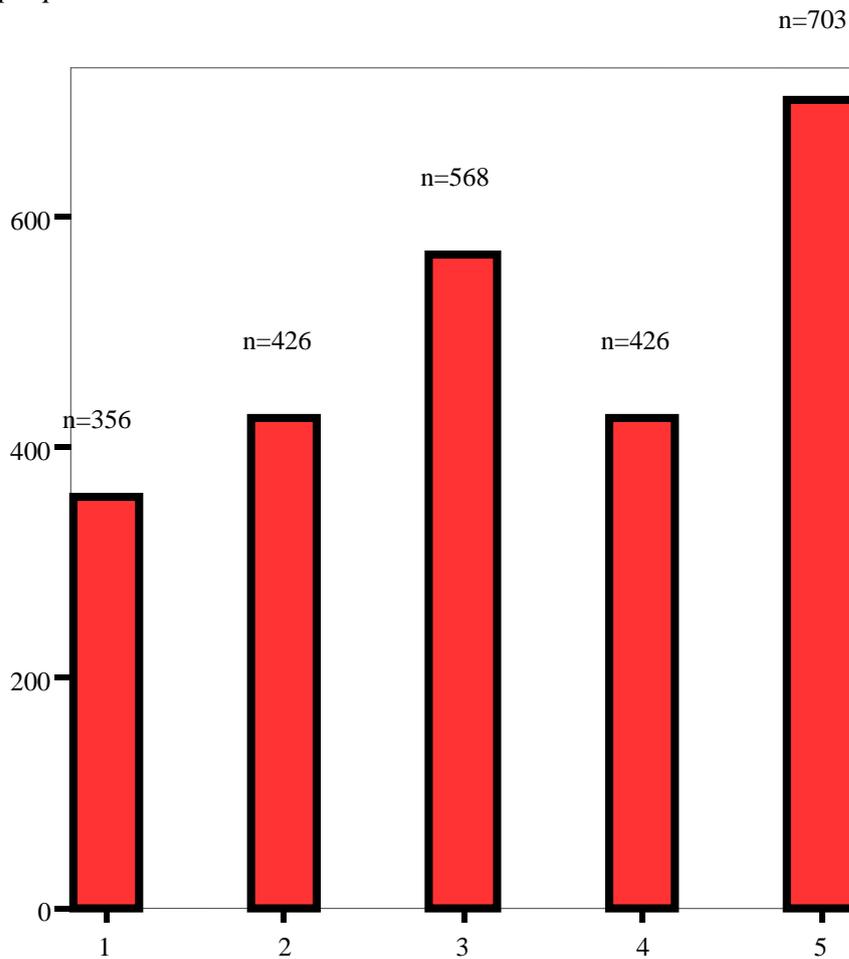


El 47,8% de las enfermeras consideran que el liderazgo directivo de las direcciones de enfermería no se hace visible en la organización mientras que el 47,2% contestan afirmativamente.

Tabla 10.28.-La dirección de enfermería se preocupa de que las enfermeras proporcionen una atención adecuada.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	356	14,2	14,4	14,4
	Moderadamente en desacuerdo	426	17,0	17,2	31,5
	Moderadamente de acuerdo	568	22,7	22,9	54,5
	Totalmente de acuerdo	426	17,0	17,2	71,6
	No sabe, no contesta	703	28,1	28,4	100,0
	Total	2479	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	22	0,9		
Total		2501	100,0		

Gráfico 20.- La dirección de enfermería se preocupa de que las enfermeras proporcionen una atención adecuada.



El 40,1% de las enfermeras considera que las direcciones de enfermería tienen preocupación porque se proporcione una atención adecuada. Por el contrario, el 31,6% se manifiesta en desacuerdo. Destaca que el 28,4% no sabe o no contesta.

Tabla 10.29.-La dirección de enfermería está al mismo nivel de poder y autoridad que el resto de los directivos del Hospital.

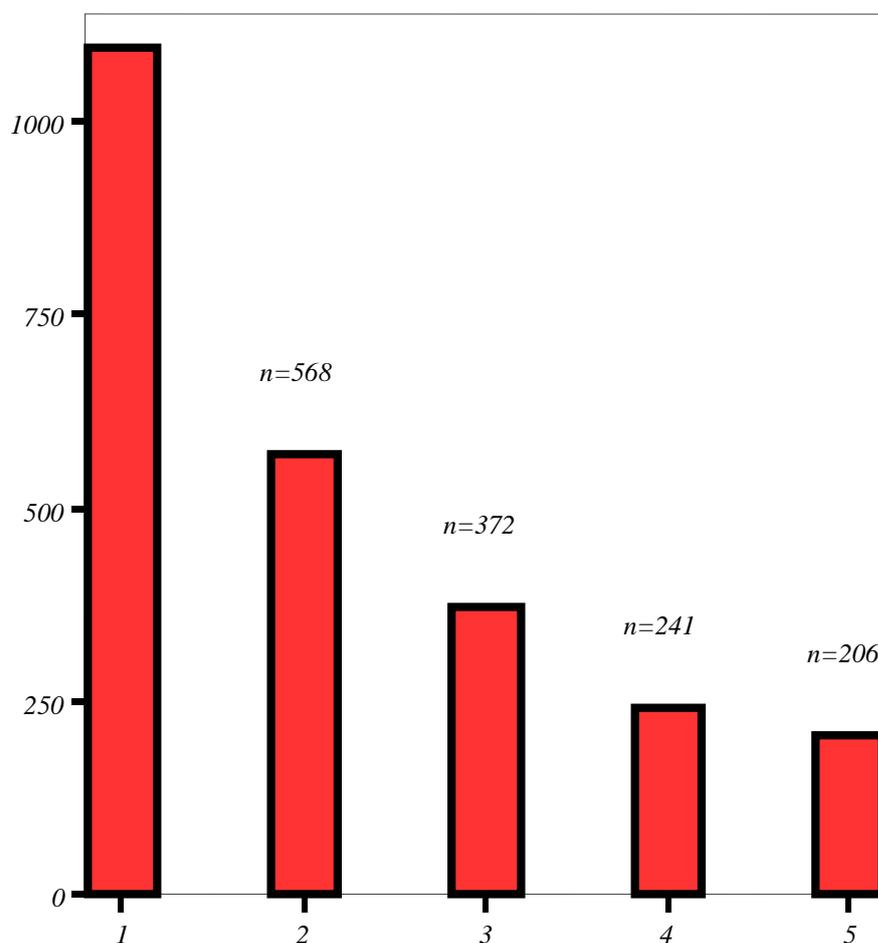
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	596	23,8	24,0	24,0
	Moderadamente en desacuerdo	721	28,8	29,0	53,1
	Moderadamente de acuerdo	636	25,4	25,6	78,7
	Totalmente de acuerdo	297	11,9	12,0	90,7
	No sabe, no contesta	232	9,3	9,3	100,0
	Total	2482	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	19	0,8		
Total		2501	100,0		

El 37,6% de los entrevistados contesta afirmativamente que la Dirección de Enfermería está al mismo nivel de poder y autoridad que el resto de directivos, siendo el 53 % de enfermeras las que perciben que está a un nivel inferior en la autoridad y poder formal de las Direcciones de Enfermería. El 9,3% no sabe o no contesta.

Tabla 10.30.-La Dirección del centro escucha y atiende las preocupaciones/problemas que surgen en la práctica asistencial.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	1095	43,8	44,1	44,1
	Moderadamente en desacuerdo	568	22,7	22,9	67,0
	Moderadamente de acuerdo	372	14,9	15,0	82,0
	Totalmente de acuerdo	241	9,6	9,7	91,7
	No sabe, no contesta	206	8,2	8,3	100,0
	Total	2482	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	19	0,8		
Total		2501	100,0		

Gráfico 21.- La Dirección del centro escucha y atiende las preocupaciones/problemas que surgen en la práctica asistencial.
n=1095



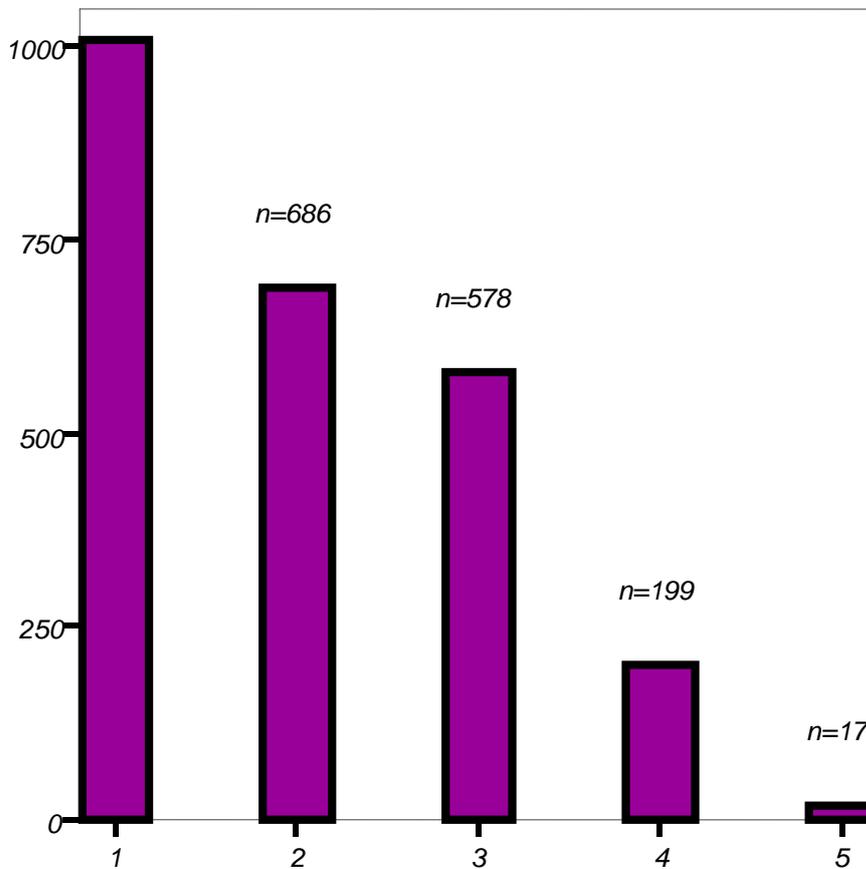
El 67% de las enfermeras entrevistadas perciben que la Dirección del centro no escucha y atiende las preocupaciones/problemas que surgen en la práctica asistencial. Por el contrario, el 24.7 % afirma estar de acuerdo con la pregunta.

Tabla 10.31.-Existe un programa de orientación para enfermeras de nueva incorporación.

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	en	1006	40,2	40,5	40,5
	Moderadamente en desacuerdo	en	686	27,4	27,6	68,1
	Moderadamente de acuerdo	de	578	23,1	23,3	91,3
	Totalmente de acuerdo	de	199	8,0	8,0	99,3
	No sabe, no contesta		17	0,7	0,7	100,0
Total			2486	99,4	100,0	
Perdidos	Sistema		15	0,6		
Total			2501	100,0		

Gráfico 22.- Existe un programa de orientación para enfermeras de nueva incorporación.

n=1006



El 68,1 % refiere que no existen programas de orientación para los profesionales de enfermería de nueva incorporación, El 31% contesta afirmativamente sobre la existencia de dichos programas.

Tabla 10.32.- El salario es adecuado.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	163	6,5	6,6	6,6
	Moderadamente en desacuerdo	427	17,1	17,2	23,8
	Moderadamente de acuerdo	1023	40,9	41,2	64,9
	Totalmente de acuerdo	800	32,0	32,2	97,1
	No sabe, no contesta	71	2,8	2,9	100,0
	Total	2484	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	17	0,7		
Total		2501	100,0		

El salario es percibido por las enfermeras como adecuado en el 72,9%. Por el contrario, el 23,6 % refiere estar en desacuerdo con el salario. El 2,8% no sabe o no contesta.

Tabla 10.33.- Enfermería controla su propia práctica profesional.

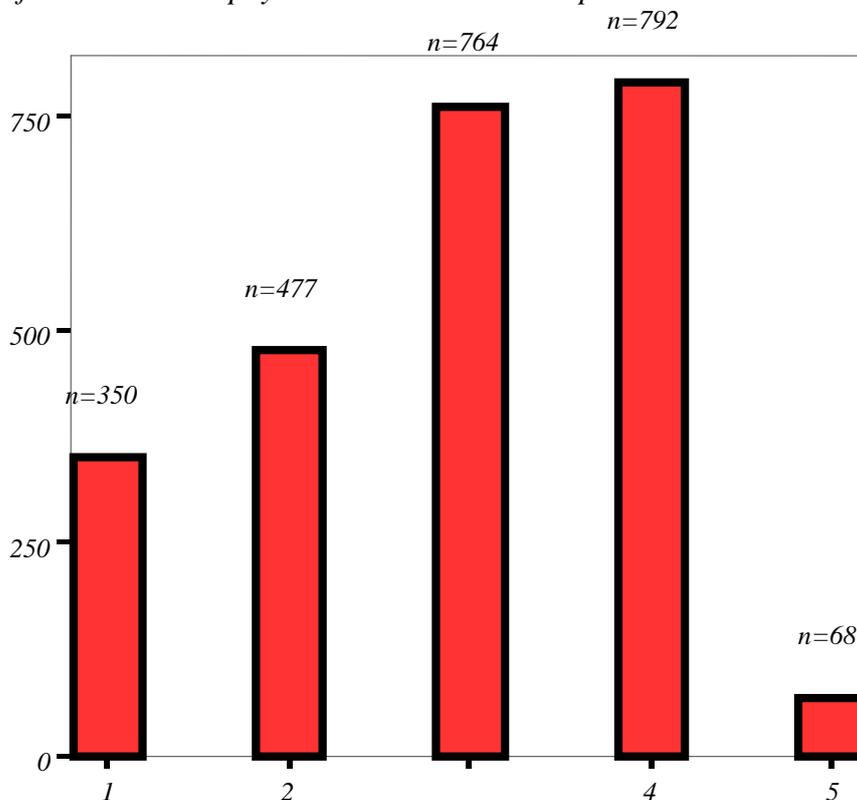
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	323	12,9	13,2	13,2
	Moderadamente en desacuerdo	695	27,8	28,4	41,6
	Moderadamente de acuerdo	923	36,9	37,7	79,4
	Totalmente de acuerdo	382	15,3	15,6	95,0
	No sabe, no contesta	123	4,9	5,0	100,0
	Total	2446	97,8	100,0	
Perdidos	Sistema	55	2,2		
Total		2501	100,0		

El control de la práctica propia profesional se percibe favorablemente en un 53,3% de las enfermeras entrevistadas. No obstante, el 42,6% está en desacuerdo. El 5% no opina.

Tabla 10.34.- Se da apoyo a la innovación en la prestación de cuidados.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	350	14,0	14,3	14,3
	Moderadamente en desacuerdo	477	19,1	19,5	33,7
	Moderadamente de acuerdo	764	30,5	31,2	64,9
	Totalmente de acuerdo	792	31,7	32,3	97,2
	No sabe, no contesta	68	2,7	2,8	100,0
	Total	2451	98,0	100,0	
Perdidos	Sistema	50	2,0		
Total		2501	100,0		

Gráfico 23.- Se da apoyo a la innovación en la prestación de cuidados.



El 63,5% de las enfermeras considera que se sienten apoyadas a la hora de innovar en los cuidados. El 33,8% por el contrario está en desacuerdo.

Tabla 10.35.- Existe flexibilidad en los diferentes turnos/horarios.

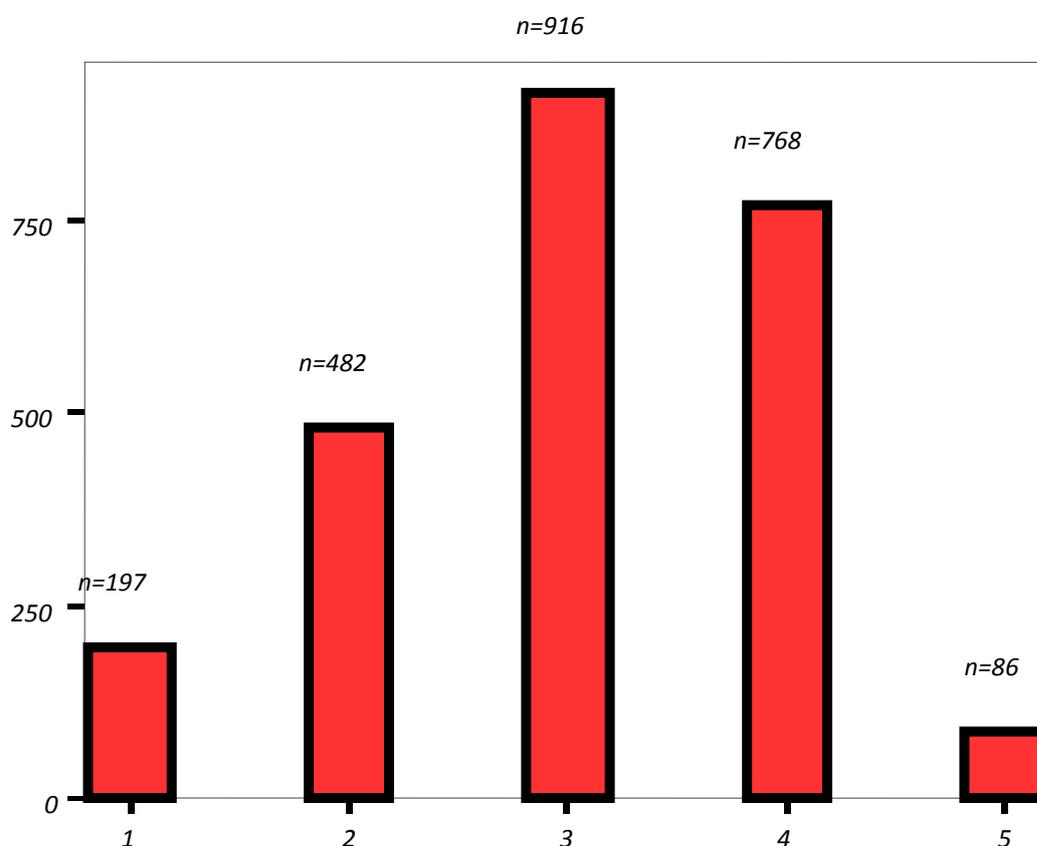
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	447	17,9	18,3	18,3
	Moderadamente en desacuerdo	600	24,0	24,6	42,9
	Moderadamente de acuerdo	639	25,5	26,2	69,0
	Totalmente de acuerdo	318	12,7	13,0	82,1
	No sabe, no contesta	438	17,5	17,9	100,0
	Total	2442	97,6	100,0	
Perdidos	Sistema	59	2,4		
Total		2501	100,0		

El 38,2% de las enfermeras consideran que los turnos de trabajo son flexibles. Por el contrario, el mismo porcentaje, considera que los turnos y horarios de trabajo son rígidos. El 17,9% no se manifiesta.

Tabla 10.36.- Hay un programa de enfermería clínica que proporciona apoyo a la prestación de cuidados.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	197	7,9	8,0	8,0
	Moderadamente en desacuerdo	482	19,3	19,7	27,7
	Moderadamente de acuerdo	916	36,6	37,4	65,1
	Totalmente de acuerdo	768	30,7	31,4	96,5
	No sabe, no contesta	86	3,4	3,5	100,0
	Total	2449	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema	52	2,1		
Total		2501	100,0		

Gráfico 24.- Hay un programa de enfermería clínica que proporciona apoyo a la prestación de cuidados.



El 67,3 % manifiesta que hay un programa de enfermería clínica que proporciona apoyo a la prestación de cuidados. El 27,7% no está de acuerdo en que hay un programa de enfermería clínica.

Tabla 10.37.- El sistema de prestación de cuidados se basa en el trabajo en equipo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	495	19,8	20,3	20,3
	Moderadamente en desacuerdo	611	24,4	25,0	45,3
	Moderadamente de acuerdo	672	26,9	27,5	72,8
	Totalmente de acuerdo	403	16,1	16,5	89,3
	No sabe, no contesta	262	10,5	10,7	100,0
	Total	2443	97,7	100,0	
Perdidos	Sistema	58	2,3		
Total		2501	100,0		

El trabajo en equipo es percibido por el 44 % de las enfermeras como un sistema de prestación de cuidados. Por el contrario, el 45,3% percibe que no se basa el sistema en trabajo en equipo. El 10,7% no se manifiesta.

Tabla 10.38.- El sistema de prestación de cuidados se basa en un modelo de enfermera de referencia.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	212	8,5	8,7	8,7
	Moderadamente en desacuerdo	468	18,7	19,2	27,8
	Moderadamente de acuerdo	915	36,6	37,5	65,3
	Totalmente de acuerdo	658	26,3	26,9	92,3
	No sabe, no contesta	189	7,6	7,7	100,0
	Total	2442	97,6	100,0	
Perdidos	Sistema	59	2,4		
Total		2501	100,0		

El 64,4 % interpreta que el sistema de prestación de cuidados se basa en un modelo de enfermera de referencia y el 27,9% manifiesta que se trabaja con este sistema. El 7,7% no sabe o no contesta.

Tabla 10.39.El sistema de prestación de cuidados se basa en un modelo de atención global.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	84	3,4	3,4	3,4
	Moderadamente en desacuerdo	248	9,9	10,1	13,6
	Moderadamente de acuerdo	964	38,5	39,4	53,0
	Totalmente de acuerdo	1069	42,7	43,7	96,7
	No sabe, no contesta	80	3,2	3,3	100,0
	Total	2445	97,8	100,0	
Perdidos	Sistema	56	2,2		
Total		2501	100,0		

La atención integral o global identifica al paciente como un todo es valorada afirmativamente y mayoritariamente por el 83,1% de las enfermeras. El 13,4% refiere que no se implanta este modelo.

Tabla 10.40.- Hay buena relación con otros departamentos tales como limpieza, cocina, etc.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	366	14,6	15,0	15,0
	Moderadamente en desacuerdo	592	23,7	24,2	39,2
	Moderadamente de acuerdo	740	29,6	30,3	69,5
	Totalmente de acuerdo	591	23,6	24,2	93,7
	No sabe, no contesta	155	6,2	6,3	100,0
	Total	2444	97,7	100,0	
Perdidos	Sistema	57	2,3		
Total		2501	100,0		

La relación adecuada con los servicios de soporte es percibida favorablemente por el 54,5%. Por el contrario, el 39,2% no lo valora así. El 6,3% no sabe o no contesta.

Tabla 10.41.- La enfermera no ha de afrontar situaciones que van en contra de su juicio profesional.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	120	4,8	4,9	4,9
	Moderadamente en desacuerdo	454	18,2	18,5	23,4
	Moderadamente de acuerdo	1155	46,2	47,2	70,6
	Totalmente de acuerdo	603	24,1	24,6	95,3
	No sabe, no contesta	116	4,6	4,7	100,0
	Total	2448	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema	53	2,1		
Total		2501	100,0		

El 23,4 % refiere que la enfermera ha de afrontar situaciones que van en contra de su juicio profesional, siendo el 71,8 % las enfermeras que atribuyen que no presentan su práctica profesional ningún problema para afrontar situación en contra de su juicio clínico.

Tabla 10.42.- Los médicos proporcionan una adecuada atención diagnóstica, médica o quirúrgica.

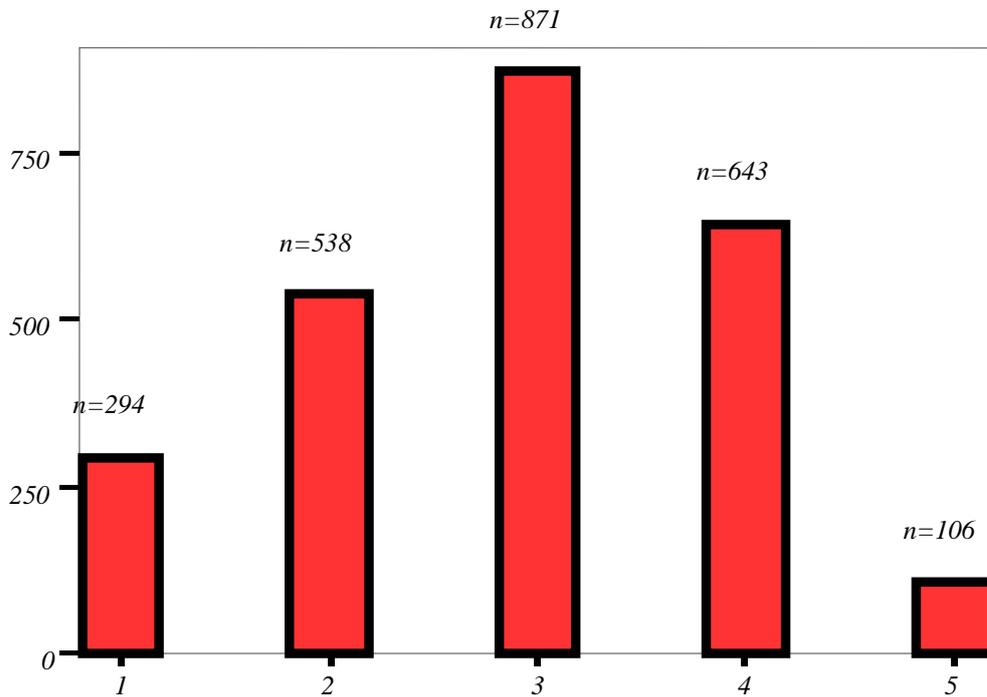
			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	en	919	36,7	37,5	37,5
	Moderadamente en desacuerdo	en	718	28,7	29,3	66,9
	Moderadamente de acuerdo	de	428	17,1	17,5	84,4
	Totalmente de acuerdo	de	171	6,8	7,0	91,3
	No sabe, no contesta	no	212	8,5	8,7	100,0
	Total		2448	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema		53	2,1		
Total			2501	100,0		

Las enfermeras no están de acuerdo en la atención diagnóstica médica o quirúrgica de los facultativos en un 66,8%. Si manifiestan en un 24,5% estar de acuerdo con la adecuada prestación médica. El 8,7% no sabe o no contesta.

Tabla 10.43.-Se potencia la obtención de titulaciones superiores.

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo		294	11,8	12,0	12,0
	Moderadamente en desacuerdo		538	21,5	21,9	33,9
	Moderadamente de acuerdo		871	34,8	35,5	69,5
	Totalmente de acuerdo	de	643	25,7	26,2	95,7
	No sabe, no contesta	no	106	4,2	4,3	100,0
	Total		2452	98,0	100,0	
Perdidos	Sistema		49	2,0		
Total			2501	100,0		

Gráfico 25.-Se potencia la obtención de titulaciones superiores.

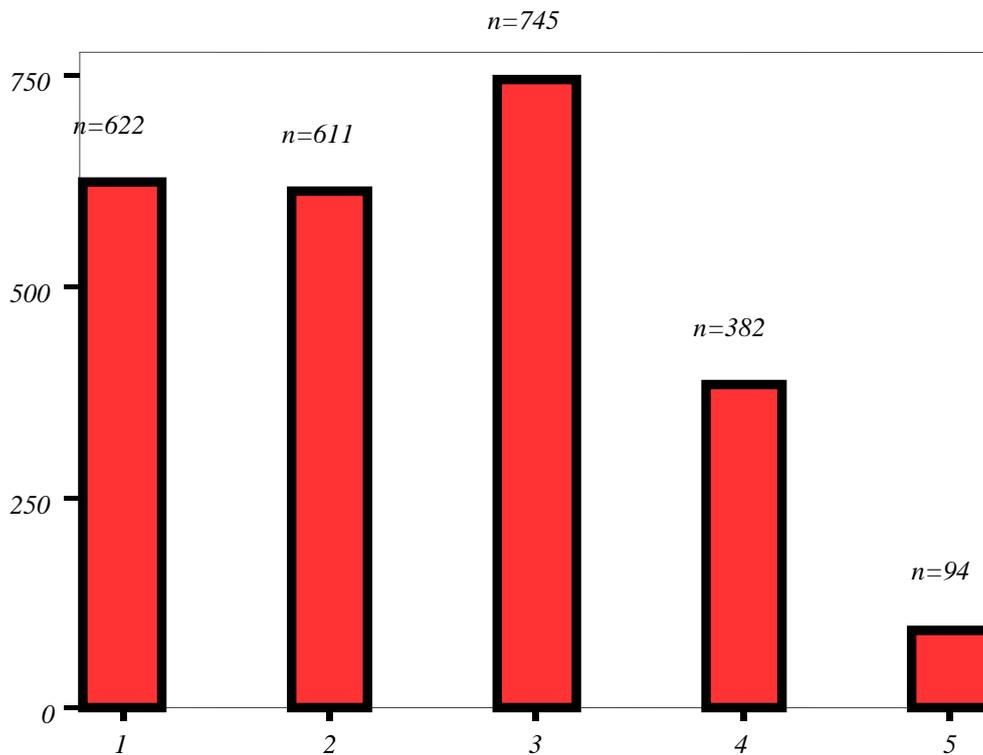


El 61,7% refiere que se potencia la obtención de titulaciones superiores mientras que el 33,9 % perciben que no se potencia la formación superior.

Tabla 10.44.-Las enfermeras participan activamente en los esfuerzos por optimizar los costos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	622	24,9	25,3	25,3
	Moderadamente en desacuerdo	611	24,4	24,9	50,2
	Moderadamente de acuerdo	745	29,8	30,4	80,6
	Totalmente de acuerdo	382	15,3	15,6	96,2
	No sabe, no contesta	94	3,8	3,8	100,0
	Total	2454	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	47	1,9		
Total		2501	100,0		

Gráfico 26.- Las enfermeras participan activamente en los esfuerzos por optimizar los costos.



El 46% de las enfermeras refieren que participan activamente en esfuerzos para contener los costes del sistema sanitario. Por otra parte, el 50,2 % manifiesta que no tienen oportunidad de participar activamente.

Tabla 10.45.-Las enfermeras pueden participar en la selección de nuevos materiales/equipamientos de cuidados.

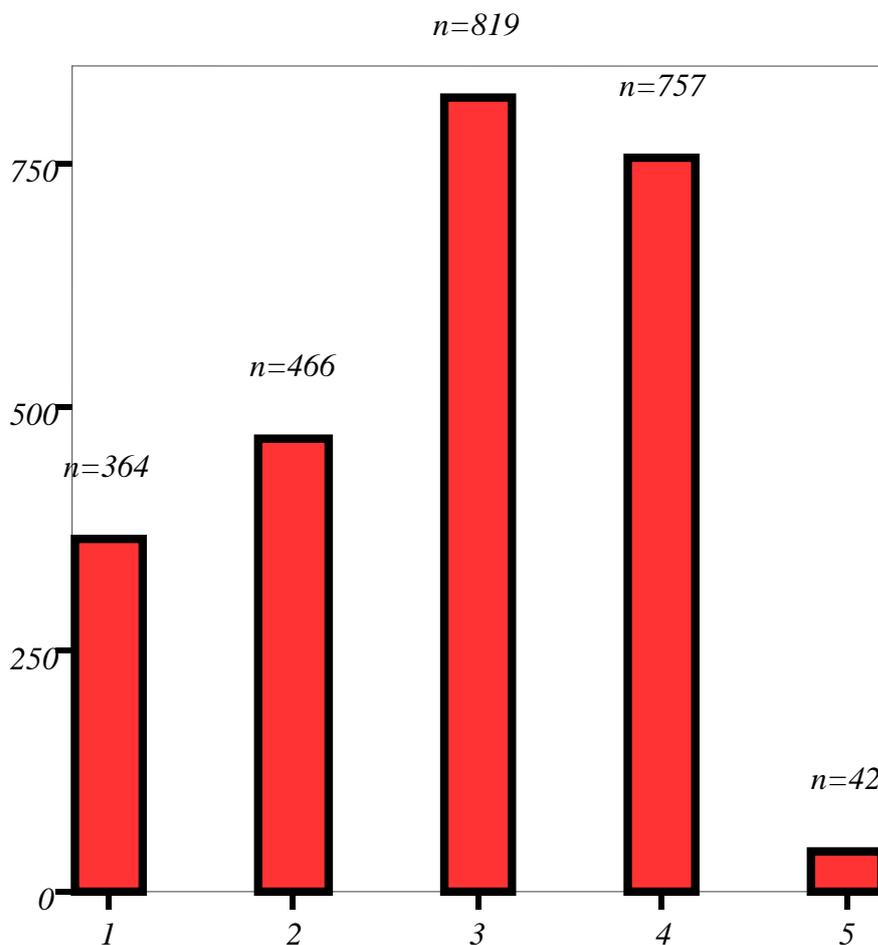
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	639	25,5	26,1	26,1
	Moderadamente en desacuerdo	746	29,8	30,5	56,6
	Moderadamente de acuerdo	673	26,9	27,5	84,0
	Totalmente de acuerdo	326	13,0	13,3	97,3
	No sabe, no contesta	65	2,6	2,7	100,0
	Total	2449	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema	52	2,1		
Total		2501	100,0		

El 56,6% de enfermeras manifiestan que no pueden participar en el proceso de selección de materiales y equipamiento, siendo el 40,8 % los que manifiestas positivamente que si participan.

Tabla 10.46.-Se reconoce públicamente la aportación de las enfermeras a la atención del paciente.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	364	14,6	14,9	14,9
	Moderadamente en desacuerdo	466	18,6	19,0	33,9
	Moderadamente de acuerdo	819	32,7	33,5	67,4
	Totalmente de acuerdo	757	30,3	30,9	98,3
	No sabe, no contesta	42	1,7	1,7	100,0
	Total	2448	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema	53	2,1		
Total		2501	100,0		

Gráfico 27.- Se reconoce públicamente la aportación de las enfermeras en la atención del paciente.

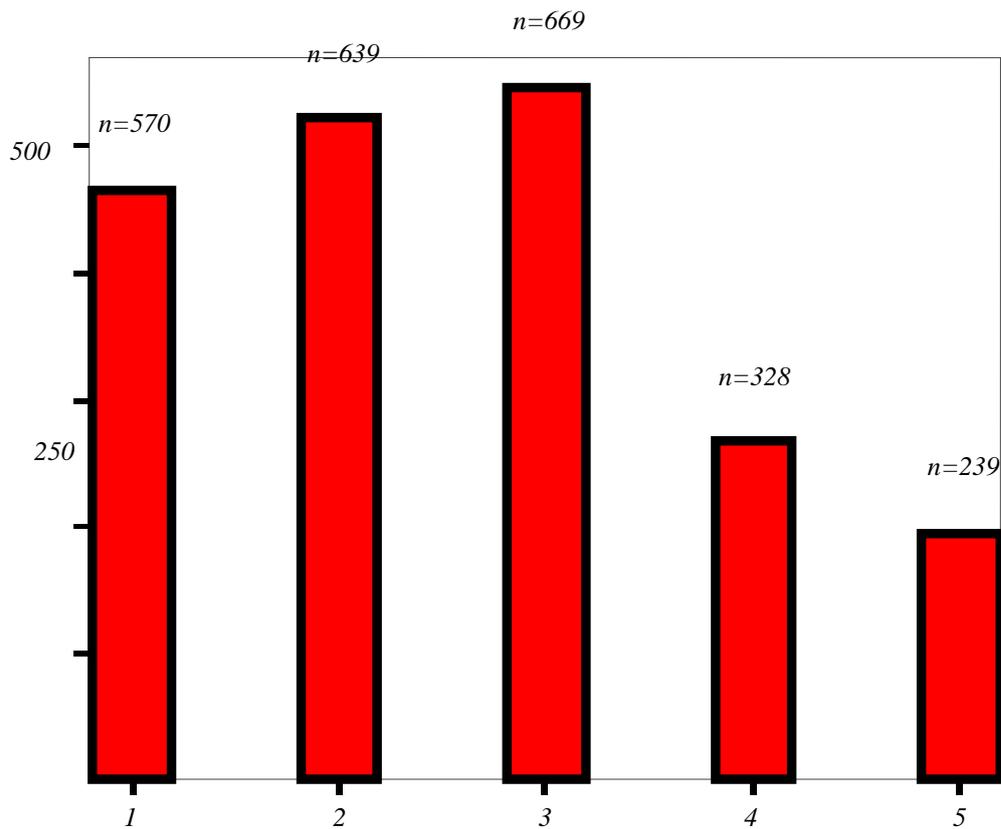


El 64,4% de las enfermeras perciben el reconocimiento público de la aportación enfermera en la atención del paciente. No es percibido así por el 33,9%.

Tabla 10.47.-El entorno es agradable y cómodo para trabajar.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	570	22,8	23,3	23,3
	Moderadamente en desacuerdo	639	25,5	26,1	49,4
	Moderadamente de acuerdo	669	26,7	27,4	76,8
	Totalmente de acuerdo	328	13,1	13,4	90,2
	No sabe, no contesta	239	9,6	9,8	100,0
	Total	2445	97,8	100,0	
Perdidos	Sistema	56	2,2		
Total		2501	100,0		

Gráfico 28.- El entorno es agradable y cómodo para trabajar.

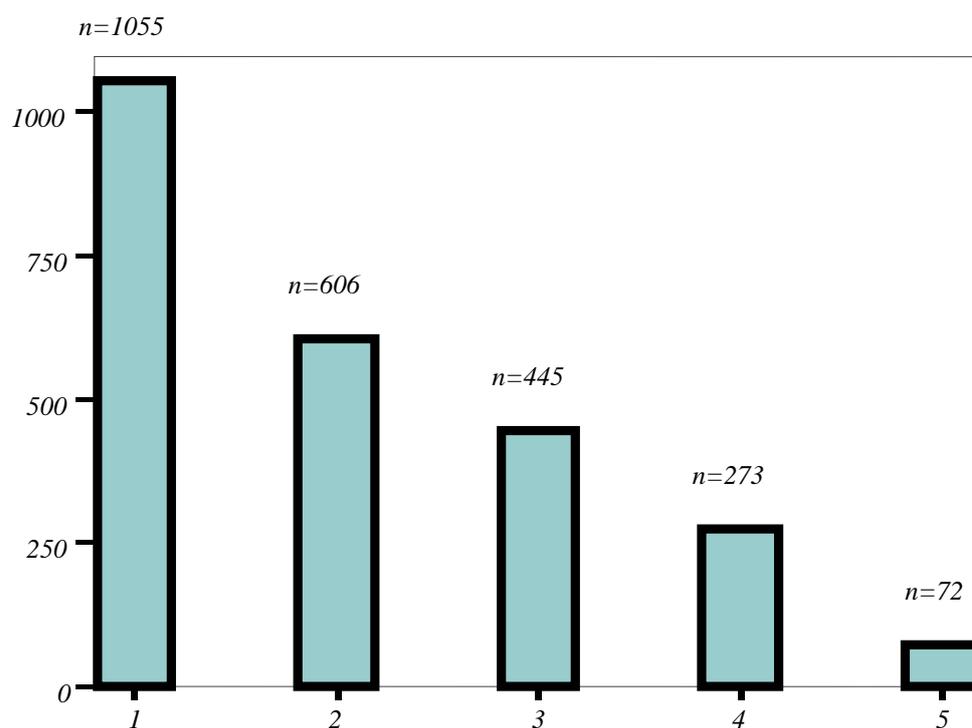


El 49,1 % de las enfermeras no consideran el entorno agradable para trabajar. Por el contrario, el 40,8% de las entrevistadas manifiestan un entorno cómodo y seguro para el desempeño profesional.

Tabla 10.48.-Hay oportunidades de trabajar en unidades de alta especialización.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	1055	42,2	43,0	43,0
	Moderadamente en desacuerdo	606	24,2	24,7	67,8
	Moderadamente de acuerdo	445	17,8	18,2	85,9
	Totalmente de acuerdo	273	10,9	11,1	97,1
	No sabe, no contesta	72	2,9	2,9	100,0
	Total	2451	98,0	100,0	
Perdidos	Sistema	50	2,0		
Total		2501	100,0		

Gráfico 29.- Hay oportunidad de trabajar en unidades de alta especialización.



El 67,7% percibe que no hay oportunidades de trabajo en unidades de alta especialización. Si es valorado favorablemente por el 29,3 %.

Tabla 10.49.-Las enfermeras no han de cambiar nunca de unidad/departamento

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	en	681	27,2	27,8	27,8
	Moderadamente en desacuerdo	en	561	22,4	22,9	50,8
	Moderadamente de acuerdo	de	641	25,6	26,2	77,0
	Totalmente de acuerdo	de	497	19,9	20,3	97,3
	No sabe, no contesta		66	2,6	2,7	100,0
	Total		2446	97,8	100,0	
Perdidos	Sistema		55	2,2		
Total			2501	100,0		

El 49,6% de las entrevistadas consideran que han de cambiar de unidad y departamento y un 23 % refiere que no han de cambiar nunca de unidad.

Tabla 10.50.-Las enfermeras pueden participar en la elaboración de plantillas, de festivos, libranzas, etc.

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	en	249	10,0	10,2	10,2
	Moderadamente en desacuerdo	en	385	15,4	15,8	26,0
	Moderadamente de acuerdo	de	860	34,4	35,2	61,2
	Totalmente de acuerdo	de	673	26,9	27,6	88,8
	No sabe, no contesta		274	11,0	11,2	100,0
	Total		2441	97,6	100,0	
Perdidos	Sistema		60	2,4		
Total			2501	100,0		

La participación de las enfermeras en la elaboración de las plantillas de turnos de trabajo es percibida positivamente en un 61,3%. El 25,4% manifiesta no poder participar. El 11,2% no sabe o no contesta.

Tabla 10.51.-Existe un programa de protocolización formal.

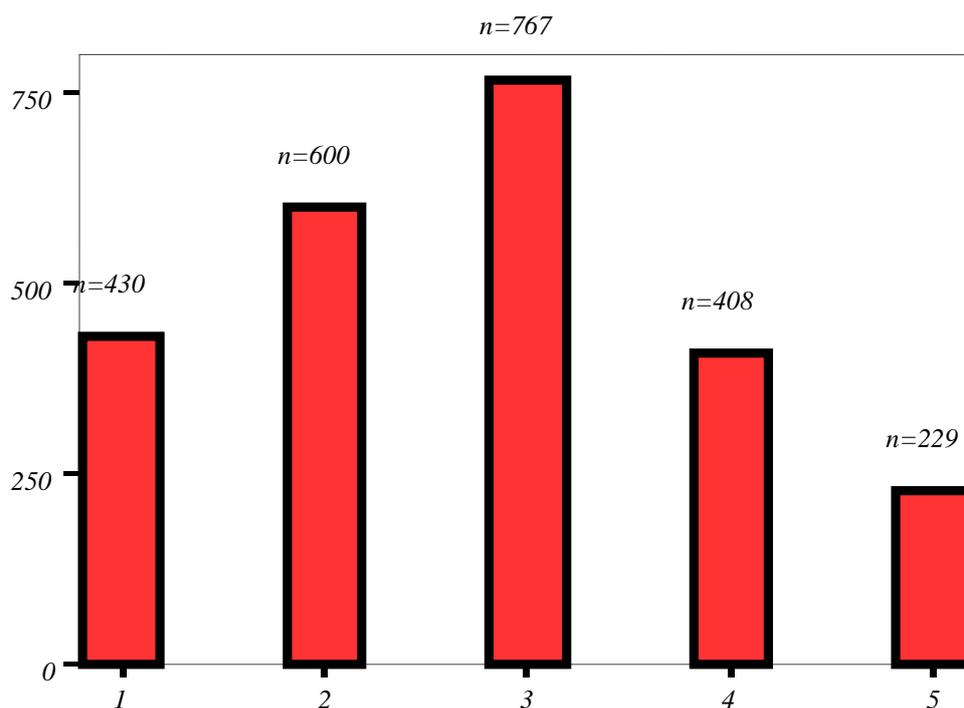
			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	en	236	9,4	9,7	9,7
	Moderadamente en desacuerdo	en	448	17,9	18,4	28,0
	Moderadamente de acuerdo	de	924	36,9	37,9	65,9
	Totalmente de acuerdo	de	747	29,9	30,6	96,5
	No sabe, no contesta		86	3,4	3,5	100,0
	Total		2441	97,6	100,0	
Perdidos	Sistema		60	2,4		
Total			2501	100,0		

Las enfermeras de la C.V., atribuyen en el 68,5% que se está trabajando con programas de protocolización, siendo el 28,1 el grupo de profesionales que no está de acuerdo con que se está implantando la protocolización formal.

Tabla 10.52.-Las enfermeras participan en la elaboración e implantación de procedimientos/protocolos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	430	17,2	17,7	17,7
	Moderadamente en desacuerdo	600	24,0	24,7	42,3
	Moderadamente de acuerdo	767	30,7	31,5	73,8
	Totalmente de acuerdo	408	16,3	16,8	90,6
	No sabe, no contesta	229	9,2	9,4	100,0
	Total	2434	97,3	100,0	
Perdidos	Sistema	67	2,7		
Total		2501	100,0		

Gráfico 30.- Las enfermeras participan en la elaboración de protocolos.



El 48,3 % de las enfermeras están de acuerdo en la participación de la elaboración de protocolos. El 42,4% refieren no participar y el 9,4% no saben o no contestan.

Tabla 10.53.-Se utiliza una documentación orientada a la identificación de problemas.

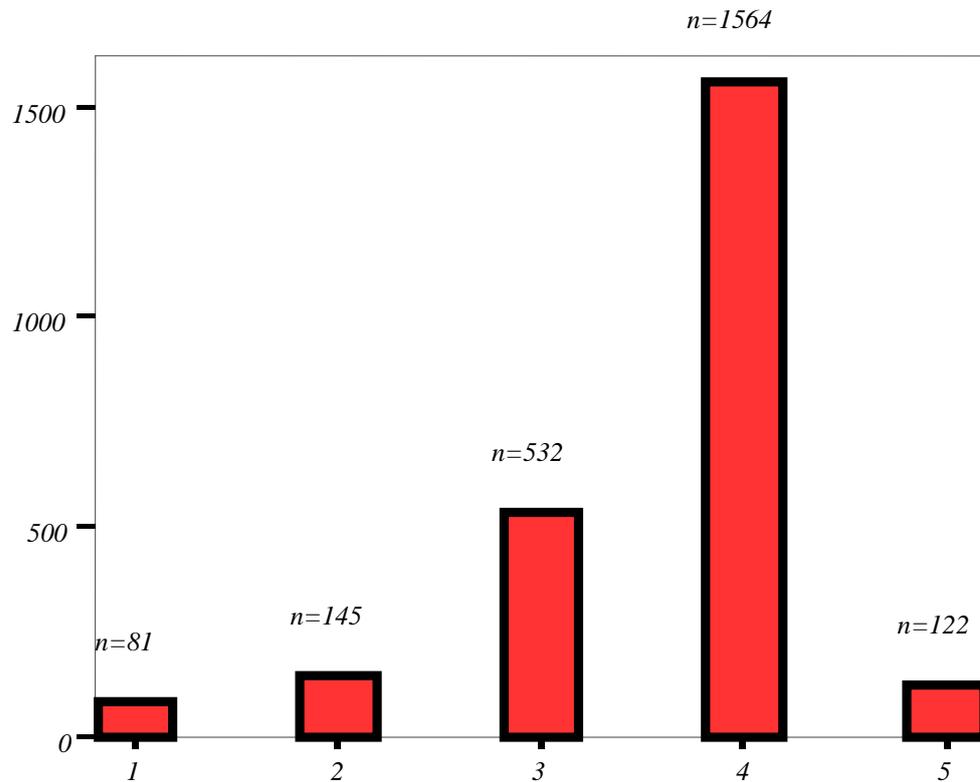
			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	en	99	4,0	4,1	4,1
	Moderadamente en desacuerdo	en	337	13,5	13,8	17,9
	Moderadamente de acuerdo	de	959	38,3	39,3	57,1
	Totalmente de acuerdo	de	977	39,1	40,0	97,1
	No sabe, no contesta		70	2,8	2,9	100,0
	Total		2442	97,6	100,0	
Perdidos	Sistema		59	2,4		
Total			2501	100,0		

Se utiliza una documentación orientada a la identificación de problemas según el 79,3 % de las enfermeras entrevistadas .Un 17,9% refiere no estar de acuerdo con la afirmación.

Tabla 10.54.-Se trabaja con enfermeras con mucha experiencia, que conocen bien el hospital.

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	en	81	3,2	3,3	3,3
	Moderadamente en desacuerdo	en	145	5,8	5,9	9,2
	Moderadamente de acuerdo	de	532	21,3	21,8	31,0
	Totalmente de acuerdo	de	1564	62,5	64,0	95,0
	No sabe, no contesta		122	4,9	5,0	100,0
	Total		2444	97,7	100,0	
Perdidos	Sistema		57	2,3		
Total			2501	100,0		

Gráfico 31.- Se trabaja con enfermeras con mucha experiencia.



El 85,8% de los entrevistados percibe que los profesionales de enfermería son expertos. Un 9,2 refiere no percibir que los profesionales de enfermería son expertos.

Tabla 10.55.-Se comunica verbalmente el plan de cuidados del paciente (cambio de turno)

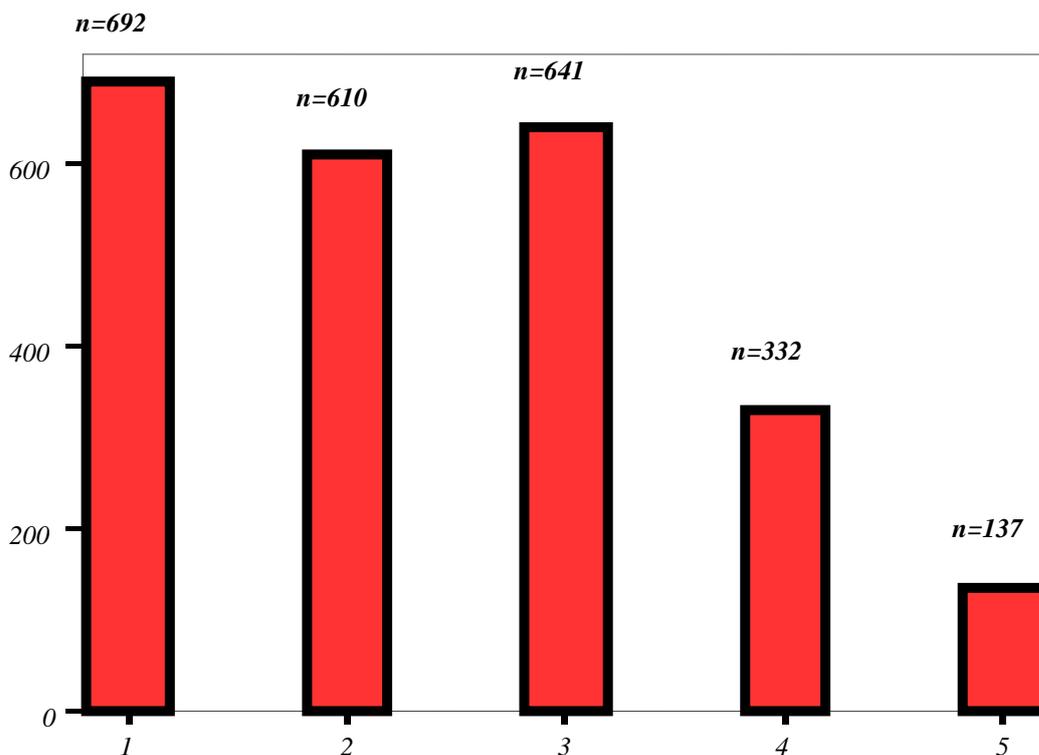
			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	en	692	27,7	28,7	28,7
	Moderadamente en desacuerdo	en	611	24,4	25,3	54,0
	Moderadamente de acuerdo	de	647	25,9	26,8	80,8
	Totalmente de acuerdo	de	335	13,4	13,9	94,7
	No sabe, no contesta		127	5,1	5,3	100,0
	Total		2412	96,4	100,0	
Perdidos	Sistema		89	3,6		
Total			2501	100,0		

Se comunica verbalmente al plan de cuidados del paciente a través del cambio de turno en 40,7% de las enfermeras. El 52,1% de las enfermeras refieren que no se comunica el cambio de turno de manera verbal.

Tabla 10.56.-Hay una distribución adecuada de personal entre las diferentes unidades.

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Absolutamente en desacuerdo	en	692	27,7	28,7	28,7
	Moderadamente en desacuerdo	en	610	24,4	25,3	54,0
	Moderadamente de acuerdo	de	641	25,6	26,6	80,6
	Totalmente de acuerdo	de	332	13,3	13,8	94,3
	No sabe, no contesta		137	5,5	5,7	100,0
	Total		2412	96,4	100,0	
Perdidos	Sistema		89	3,6		
Total			2501	100,0		

Gráfico 32.- Hay una distribución adecuada de personal.



El 54% de las enfermeras de la AVS consideran que no hay una adecuada distribución de personal. El 40,4% refieren una adecuada distribución de plantilla. No sabe o no contesta el 5,7% de enfermeras.

Tabla 11.-Contraste de la media de edad y sexo de las enfermeras entrevistadas, y tabla anova.

Edad

Sexo	Media	N	Desv. típ.
femenino	39,01	1835	10,234
masculino	39,86	316	10,469
Total	39,14	2151	10,271

Tabla de ANOVA

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Edad * Sexo	Inter-grupos	(Combinadas)	191,768	1	191,768	1,819	,178
	Intra-grupos		226614,223	2149	105,451		
	Total		226805,992	2150			

La media de edad del personal de enfermería entrevistado fue diferente, siendo mayor en el personal masculino (39,86%) frente a la del sexo femenino (39,01%). Sin embargo esta diferencia, a pesar del número tan importante de personas entrevistadas, fue estadísticamente no significativa con un p valor de $p=0,178$.

Tabla 12.-Contraste de la media de años de experiencia y sexo de las enfermeras entrevistadas, y tabla anova.

Años de experiencia

Sexo	Media	N	Desv. típ.
femenino	3,13	1863	1,478
masculino	3,18	320	1,496
Total	3,13	2183	1,480

Tabla de ANOVA

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Años de experiencia * Sexo	Inter-grupos (Combinadas)		0,829	1	0,829	0,378	0,539
	Intra-grupos		4780,844	2181	2,192		
	Total		4781,674	2182			

Se puede inferir resultados similares en cuanto a la media de años de experiencia, dado que en ámbos sexos estuvo en torno a 3 años, y las diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla 13.-Contraste de la media de edad y años de experiencia de las enfermeras entrevistadas, y tabla anova.

Tabla de contingencia de edad según los años de experiencia.

Edad

Años de experiencia	Media	N	Desv. típ.
1-5	27,39	437	5,429
6-10	32,26	566	4,959
11-15	37,52	406	4,480
16-20	42,46	331	5,958
>20	51,11	690	5,411
Total	39,00	2430	10,297

Tabla de ANOVA

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Edad * Años de experiencia	Inter-grupos (Combinadas)		190766,771	4	47691,693	1732,459	0,000
		Linealidad	188462,410	1	188462,410	6846,128	0,000
		Desviación de la linealidad	2304,361	3	768,120	27,903	0,000
	Intra-grupos		66756,179	2425	27,528		
	Total		257522,950	2429			

En el estudio de la relación entre la edad con los años de experiencia, se aprecia una relación directa entre ámbos, por lo que se sugiere que las enfermeras envejecen en los centros sanitarios, iniciándose la relación laboral de jóvenes. Obviamente, hay diferencias estadísticamente significativas con $p=0,000$.

Tabla 14.-Contraste de la media de edad y provincia de las enfermeras entrevistadas y tabla anova.

Edad

Provincia	Media	N	Desv. típ.
Alicante	36,51	1240	9,477
Castellón	38,34	99	10,545
Valencia	41,90	1091	10,425
Total	39,00	2430	10,297

ANOVA

Provincia

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	209,251	46	4,549	5,131	0,000
Intra-grupos	2112,612	2383	0,887		
Total	2321,864	2429			

Del estudio de la edad media del personal de enfermería entrevistado, según la provincia se aprecia que la edad media más alta se da en la provincia de Valencia (41,90), seguido de Castellón (38,34) y de Alicante (36,51), siendo la diferencia estadísticamente significativa con la prueba de ANOVA con $p=0,000$.

Tabla 15.-Tabla de contingencia de la provincia y sexo de las enfermeras entrevistadas.

		Sexo		Total	
		femenino	masculino	femenino	
Provincia	Alicante	Recuento	928	180	1108
		% de Provincia	83,8%	16,2%	100,0%
		% del total	42,5%	8,2%	50,8%
	Castellón	Recuento	86	4	90
		% de Provincia	95,6%	4,4%	100,0%
		% del total	3,9%	0,2%	4,1%
	Valencia	Recuento	849	136	985
		% de Provincia	86,2%	13,8%	100,0%
		% del total	38,9%	6,2%	45,1%
Total		Recuento	1863	320	2183
		% de Provincia	85,3%	14,7%	100,0%
		% del total	85,3%	14,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado Pearson	de	10,307(a)	2	0,006
Razón verosimilitudes	de	12,645	2	0,002
Asociación lineal por lineal		2,583	1	0,108
N de casos válidos		2183		

En el estudio de la distribución de las enfermeras entrevistadas, según provincia y sexo, se observa que en Castellón el 95% son mujeres, siendo la provincia de Alicante la que tuvo una menor representación femenina con el 83,8%, teniendo en cuenta que el promedio fue del 85,3%. Además el chi-cuadrado fue significativo con $p=0,006$.

Tabla 16.-Tabla de contingencia de años de experiencia y sexo de las enfermeras entrevistadas.

		Sexo		Total	
			femenino	masculino	femenino
Años de experiencia	1-5	Recuento	328	55	383
		% de Años de experiencia	85,6%	14,4%	100,0%
		% del total	15,0%	2,5%	17,5%
	6-10	Recuento	428	70	498
		% de Años de experiencia	85,9%	14,1%	100,0%
		% del total	19,6%	3,2%	22,8%
	11-15	Recuento	307	55	362
		% de Años de experiencia	84,8%	15,2%	100,0%
		% del total	14,1%	2,5%	16,6%
	16-20	Recuento	281	42	323
		% de Años de experiencia	87,0%	13,0%	100,0%
		% del total	12,9%	1,9%	14,8%
	>20	Recuento	519	98	617
		% de Años de experiencia	84,1%	15,9%	100,0%
		% del total	23,8%	4,5%	28,3%
Total		Recuento	1863	320	2183
		% de Años de experiencia	85,3%	14,7%	100,0%
		% del total	85,3%	14,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,702(a)	4	0,790
Razón de verosimilitudes	1,710	4	0,789
Asociación lineal por lineal	0,378	1	0538
N de casos válidos	2183		

Cuando se estudió el sexo de los entrevistados y los años de experiencia se observó que el grupo con 16 a 20 años fue el que obtuvo un mayor porcentaje de mujeres (87%), siendo el grupo de más de 20 años el que obtuvo mejor porcentaje (84,1 %). Sin embargo estas diferencias no fueron estadísticamente significativas con un $p=0,79$.

Tabla 17.-Tabla de contingencia de número de camas y sexo de las enfermeras entrevistadas.

		Sexo			Total
			femenino	masculino	femenino
N ^a de Camas	< de 100	Recuento	103	10	113
		% de N ^a de Camas	91,2%	8,8%	100,0%
		% del total	5,2%	0,5%	5,7%
	entre 101 y 200	Recuento	154	22	176
		% de N ^a de Camas	87,5%	12,5%	100,0%
		% del total	7,8%	1,1%	8,9%
	entre 201 y 300	Recuento	333	54	387
		% de N ^a de Camas	86,0%	14,0%	100,0%
		% del total	16,8%	2,7%	19,5%
	entre 301 y 400	Recuento	234	52	286
		% de N ^a de Camas	81,8%	18,2%	100,0%
		% del total	11,8%	2,6%	14,4%
	entre 401 y 500	Recuento	297	46	343
		% de N ^a de Camas	86,6%	13,4%	100,0%
		% del total	15,0%	2,3%	17,3%
	entre 501 y 600	Recuento	232	46	278
		% de N ^a de Camas	83,5%	16,5%	100,0%
		% del total	11,7%	2,3%	14,0%
	> de 600	Recuento	338	63	401
		% de N ^a de Camas	84,3%	15,7%	100,0%
		% del total	17,0%	3,2%	20,2%
Total		Recuento	1691	293	1984
		% de N ^a de Camas	85,2%	14,8%	100,0%
		% del total	85,2%	14,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,199(a)	6	0,224
Razón de verosimilitudes	8,515	6	0,203
Asociación lineal por lineal	2,728	1	0,099
N de casos válidos	1984		

Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en el estudio del sexo y el hospital donde trabajan, clasificado por número de camas y agrupado. El grupo de hospitales de menos de 100 camas tuvieron mayor representación de mujeres con un 91,2% y el que menos fue el grupo de 300 a 400 camas con un 81,8%.

Tabla 18.-Tabla de contingencia de tipo de unidad y sexo de las enfermeras entrevistadas.

		Sexo		Total	
		femenino	masculino	femenino	
Tipo de Unidad	Medica	Recuento	823	145	968
		% de Tipo de Unidad	85,0%	15,0%	100,0%
		% del total	37,7%	6,6%	44,3%
	Quirúrgica	Recuento	485	72	557
		% de Tipo de Unidad	87,1%	12,9%	100,0%
		% del total	22,2%	3,3%	25,5%
	Críticos	Recuento	397	86	483
		% de Tipo de Unidad	82,2%	17,8%	100,0%
		% del total	18,2%	3,9%	22,1%
	Otros	Recuento	28	1	29
		% de Tipo de Unidad	96,6%	3,4%	100,0%
		% del total	1,3%	,0%	1,3%

	NS/NC	Recuento	130	16	146
		% de Tipo de Unidad	89,0%	11,0%	100,0%
		% del total	6,0%	,7%	6,7%
Total		Recuento	1863	320	2183
		% de Tipo de Unidad	85,3%	14,7%	100,0%
		% del total	85,3%	14,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado Pearson de	9,749(a)	4	0,045
Razón de verosimilitudes de	10,824	4	0,029
Asociación lineal por lineal	0,312	1	0,576
N de casos válidos	2183		

En cuanto a la relación del tipo de unidad y el sexo de los profesionales entrevistados, hay que destacar que el grupo de otros, tuvo mayor representación de sexo femenino, con un 96,6%, siendo el menor el de críticos con el 82,2%. Además, la prueba chi-cuadrado fue de $p=0,045$, por lo que hubieron diferencias significativas y existía asociación.

Tabla 19.-Valores de las comunalidades del análisis factorial de la encuesta utilizada.

	Inicial	Extracción
Hay servicios de apoyo asistencial	1,000	0,792
Hay suficiente n° de enfermeras para proporcionar cuidados adecuados	1,000	0,586
Se trabaja con enfermeras de gran competencia clínica	1,000	0,785
Hay personal suficiente para realizar el trabajo	1,000	0,719
Entre los médicos y las enfermeras hay buenas relaciones de trabajo	1,000	0,783
Las enfermeras y los médicos trabajan en equipo	1,000	0,682
La práctica entre médicos y enfermeras está basada en la colaboración simétrica	1,000	0,726
Los jefes de equipo son receptivos, apoyan y asesoran a las enfermeras	1,000	0,663
Los jefes de equipo utilizan los errores como una oportunidad de mejora	1,000	0,679
Su jefe de equipo es un buen gestor y un buen líder	1,000	0,692
Los jefes de equipo apoyan a la enfermera en la toma de decisiones	1,000	0,364
Hay un programa de formación continuada y es accesible para las enfermeras	1,000	0,490
Existe un programa formal de tutorización de enfermeras de nueva incorporación, por parte de enfermeras más expertas	1,000	0,529

Hay oportunidades de ir obteniendo un mayor grado de responsabilidad en la toma de decisiones de acuerdo con los conocimientos y habilidades adquiridas	1,000	0,556
Hay oportunidades de participación en el establecimiento de las políticas que se desarrollan en el servicio u hospital	1,000	0,529
Se reconoce el trabajo bien hecho	1,000	0,557
Existen sistemas de promoción	1,000	0,514
Hay enfermeras asistenciales que participan de una manera activa y formal en la gestión interna del hospital	1,000	0,495
Hay oportunidades para discutir, con otras enfermeras, problemas asociados a la atención de los pacientes	1,000	0,399
Hay una misma manera de entender la enfermería que impregna el entorno de trabajo (filosofía, misión)	1,000	0,500
Hay un programa en activo que facilita la mejora continua de la calidad	1,000	0,531
La prestación de cuidados se basa en un modelo de enfermería	1,000	0,621
Existe un plan de cuidados escrito para cada paciente	1,000	0,652
Se utilizan correctamente los diagnósticos de enfermería, diferenciándolo de los problemas interdependientes	1,000	0,645
El registro del plan de cuidados se actualiza en función de la evolución del paciente	1,000	0,395

Se promueve la continuidad de la atención con la asignación de pacientes	1,000	0,650
Hay una dirección de enfermería visible y accesible al personal	1,000	0,687
La dirección de enfermería se preocupa de que las enfermeras proporcionen una atención adecuada	1,000	0,542
La dirección de enfermería está al mismo nivel de poder y autoridad que el resto de los directivos del Hospital	1,000	0,622
La Dirección del centro escucha y atiende las preocupaciones/problemas que surgen en la práctica asistencial	1,000	0,414
Existe un programa de orientación para enfermeras de nueva incorporación	1,000	0,403
El salario es adecuado	1,000	0,480
La enfermería controla su propia práctica profesional	1,000	0,432
Se da apoyo a la innovación en la prestación de cuidados	1,000	0,547
Existe flexibilidad en los diferentes turnos/horarios	1,000	0,560
Hay un programa de enfermería clínica que proporciona apoyo a la prestación de cuidados	1,000	0,574
El sistema de prestación de cuidados se basa en el trabajo en equipo	1,000	0,649
El sistema de prestación de cuidados se basa en un modelo de enfermera de referencia	1,000	0,592
El sistema de prestación de cuidados se basa en un modelo de atención global	1,000	0,365
Hay buena relación con otros departamentos tales como limpieza, cocina, etc.	1,000	0,381

La enfermera no ha de afrontar situaciones que van en contra de su juicio profesional	1,000	0,396
Los médicos proporcionan una adecuada atención diagnóstica, médica o quirúrgica	1,000	0,446
Se potencia la obtención de titulaciones superiores	1,000	0,402
Las enfermeras participan activamente en los esfuerzos por optimizar los costos	1,000	0,487
Las enfermeras pueden participar en la selección de nuevos materiales/equipamientos de cuidados	1,000	0,453
Se reconoce públicamente la aportación de las enfermeras a la atención del paciente	1,000	0,526
Los jefes de equipo consultan con las enfermeras los problemas o procedimientos de cuidados en el día a día	1,000	0,414
El entorno es agradable y cómodo para trabajar	1,000	0,420
Hay oportunidades de trabajar en unidades de alta especialización	1,000	0,451
Las enfermeras no han de cambiar nunca de unidad/departamento	1,000	0,415
Las enfermeras pueden participar en la elaboración de plantillas, de festivos, libranzas, etc.	1,000	0,551
Existe un programa de protocolización formal	1,000	0,593
Las enfermeras participan en la elaboración e implantación de procedimientos/protocolos	1,000	0,485

Se utiliza una documentación orientada a la identificación de problemas	1,000	0,502
Se trabaja con enfermeras con mucha experiencia, que conocen bien el hospital	1,000	0,502
Se comunica verbalmente el plan de cuidados del paciente (cambio de turno)	1,000	0,899
Hay una distribución adecuada de personal entre las diferentes unidades	1,000	0,892

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla 20.-Varianza explicada por los autovalores del análisis factorial de la encuesta utilizada.

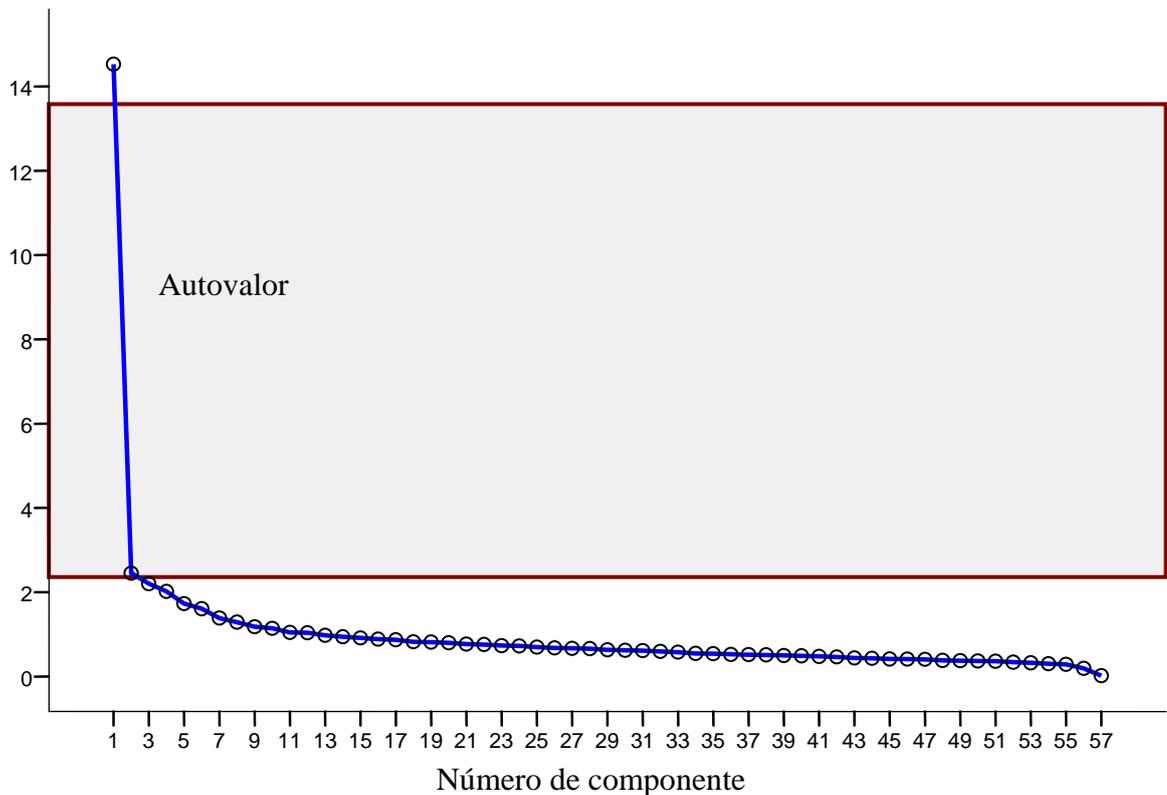
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	14,527	25,486	25,486	14,527	25,486	25,486
2	2,452	4,301	29,787	2,452	4,301	29,787
3	2,203	3,865	33,652	2,203	3,865	33,652
4	2,019	3,541	37,193	2,019	3,541	37,193
5	1,730	3,035	40,229	1,730	3,035	40,229
6	1,608	2,820	43,049	1,608	2,820	43,049
7	1,386	2,432	45,481	1,386	2,432	45,481
8	1,289	2,262	47,743	1,289	2,262	47,743
9	1,181	2,071	49,814	1,181	2,071	49,814
10	1,143	2,006	51,820	1,143	2,006	51,820
11	1,045	1,834	53,654	1,045	1,834	53,654
12	1,035	1,816	55,471	1,035	1,816	55,471
13	0,977	1,715	57,185			
14	0,942	1,653	58,838			
15	0,915	1,606	60,444			
16	0,885	1,552	61,997			
17	0,872	1,529	63,526			
18	0,823	1,444	64,970			
19	0,816	1,431	66,401			
20	0,800	1,403	67,804			

21	0,769	1,349	69,153			
22	0,759	1,331	70,484			
23	0,732	1,284	71,769			
24	0,725	1,272	73,040			
25	0,697	1,223	74,263			
26	0,677	1,188	75,451			
27	0,668	1,172	76,623			
28	0,660	1,158	77,781			
29	0,631	1,107	78,888			
30	0,619	1,087	79,975			
31	0,614	1,077	81,051			
32	0,595	1,043	82,095			
33	0,578	1,014	83,108			
34	0,547	0,960	84,068			
35	0,541	0,949	85,017			
36	0,523	0,918	85,935			
37	0,518	0,909	86,844			
38	0,514	0,902	87,746			
39	0,497	0,871	88,618			
40	0,491	0,861	89,478			
41	0,475	0,833	90,312			
42	0,463	0,812	91,124			
43	0,441	0,773	91,897			
44	0,431	0,756	92,653			
45	0,415	0,728	93,381			
46	0,412	0,722	94,103			
47	0,406	0,713	94,816			
48	0,382	0,669	95,486			
49	0,374	0,657	96,142			
50	0,368	0,646	96,788			
51	0,362	0,636	97,424			
52	0,340	0,596	98,021			
53	0,325	0,571	98,591			
54	0,303	0,532	99,123			
55	0,288	0,506	99,629			
56	0,192	0,337	99,966			
57	0,020	0,034	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Del estudio de las comunialidades de los casos analizados (Tabla 19) y de acuerdo con la varianza explicada con los autovalores iniciales (Tablas 20) se obtienen 12 nuevas variables con una varianza explicada del 55,47% del total. Por tanto, estas variables o componentes principales son las que vamos a estudiar para identificar las relaciones con los restantes factores.

Gráfico 33.-Gráfico de sedimentación de todos los autovalores iniciales del análisis factorial.



Destaca que el primer componente o autovalor inicial explica por sí mismo el 25% de la varianza total, mientras que el resto aporta entre el 1 o 2 %. Por tanto, el primer componente principal equivale en varianza explicada a los 11 restantes componentes.

Tabla 21.-Valores (Kaiser-Mejer-Olkin) KMO y prueba de Bartlett del análisis factorial de la encuesta utilizada.

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin(KMO).		0,946
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	51821,966
	gl	1596
	Sig.	,000

Se observa que la adaptación de los nuevos componentes principales para la explicación de la muestra estudiada y significativa mediante las 2 pruebas. La de KMO y la de Bartlett siendo $p=0,000$ y por tanto altamente significativa.

Tabla 22.-Matriz de correlaciones entre los 12 componentes principales obtenidos y cada una de las preguntas de la encuesta NWI.

	Componente											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Hay servicios de apoyo asistencial	0,484	0,016	0,598	0,050	-0,135	-0,114	-0,126	-0,050	-0,049	-0,09	-0,14	0,341
Hay suficiente n° de enfermeras para proporcionar cuidados adecuados	0,282	0,153	-0,034	0,289	-0,045	0,097	0,055	0,420	0,371	0,080	0,051	0,247
Se trabaja con enfermeras de gran competencia clínica	0,515	0,064	0,574	0,048	-0,155	-0,097	-0,105	-0,037	-0,079	-0,07	-0,014	0,326
Hay personal suficiente para realizar el trabajo	0,472	0,333	0,116	0,377	-0,233	0,337	-0,034	0,040	-0,128	0,135	-0,10	-0,11
Entre los médicos y las enfermeras hay buenas relaciones de trabajo	0,527	0,278	0,148	0,317	-0,330	0,325	0,028	0,010	-0,213	0,118	-0,10	-0,14
Las enfermeras y los médicos trabajan en equipo	0,533	0,258	0,122	0,223	-0,364	0,276	0,044	0,040	-0,160	0,032	0,016	-0,16
La práctica entre médicos y enfermeras está basada en la colaboración simétrica	0,520	0,601	-0,120	-0,12	-0,011	-0,206	-0,051	0,033	-0,091	0,019	0,077	0,044
Los jefes de equipo son receptivos, apoyan y asesoran a las enfermeras	0,471	0,540	-0,174	-0,14	0,066	-0,205	-0,077	0,122	-0,087	-0,02	0,143	0,038

Los jefes de equipo utilizan los errores como una oportunidad de mejora	0,479	0,539	-0,212	-0,14	0,022	-0,280	0,014	0,076	-0,0072	-0,001	0,012	0,052
Su jefe de equipo es un buen gestor y un buen líder	0,491	0,547	-0,211	-0,183	0,042	-0,232	-0,014	0,098	-0,053	-0,065	0,042	0,006
Los jefes de equipo apoyan a la enfermera en la toma de decisiones	0,431	0,127	-0,052	-0,180	0,063	0,045	0,136	0,124	0,185	-0,083	-0,215	0,017
Hay un programa de formación continuada y es accesible para las enfermeras	0,551	-0,051	0,011	-0,264	-0,247	0,017	0,193	0,105	0,053	-0,0037	0,000	0,009
Existe un programa formal de tutorización de enfermeras de nueva incorporación, por parte de enfermeras más expertas	0,572	-0,073	-0,022	-0,274	-0,282	0,096	0,125	0,077	0,024	-0,085	0,002	-0,052
Hay oportunidades de ir obteniendo un mayor grado de responsabilidad en la toma de decisiones de acuerdo con los conocimientos y habilidades adquiridas	0,596	-0,079	-0,034	-0,349	-0,151	0,126	0,085	-0,025	0,100	-0,018	-0,046	-0,117
Hay oportunidades de participación en el establecimiento de las políticas que se desarrollan en el servicio u hospital	0,648	0,106	0,080	-0,140	-0,100	0,011	0,006	-0,187	0,121	0,034	-0,063	0,078
Se reconoce el trabajo bien hecho	0,517	-0,111	-0,071	-0,362	-0,101	0,155	-0,003	0,260	0,096	-0,049	-0,084	-0,143
Existen sistemas de promoción	0,470	-0,132	-0,127	-0,280	0,060	0,203	-0,125	0,270	0,106	0,025	-0,182	0,051
Hay enfermeras asistenciales que participan de una manera activa y formal en la gestión interna del hospital	0,560	-0,034	-0,085	-0,0051	-0,111	0,045	-0,002	-0,023	0,237	-0,144	-0,0269	0,080
Hay oportunidades para discutir, con otras enfermeras, problemas asociados a la atención de los pacientes	0,560	0,000	-0,050	0,046	-0,0147	-0,011	-0,050	0,046	0,196	-0,0120	0,010	-0,041
Hay una misma manera de entender la enfermería que impregna el entorno de trabajo (filosofía, misión)	0,605	-0,134	-0,102	-0,176	-0,031	0,101	-0,102	0,145	-0,051	0,009	-0,0171	-0,006

Hay un programa en activo que facilita la mejora continua de la calidad	0,545	-0,236	-0,203	0,146	-0,204	-0,230	0,052	0,035	-0,0009	-0,120	-0,018	-0,055
La prestación de cuidados se basa en un modelo de enfermería	0,525	-0,258	-0,085	0,120	-0,324	-0,322	0,065	-0,078	0,072	0,173	0,038	0,046
Existe un plan de cuidados escrito para cada paciente	0,546	-0,337	-0,107	0,096	-0,303	-0,300	0,154	0,003	0,042	0,094	0,031	-0,04
Se utilizan correctamente los diagnósticos de enfermería, diferenciándolo de los problemas interdependientes	0,538	-0,246	-0,157	0,193	-0,245	-0,345	0,058	-0,085	0,034	0,205	-0,02	0,007
El registro del plan de cuidados se actualiza en función de la evolución del paciente	0,466	-0,133	-0,130	0,112	0,023	-0,180	-0,213	-0,025	0,153	0,149	0,076	0,018
Se promueve la continuidad de la atención con la asignación de pacientes	0,577	0,062	-0,004	-0,102	0,022	-0,036	-0,318	-0,303	0,236	0,129	-0,008	-0,18
Hay una dirección de enfermería visible y accesible al personal	0,647	-0,029	0,041	-0,072	0,018	-0,048	-0,336	-0,284	0,135	0,175	0,018	-0,124
La dirección de enfermería se preocupa de que las enfermeras proporcionen una atención adecuada	0,345	-0,128	-0,030	-0,082	0,141	0,260	-0,434	0,254	-0,086	0,107	0,200	-0,015
La dirección de enfermería está al mismo nivel de poder y autoridad que el resto de los directivos del Hospital	0,571	-0,033	0,039	-0,161	0,096	0,097	-0,374	-0,225	0,081	0,091	0,102	-0,182
La Dirección del centro escucha y atiende las preocupaciones/problemas que surgen en la práctica asistencial	0,546	-0,146	0,010	-0,237	-0,071	0,102	-0,020	0,114	-0,077	-0,020	0,053	-0,020
Existe un programa de orientación para enfermeras de nueva incorporación	0,396	-0,073	0,323	-0,128	-0,005	0,023	-0,012	-0,017	0,125	-0,143	0,244	0,154
El salario es adecuado	0,493	0,020	-0,058	0,232	0,072	0,137	-0,025	-0,006	0,192	-0,219	0,265	0,024
La enfermería controla su propia práctica profesional	0,599	-0,097	-0,118	0,017	0,088	0,068	-0,041	-0,139	-0,035	-0,068	0,094	0,039
Se da apoyo a la innovación en la prestación de cuidados	0,407	0,009	0,026	0,009	0,177	0,139	0,179	-0,227	0,053	-0,459	-0,043	-0,175
Existe flexibilidad en los diferentes turnos/horarios	0,560	-0,261	-0,162	0,004	0,118	0,047	-0,214	0,095	-0,267	-0,070	-0,038	0,061

Hay un programa de enfermería clínica que proporciona apoyo a la prestación de cuidados	0,594	-0,007	-0,140	0,320	0,041	0,079	-0,044	0,032	-0,091	-0,272	-0,001	-0,077
El sistema de prestación de cuidados se basa en el trabajo en equipo	0,534	-0,281	-0,207	0,214	-0,074	-0,167	-0,018	0,105	-0,233	-0,301	0,080	0,006
El sistema de prestación de cuidados se basa en un modelo de enfermera de referencia	0,536	-0,146	-0,217	0,298	0,081	-0,082	-0,200	0,041	-0,172	-0,222	0,115	-0,034
El sistema de prestación de cuidados se basa en un modelo de atención global	0,345	0,117	0,005	0,333	0,159	0,066	0,108	-0,025	0,120	-0,160	0,033	-0,195
Hay buena relación con otros departamentos tales como limpieza, cocina,...	0,360	-0,075	0,006	0,064	0,052	0,125	-0,057	-0,165	0,103	-0,082	0,258	0,330
La enfermera no ha de afrontar situaciones que van en contra de su juicio profesional	0,467	0,044	0,086	0,180	0,016	0,248	0,001	-0,074	-0,055	0,251	0,029	0,047
Los médicos proporcionan una adecuada atención diagnóstica, médica o quirúrgica	0,567	-0,175	0,067	-0,174	0,019	0,103	0,197	-0,026	-0,046	0,028	0,072	-0,024
Se potencia la obtención de titulaciones superiores	0,447	-0,127	-0,094	0,000	0,135	0,056	0,221	0,038	-0,136	0,252	0,144	-0,058
Las enfermeras participan activamente en los esfuerzos por optimizar los costos	0,507	-0,033	-0,013	-0,156	0,128	0,101	0,339	-0,198	-0,032	0,119	0,087	-0,042
Las enfermeras pueden participar en la selección de nuevos materiales/equipamientos de cuidados	0,564	-0,005	0,099	-0,012	0,100	0,115	0,124	-0,235	-0,053	0,037	0,139	0,090
Se reconoce públicamente la aportación de las enfermeras a la atención del paciente	0,551	0,329	-0,154	-0,047	0,109	-0,159	0,105	-0,167	-0,081	0,065	-0,010	0,028
Los jefes de equipo consultan con las enfermeras los problemas o procedimientos de cuidados en el día a día	0,561	0,158	0,084	0,153	0,118	0,001	-0,006	-0,104	0,078	-0,058	-0,055	0,084
El entorno es agradable y cómodo para trabajar	0,452	-0,114	0,078	-0,133	0,232	0,164	0,080	0,126	-0,079	0,084	0,153	0,198
Hay oportunidades de trabajar en unidades de alta especialización	0,235	-0,029	0,238	-0,050	-0,012	-0,062	0,210	0,221	-0,077	0,228	0,415	-0,094

Las enfermeras no han de cambiar nunca de unidad/departamento	0,412	-0,004	0,090	-0,022	0,228	0,036	0,380	-0,154	0,037	-0,071	0,034	-0,087
Las enfermeras pueden participar en la elaboración de plantillas, de festivos, libranzas, etc.	0,472	-0,134	-0,188	0,013	0,380	0,033	-0,022	0,067	-0,232	0,090	-0,212	0,129
Existe un programa de protocolización formal	0,524	-0,019	-0,126	0,006	0,293	0,063	0,150	-0,195	-0,126	0,156	-0,293	0,163
Las enfermeras participan en la elaboración e implantación de procedimientos/protocolos	0,533	-0,209	-0,180	0,078	0,075	-0,018	0,086	-0,011	-0,215	0,102	-0,125	0,182
Se utiliza una documentación orientada a la identificación de problemas	0,353	0,052	-0,031	0,295	0,253	0,053	0,151	0,191	0,365	0,104	0,060	0,116
Se trabaja con enfermeras con mucha experiencia, que conocen bien el hospital	0,252	-0,003	-0,098	0,366	0,301	-0,071	0,017	0,129	0,253	0,203	-0,230	-0,154
Se comunica verbalmente el plan de cuidados del paciente (cambio de turno)	0,507	-0,088	0,590	-0,001	0,278	-0,313	-0,009	0,197	-0,052	-0,017	-0,068	-0,255
Hay una distribución adecuada de personal entre las diferentes unidades	0,504	-0,083	0,583	0,009	0,283	-0,313	-0,010	0,201	-0,058	-0,020	-0,069	-0,253

Tabla 23.- Casos incluidos en el estudio de correlación entre los componentes principales y la clasificación de hospital según el número de camas.

	Casos					
	Incluidos		Excluidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
REGR factor score 1 for analysis 1 * N ^a de Camas	1996	79,8%	505	20,2%	2501	100,0%
REGR factor score 2 for analysis 1 * N ^a de Camas	1996	79,8%	505	20,2%	2501	100,0%
REGR factor score 3 for analysis 1 * N ^a de Camas	1996	79,8%	505	20,2%	2501	100,0%
REGR factor score 4 for analysis 1 * N ^a de Camas	1996	79,8%	505	20,2%	2501	100,0%
REGR factor score 5 for analysis 1 * N ^a de Camas	1996	79,8%	505	20,2%	2501	100,0%
REGR factor score 6 for analysis 1 * N ^a de Camas	1996	79,8%	505	20,2%	2501	100,0%
REGR factor score 7 for analysis 1 * N ^a de Camas	1996	79,8%	505	20,2%	2501	100,0%
REGR factor score 8 for analysis 1 * N ^a de Camas	1996	79,8%	505	20,2%	2501	100,0%
REGR factor score 9 for analysis 1 * N ^a de Camas	1996	79,8%	505	20,2%	2501	100,0%
REGR factor score 10 for analysis 1 * N ^a de Camas	1996	79,8%	505	20,2%	2501	100,0%
REGR factor score 11 for analysis 1 * N ^a de Camas	1996	79,8%	505	20,2%	2501	100,0%
REGR factor score 12 for analysis 1 * N ^a de Camas	1996	79,8%	505	20,2%	2501	100,0%

En el estudio de correlación entre los componentes principales y la clasificación del hospital según el número de camas, los casos incluidos fueron 1996 en todos ellos.

Tabla 24.- Relación entre los 12 componentes principales y las variables objeto de estudio en el NWI.

Componente	Relación con variables NWI	Dimensión de estudio
Componente 1	V15=0,648 V27=0,647	Liderazgo y apoyo dirección enfermería
Componente 2	V7=0,601 V10=0,547	Relación entre médicos y enfermeras
Componente 3	V1=0,598 V56=0,560	Comunicación de los planes de cuidados y servicios de apoyo asistencial
Componente 4	V55=0,366 V4=0,3777 V16=0,362	Personal suficiente y reconocimiento del trabajo
Componente 5	V51=0,380	Participación en la elaboración de planillas
Componente 6	V24= -0,345	Utilización de diagnósticos de enfermería
Componente 7	V50= -0,380	No tener que cambiar nunca de unidad /departamento
Componente 8	V2=0,420	Personal suficiente
Componente 9	V18=0,237 V26=0,236	Participación en la gestión interna y atención continuada
Componente 10	V34= -0,459	Apoyo en la innovación y prestación de cuidados
Componente 11	V49=0,415	Oportunidades trabajar en unidades alta especialización
Componente 12	V3=0,320 V1=0,300	Competencia clínica

La relación entre los componentes principales y las variables objeto de estudio se asocian positivamente, excepto en el componente nº6 sobre la utilización de los diagnósticos de enfermería $V_{24} = -0,345$ y el componente nº10 sobre el apoyo en la innovación y prestación de cuidados, $V_{34} = -0,459$.

Tabla 25.- Contraste de medias entre los componentes principales y la clasificación de hospital según el número de camas.

Nº de Camas		REGR factor score 1 for analysis 1	REGR factor score 2 for analysis 1	REGR factor score 3 for analysis 1	REGR factor score 4 for analysis 1	REGR factor score 5 for analysis 1	REGR factor score 6 for analysis 1	REGR factor score 7 for analysis 1	REGR factor score 8 for analysis 1	REGR factor score 9 for analysis 1	REGR factor score 10 for analysis 1	REGR factor score 11 for analysis 1	REGR factor score 12 for analysis 1
< de 100	Media	0,-2354361	0,2419738	-0,2510611	0,0783488	0,2231692	-0,1630117	-0,1637111	0,0125129	-0,1158811	-0,1756222	-0,2026924	-0,0377309
	N	116	116	116	116	116	116	116	116	116	116	116	116
	Desv. típ.	1,10717456	0,96118338	0,87295967	0,99955800	1,00584251	0,87157536	1,01802803	1,00337105	1,00834380	1,01182971	1,11605685	1,07741670
entre 101 y 200	Media	-0,0648575	0,0414768	-0,0953364	0,1078601	0,0580924	0,0390533	0,1078097	-0,1168295	0,1901716	-0,0074489	0,1471141	0,0120771
	N	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177
	Desv. típ.	0,96312822	1,03511035	1,03227606	0,94383645	0,99617187	1,01655645	0,90047586	0,99548940	0,99648397	0,99592172	1,00669927	1,01841157
entre 201 y 300	Media	0,1249743	0,3298654	0,2600637	-0,0854667	-0,1306829	0,1659978	0,2266411	-0,2607997	0,1361107	0,2370939	0,1089752	0,1025904
	N	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408
	Desv. típ.	0,89728747	1,00617776	0,86329324	0,93224258	1,05332631	1,02258362	0,99782208	0,94564628	1,03140541	0,99783160	0,85834809	0,99701916
entre 301 y 400	Media	-0,1345228	-0,3415080	-0,1224069	0,0952910	0,0704353	0,0093651	-0,0870720	0,2175362	-0,3708306	-0,0038224	-0,0538206	-0,3146451
	N	284	284	284	284	284	284	284	284	284	284	284	284
	Desv. típ.	1,13866206	0,91265273	1,03917391	1,06315830	0,93876514	1,00118815	0,95124148	0,98869002	0,95411297	0,97665096	0,96961861	1,00243736
entre 401 y 500	Media	-0,0089848	,0626996	0,0263723	-0,0024693	-0,0617844	0,0544338	0,0872931	-0,1550876	,01657008	-0,0459769	0,0165416	0,0889628
	N	341	341	341	341	341	341	341	341	341	341	341	341
	Desv. típ.	0,93069660	1,01541214	1,05479200	0,99226811	0,98841143	1,08764138	0,96214242	1,01027253	0,96484501	1,00962181	1,03905419	1,03430244
entre 501 y 600	Media	-0,2007320	-0,2363492	0,0082940	0,0845578	0,1065518	-0,2246463	-0,2146387	0,3626711	-0,2642062	-0,1046197	-0,0505381	-0,1994985
	N	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276
	Desv. típ.	0,97700043	0,94317820	1,02116911	0,99189745	1,05628970	0,88296883	1,04913334	0,97968442	0,97949142	0,96263453	1,07216092	0,96259239
> de 600	Media	0,1143405	0,-,1506304	-0,1448317	-0,1084379	0,0174723	-0,0505029	-0,1475596	0,1714420	0,0456940	-0,01247453	-0,0929145	0,0945990
	N	394	394	394	394	394	394	394	394	394	394	394	394
	Desv. típ.	0,96443183	0,94046182	1,02914698	1,04776815	0,95251544	0,99172890	0,98144276	0,93575324	0,91525110	0,97024402	0,99397285	0,95923612
Total	Media	0-00197500	-0,00151267	-0,00102389	0,0000718	0,0090576	-0,00024793	-0,00099093	0,0255046	-0,0140171	-0,0098921	-0,0066195	-0,0186346
	N	1996	1996	1996	1996	1996	1996	1996	1996	1996	1996	1996	1996
	Desv. típ.	0,99007391	1,00005862	1,00487172	1,00049613	1,00292119	1,00429728	0,99400541	0,99731009	0,99509399	0,99498778	0,99557537	1,00979187

Tabla 26.- Análisis de la varianza (ANOVA) entre los componentes principales y la clasificación de hospital según el número de camas.

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
REGR factor score 1 for analysis 1 * N° de Camas	Inter-grupos	(Combinadas)	34,207	6	5,701	5,902	0,000
		Linealidad	1,329	1	1,329	1,375	0,241
		Desviación de la linealidad	32,878	5	6,576	6,807	0,000
	Intra-grupos		1921,384	1989	0,966		
	Total		1955,591	1995			
REGR factor score 2 for analysis 1 * N° de Camas	Inter-grupos	(Combinadas)	109,855	6	18,309	19,315	0,000
		Linealidad	38,304	1	38,304	40,409	0,0000
		Desviación de la linealidad	71,551	5	14,310	15,097	0,000
	Intra-grupos		1885,379	1989	0,948		
	Total		1995,234	1995			
REGR factor score 3 for analysis 1 * N° de Camas	Inter-grupos	(Combinadas)	49,082	6	8,180	8,278	0,000
		Linealidad	2,635	1	2,635	2,667	0,103
		Desviación de la linealidad	46,446	5	9,289	9,401	0,000
	Intra-grupos		1965,404	1989	0,988		
	Total		2014,485	1995			
REGR factor score 4 for analysis 1 * N° de Camas	Inter-grupos	(Combinadas)	14,939	6	2,490	2,499	0,021
		Linealidad	1,910	1	1,910	1,916	0,166
		Desviación de la linealidad	13,029	5	2,606	2,615	0,023
	Intra-grupos		1982,041	1989	0,997		
	Total		1996,980	1995			
REGR factor score 5 for analysis 1 * N° de Camas	Inter-grupos	(Combinadas)	19,143	6	3,191	3,193	0,004
		Linealidad	,003	1	0,003	0,003	0,954
		Desviación de la linealidad	19,140	5	3,828	3,831	0,002
	Intra-grupos		1987,529	1989	0,999		
	Total		2006,673	1995			
REGR factor score 6 for analysis 1 * N° de Camas	Inter-grupos	(Combinadas)	30,552	6	5,092	5,111	0,000
		Linealidad	5,263	1	5,263	5,283	0,022
		Desviación de la linealidad	25,288	5	5,058	5,076	0,000
	Intra-grupos		1981,631	1989	0,996		
	Total		2012,183	1995			
REGR factor score 7 for analysis 1 * N° de Camas	Inter-grupos	(Combinadas)	51,973	6	8,662	8,977	0,000
		Linealidad	16,019	1	16,019	16,602	0,000

		Desviación de la linealidad	35,954	5	7,191	7,452	0,000
	Intra-grupos		1919,180	1989	0,965		
	Total		1971,153	1995			
REGR factor score 8 for analysis 1 * N° de Camas	Inter-grupos	(Combinadas)	98,411	6	16,402	17,299	0,000
		Linealidad	32,871	1	32,871	34,669	0,000
		Desviación de la linealidad	65,539	5	13,108	13,825	0,000
	Intra-grupos		1885,871	1989	0,948		
	Total		1984,282	1995			
REGR factor score 9 for analysis 1 * N° de Camas	Inter-grupos	(Combinadas)	83,631	6	13,939	14,654	0,000
		Linealidad	1,628	1	1,628	1,712	0,191
		Desviación de la linealidad	82,003	5	16,401	17,243	0,000
	Intra-grupos		1891,842	1989	0,051		
	Total		1975,473	1995			
REGR factor score 10 for analysis 1 * N° de Camas	Inter-grupos	(Combinadas)	36,204	6	6,034	6,190	0,000
		Linealidad	8,929	1	8,929	9,160	0,003
		Desviación de la linealidad	27,275	5	5,455	5,596	0,000
	Intra-grupos		1938,847	1989	0,975		
	Total		1975,051	1995			
REGR factor score 11 for analysis 1 * N° de Camas	Inter-grupos	(Combinadas)	18,377	6	3,063	3,110	0,005
		Linealidad	3,443	1	3,443	3,495	0,062
		Desviación de la linealidad	14,934	5	2,987	3,033	0,010
	Intra-grupos		1959,008	1989	0,985		
	Total		1977,385	1995			
REGR factor score 12 for analysis 1 * N° de Camas	Inter-grupos	(Combinadas)	49,118	6	8,186	8,202	0,000
		Linealidad	,043	1	0,043	0,043	0,835
		Desviación de la linealidad	49,075	5	9,815	9,834	0,000
	Intra-grupos		1985,143	1989	0,998		
	Total		2034,261	1995			

Cuando se realizó el contraste de medias entre los componentes principales y la clasificación de hospitales según el número de camas, se observa que en todos los factores hubieron diferencias significativas con $p < 0,005$. Tablas 25 y 26.

Tabla 27.-Medidas de asociación entre los componentes principales y la clasificación de hospital según el número de camas.

	R	R cuadrado	Eta	Eta cuadrado
REGR factor score 1 for analysis 1 * N ^a de Camas	0,026	0,001	0,132	0,017
REGR factor score 2 for analysis 1 * N ^a de Camas	-0,139	0,019	0,235	0,055
REGR factor score 3 for analysis 1 * N ^a de Camas	-0,036	0,001	0,156	0,024
REGR factor score 4 for analysis 1 * N ^a de Camas	-0,031	0,001	0,086	0,007
REGR factor score 5 for analysis 1 * N ^a de Camas	0,001	0,000	0,098	0,010
REGR factor score 6 for analysis 1 * N ^a de Camas	-0,051	0,003	0,123	0,015
REGR factor score 7 for analysis 1 * N ^a de Camas	-0,090	0,008	0,162	0,026
REGR factor score 8 for analysis 1 * N ^a de Camas	0,129	0,017	0,223	0,050
REGR factor score 9 for analysis 1 * N ^a de Camas	-0,0029	0,001	0,206	0,042
REGR factor score 10 for analysis 1 * N ^a de Camas	-0,0067	0,005	0,135	0,018
REGR factor score 11 for analysis 1 * N ^a de Camas	-0,0042	0,0002	0,0096	0,0009
REGR factor score 12 for analysis 1 * N ^a de Camas	0,0005	0,000	0,155	0,024

En el estudio de la relación de los 12 componentes principales con el número de camas de los hospitales, se observa que todos ellos están relacionados con un nivel estadísticamente significativo ($p < 0,05$), excepto el 2 y el 8 que se quedan en el límite.

Tabla 28.- Casos incluidos en el estudio de correlación entre los componentes principales y la provincia a la que pertenecen las enfermeras entrevistadas.

	Casos					
	Incluidos		Excluidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
REGR factor score 1 for analysis 1 * Provincia	2192	87,6%	309	12,4%	2501	100,0%
REGR factor score 2 for analysis 1 * Provincia	2192	87,6%	309	12,4%	2501	100,0%
REGR factor score 3 for analysis 1 * Provincia	2192	87,6%	309	12,4%	2501	100,0%
REGR factor score 4 for analysis 1 * Provincia	2192	87,6%	309	12,4%	2501	100,0%
REGR factor score 5 for analysis 1 * Provincia	2192	87,6%	309	12,4%	2501	100,0%
REGR factor score 6 for analysis 1 * Provincia	2192	87,6%	309	12,4%	2501	100,0%
REGR factor score 7 for analysis 1 * Provincia	2192	87,6%	309	12,4%	2501	100,0%
REGR factor score 8 for analysis 1 * Provincia	2192	87,6%	309	12,4%	2501	100,0%
REGR factor score 9 for analysis 1 * Provincia	2192	87,6%	309	12,4%	2501	100,0%
REGR factor score 10 for analysis 1 * Provincia	2192	87,6%	309	12,4%	2501	100,0%
REGR factor score 11 for analysis 1 * Provincia	2192	87,6%	309	12,4%	2501	100,0%
REGR factor score 12 for analysis 1 * Provincia	2192	87,6%	309	12,4%	2501	100,0%

Para asociar los componentes principales y la provincia, se observa que el estudio se realizó con 2192 encuestas, el resto fue excluido.

Tabla 29.- Contraste de medias entre los componentes principales y la provincia a la que pertenecen las enfermeras entrevistadas (componentes 1 al 6).

Provincia	REGR factor score 1 for analysis 1	REGR factor score 2 for analysis 1	REGR factor score 3 for analysis 1	REGR factor score 4 for analysis 1	REGR factor score 5 for analysis 1	REGR factor score 6 for analysis 1
Alicante	Media	0,0578050	-0,0812699	-0,0426095	-0,1137071	-0,0363775
	N	1106	1106	1106	1106	1106
	Desv. típ.	1,01507247	1,01925842	1,02241139	1,01694231	1,01979444
Castellón	Media	-0,02442469	-0,2655448	-0,0895485	0,4884896	0,4611132
	N	93	93	93	93	93
	Desv. típ.	1,06518099	0,95218274	1,06959987	1,04233569	0,91800414
Valencia	Media	-0,0415079	0,1153878	0,0558451	0,0808968	-0,00026687
	N	993	993	993	993	993
	Desv. típ.	0,97193487	0,96956364	0,96554198	0,95529905	0,97501301
Total	Media	0,0000000	0,0000000	0,0000000	0,0000000	0,0000000
	N	2192	2192	2192	2192	2192
	Desv. típ.	1,00000000	1,00000000	1,00000000	1,00000000	1,00000000

Tabla 29.- Contraste de medias entre los componentes principales y la provincia a la que pertenecen las enfermeras entrevistadas (componentes 6 al 12).

Provincia	REGR factor score 7 for analysis 1	REGR factor score 8 for analysis 1	REGR factor score 9 for analysis 1	REGR factor score 10 for analysis 1	REGR factor score 11 for analysis 1	REGR factor score 12 for analysis 1
Alicante	-0,0449628	0,0803470	-0,0596016	0,0228601	-0,00450125	-0,00218487
	1106	1106	1106	1106	1106	1106
	1,01300862	0,99253544	1,01300729	1,00085479	0,96865686	0,98205375
Castellón	-0,03801856	-0,0675147	-0,05834794	0,3368790	-0,0312091	0,0730430
	93	93	93	93	93	93
	0,99229621	1,11301124	0,99177892	1,02665954	1,03921473	0,90593613
Valencia	0,0856860	0,0831671	0,1210302	0,0060891	0,0530576	0,0174941
	993	993	993	993	993	993
	0,97525174	0,99090311	0,096115954	0,99188757	1,02867110	1,02806927
Total	0,0000000	0,0000000	0,0000000	0,0000000	0,0000000	0,0000000
	2192	2192	2192	2192	2192	2192
	1,00000000	1,00000000	1,00000000	1,00000000	1,00000000	1,00000000

Tabla 30- Análisis de la varianza (ANOVA) entre los componentes principales y la provincia a la que pertenecen las enfermeras entrevistadas .

			Suma de cuadrados	de gl	Media cuadrática	F	Sig.
REGR factor score 1 for analysis 1 * Provincia	Inter-grupos	(Combinadas)	10,955	2	5,477	5,500	0,004
		Linealidad	5,282	1	5,282	5,304	0,021
		Desviación de la linealidad	5,672	1	5,672	5,696	0,017
	Intra-grupos		2180,045	2189	0,996		
	Total		2191,000	2191			
REGR factor score 2 for analysis 1 * Provincia	Inter-grupos	(Combinadas)	27,084	2	13,542	13,699	0,000
		Linealidad	19,972	1	19,972	20,204	0,000
		Desviación de la linealidad	7,111	1	7,111	7,194	0,007
	Intra-grupos		2163,916	2189	0,989		
	Total		2191,000	2191			
REGR factor score 3 for analysis 1 * Provincia	Inter-grupos	(Combinadas)	5,851	2	2,925	2,930	0,054
		Linealidad	5,027	1	5,027	5,036	0,025
		Desviación de la linealidad	0,823	1	0,823	0,825	0,364
	Intra-grupos		2185,149	2189	0,998		
	Total		2191,000	2191			
REGR factor score 4 for analysis 1 * Provincia	Inter-grupos	(Combinadas)	42,990	2	21,495	21,905	0,000
		Linealidad	20,291	1	20,291	20,679	0,000
		Desviación de la linealidad	22,699	1	22,699	23,132	0,000
	Intra-grupos		2148,010	2189	0,981		
	Total		2191,000	2191			
REGR factor score 5 for analysis 1 * Provincia	Inter-grupos	(Combinadas)	21,245	2	10,622	10,717	0,000
		Linealidad	0,675	1	0,675	0,681	0,409
		Desviación de la linealidad	20,570	1	20,570	20,752	0,000
	Intra-grupos		2169,755	2189	0,991		
	Total		2191,000	2191			
REGR factor score 6 for analysis 1 * Provincia	Inter-grupos	(Combinadas)	1,328	2	0,664	0,664	0,515
		Linealidad	0,824	1	0,824	0,824	0,364
		Desviación de la linealidad	0,504	1	0,504	0,504	0,478
	Intra-grupos		2189,672	2189	1,000		
	Total		2191,000	2191			
REGR factor score 7 for analysis 1 * Provincia	Inter-grupos	(Combinadas)	22,969	2	11,484	11,596	0,000

		Linealidad	8,683	1	8,683	8,767	0,003
		Desviación de la linealidad	14,286	1	14,286	14,424	0,000
	Intra-grupos		2168,031	2189	0,990		
	Total		2191,000	2191			
REGR factor score 8 for analysis 1 * Provincia	Inter-grupos	(Combinadas)	14,432	2	7,216	7,257	0,001
		Linealidad	14,043	1	14,043	14,123	0,000
		Desviación de la linealidad	0,389	1	0,389	0,391	0,532
	Intra-grupos		2176,568	2189	0,994		
	Total		2191,000	2191			
REGR factor score 9 for analysis 1 * Provincia	Inter-grupos	(Combinadas)	50,136	2	25,068	25,632	0,0000
		Linealidad	16,546	1	16,546	16,918	0,000
		Desviación de la linealidad	33,590	1	33,590	34,345	0,000
	Intra-grupos		2140,864	2189	0,978		
	Total		2191,000	2191			
REGR factor score 10 for analysis 1 * Provincia	Inter-grupos	(Combinadas)	11,169	2	5,585	5,608	0,004
		Linealidad	0,177	1	0,177	0,178	0,674
		Desviación de la linealidad	10,992	1	10,992	11,039	0,001
	Intra-grupos		2179,831	2189	0,996		
	Total		2191,000	2191			
REGR factor score 11 for analysis 1 * Provincia	Inter-grupos	(Combinadas)	5,127	2	2,563	2,567	0,077
		Linealidad	5,016	1	5,016	5,024	0,025
		Desviación de la linealidad	0,111	1	0,111	0,111	0,739
	Intra-grupos		2185,873	2189	0,999		
	Total		2191,000	2191			
REGR factor score 12 for analysis 1 * Provincia	Inter-grupos	(Combinadas)	33,479	2	16,740	16,984	0,000
		Linealidad	28,774	1	28,774	29,194	0,000
		Desviación de la linealidad	4,705	1	4,705	4,774	,029
	Intra-grupos		2157,521	2189	0,986		
	Total		2191,000	2191			

Del análisis de la varianza se aprecia que todos los componentes presentan diferencias significativas, según la provincia, exceptuando los componentes 3, 6 y 11 que como se observa en los valores son muy bajos.

Tabla 31.-Medidas de asociación entre los componentes principales y la provincia a la que pertenecen las enfermeras entrevistadas.

	R	R cuadrado	Eta	Eta cuadrado
REGR factor score 1 for analysis 1 * Provincia	-0,049	0,002	0,071	0,005
REGR factor score 2 for analysis 1 * Provincia	0,095	0,009	0,111	0,012
REGR factor score 3 for analysis 1 * Provincia	0,048	0,002	0,052	0,003
REGR factor score 4 for analysis 1 * Provincia	0,096	0,009	0,140	0,020
REGR factor score 5 for analysis 1 * Provincia	0,018	0,000	0,098	0,010
REGR factor score 6 for analysis 1 * Provincia	0,019	0,000	0,025	0,001
REGR factor score 7 for analysis 1 * Provincia	0,063	0,004	0,102	0,010
REGR factor score 8 for analysis 1 * Provincia	-0,080	0,006	0,081	0,007
REGR factor score 9 for analysis 1 * Provincia	0,087	0,008	0,151	0,023
REGR factor score 10 for analysis 1 * Provincia	-0,009	0,000	0,071	0,005
REGR factor score 11 for analysis 1 * Provincia	0,048	0,002	0,048	0,002
REGR factor score 12 for analysis 1 * Provincia	0,115	0,013	0,124	0,015

Tabla 32.-Casos incluidos en el estudio de correlación entre los componentes principales y los años de experiencia de las enfermeras entrevistadas.

	Casos					
	Incluidos		Excluidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
REGR factor score 1 for analysis 1 * Años de experiencia	2192	87,6%	309	12,4%	2501	100,0%
REGR factor score 2 for analysis 1 * Años de experiencia	2192	87,6%	309	12,4%	2501	100,0%
REGR factor score 3 for analysis 1 * Años de experiencia	2192	87,6%	309	12,4%	2501	100,0%
REGR factor score 4 for analysis 1 * Años de experiencia	2192	87,6%	309	12,4%	2501	100,0%
REGR factor score 5 for analysis 1 * Años de experiencia	2192	87,6%	309	12,4%	2501	100,0%
REGR factor score 6 for analysis 1 * Años de experiencia	2192	87,6%	309	12,4%	2501	100,0%
REGR factor score 7 for analysis 1 * Años de experiencia	2192	87,6%	309	12,4%	2501	100,0%
REGR factor score 8 for analysis 1 * Años de experiencia	2192	87,6%	309	12,4%	2501	100,0%
REGR factor score 9 for analysis 1 * Años de experiencia	2192	87,6%	309	12,4%	2501	100,0%
REGR factor score 10 for analysis 1 * Años de experiencia	2192	87,6%	309	12,4%	2501	100,0%
REGR factor score 11 for analysis 1 * Años de experiencia	2192	87,6%	309	12,4%	2501	100,0%
REGR factor score 12 for analysis 1 * Años de experiencia	2192	87,6%	309	12,4%	2501	100,0%

Tabla 33.-Análisis de la varianza (ANOVA) entre los componentes principales y los años de experiencia de las enfermeras entrevistadas.

			Suma de	gl	Media cuadrática	F	Sig.
REGR factor score 1 for analysis 1 * Años de experiencia	Inter-grupos	(Combinadas)	2,703	4	0,676	0,675	0,609
		Linealidad	0,168	1	0,168	,168	0,682
		Desviación de la linealidad	2,535	3	0,845	0,845	0,469
	Intra-grupos		2188,297	2187	1,001		
	Total		2191,000	2191			
REGR factor score 2 for analysis 1 * Años de experiencia	Inter-grupos	(Combinadas)	7,928	4	1,982	1,986	0,094
		Linealidad	0,357	1	0,357	0,358	0,550
		Desviación de la linealidad	7,571	3	2,524	2,528	,056
	Intra-grupos		2183,072	2187	0,998		
	Total		2191,000	2191			
REGR factor score 3 for analysis 1 * Años de experiencia	Inter-grupos	(Combinadas)	25,406	4	6,352	6,414	0,000
		Linealidad	10,984	1	10,984	11,092	0,001
		Desviación de la linealidad	14,422	3	4,807	4,855	0,002
	Intra-grupos		2165,594	2187	0,990		
	Total		2191,000	2191			
REGR factor score 4 for analysis 1 * Años de experiencia	Inter-grupos	(Combinadas)	10,253	4	2,563	2,571	0,036
		Linealidad	8,615	1	8,615	8,640	0,003
		Desviación de la linealidad	1,638	3	0,546	0,547	0,650
	Intra-grupos		2180,747	2187	0,997		
	Total		2191,000	2191			
REGR factor score 5 for analysis 1 * Años de experiencia	Inter-grupos	(Combinadas)	16,832	4	4,208	4,233	0,002
		Linealidad	6,847	1	6,847	6,888	0,009
		Desviación de la linealidad	9,985	3	3,328	3,348	0,018
	Intra -grupos		2174,168	2187	0,994		
	Total		2191,000	2191			
REGR factor score 6 for analysis 1 * Años de experiencia	Inter-grupos	(Combinadas)	35,523	4	8,881	9,011	0,000
		Linealidad	14,321	1	14,321	14,530	0,000
		Desviación de la linealidad	21,203	3	7,068	7,171	0,000
	Intra-grupos		2155,477	2187	0,986		
	Total		2191,000	2191			
REGR factor score 7 for analysis 1 * Años de experiencia	Inter-grupos	(Combinadas)	16,767	4	4,192	4,216	0,002
		Linealidad	3,958	1	3,958	3,981	0,046

		Desviación de la linealidad	12,810	3	4,270	4,295	0,005
	Intra-grupos		2174,233	2187	0,994		
	Total		2191,000	2191			
REGR factor score 8 for analysis 1 * Años de experiencia	Inter-grupos	(Combinadas)	42,500	4	10,625	10,815	0,000
		Linealidad	19,590	1	19,590	19,941	0,000
		Desviación de la linealidad	22,910	3	7,637	7,774	0,000
	Intra-grupos		2148,500	2187	0,982		
	Total		2191,000	2191			
REGR factor score 9 for analysis 1 * Años de experiencia	Inter-grupos	(Combinadas)	28,046	4	7,012	7,090	0,000
		Linealidad	1,705	1	1,705	1,724	0,189
		Desviación de la linealidad	26,342	3	8,781	8,878	0,000
	Intra-grupos		2162,954	2187	0,989		
	Total		2191,000	2191			
REGR factor score 10 for analysis 1 * Años de experiencia	Inter-grupos	(Combinadas)	63,673	4	15,918	16,365	0,000
		Linealidad	46,628	1	46,628	47,936	0,000
		Desviación de la linealidad	17,045	3	5,682	5,841	0,001
	Intra-grupos		2127,327	2187	0,973		
	Total		2191,000	2191			
REGR factor score 11 for analysis 1 * Años de experiencia	Inter-grupos	(Combinadas)	18,090	4	4,523	4,552	0,001
		Linealidad	,129	1	0,129	0,130	0,719
		Desviación de la linealidad	17,961	3	5,987	6,026	0,000
	Intra-grupos		2172,910	2187	0,994		
	Total		2191,000	2191			
REGR factor score 12 for analysis 1 * Años de experiencia	Inter-grupos	(Combinadas)	23,093	4	5,773	5,824	0,000
		Linealidad	8,316	1	8,316	8,389	0,004
		Desviación de la linealidad	14,777	3	4,926	4,969	0,002
	Intra-grupos		2167,907	2187	0,991		
	Total		2191,000	2191			

En el estudio de contraste de medios entre los componentes principales y los años de experiencia, se incluyeron 2192 encuestas. Tabla 32. En los valores se aprecian diferencias significativas entre los componentes y los años de experiencia en todos los componentes excepto el 1 y el 2. Tabla 33.

Tabla 34.-Medidas de asociación entre los componentes principales y los años de experiencia de las enfermeras entrevistadas.

	R	R cuadrado	Eta	Eta cuadrado
REGR factor score 1 for analysis 1 * Años de experiencia	-0,009	0,000	0,035	0,001
REGR factor score 2 for analysis 1 * Años de experiencia	-0,013	0,000	0,060	0,004
REGR factor score 3 for analysis 1 * Años de experiencia	-0,071	0,005	0,108	0,012
REGR factor score 4 for analysis 1 * Años de experiencia	0,063	0,004	0,068	0,005
REGR factor score 5 for analysis 1 * Años de experiencia	0,056	0,003	0,088	0,008
REGR factor score 6 for analysis 1 * Años de experiencia	-0,081	0,007	0,127	0,016
REGR factor score 7 for analysis 1 * Años de experiencia	-,0043	0,002	0,087	0,008
REGR factor score 8 for analysis 1 * Años de experiencia	0,095	0,009	0,139	0,019
REGR factor score 9 for analysis 1 * Años de experiencia	0,028	0,001	0,113	0,013
REGR factor score 10 for analysis 1 * Años de experiencia	-,0146	0,021	0,170	0,029
REGR factor score 11 for analysis 1 * Años de experiencia	0,008	0,000	0,091	0,008
REGR factor score 12 for analysis 1 * Años de experiencia	0,062	0,004	0,103	0,011

El nivel de correlación entre los componentes principales y los años de experiencia de las enfermeras entrevistadas, se observa que R simple muestra correlación positiva aunque baja en los componentes 4, 5, 8, 9, 11 y 12. En el resto de correlaciones son negativas destacando el 10 que presenta una R= -146.

Tabla 35.- Casos incluidos en el estudio de correlación entre los componentes principales y el sexo de las enfermeras entrevistadas.

	Casos					
	Incluidos		Excluidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
REGR factor score 1 for analysis 1 * Sexo	1915	76,6%	586	23,4%	2501	100,0%
REGR factor score 2 for analysis 1 * Sexo	1915	76,6%	586	23,4%	2501	100,0%
REGR factor score 3 for analysis 1 * Sexo	1915	76,6%	586	23,4%	2501	100,0%
REGR factor score 4 for analysis 1 * Sexo	1915	76,6%	586	23,4%	2501	100,0%
REGR factor score 5 for analysis 1 * Sexo	1915	76,6%	586	23,4%	2501	100,0%
REGR factor score 6 for analysis 1 * Sexo	1915	76,6%	586	23,4%	2501	100,0%
REGR factor score 7 for analysis 1 * Sexo	1915	76,6%	586	23,4%	2501	100,0%
REGR factor score 8 for analysis 1 * Sexo	1915	76,6%	586	23,4%	2501	100,0%
REGR factor score 9 for analysis 1 * Sexo	1915	76,6%	586	23,4%	2501	100,0%
REGR factor score 10 for analysis 1 * Sexo	1915	76,6%	586	23,4%	2501	100,0%
REGR factor score 11 for analysis 1 * Sexo	1915	76,6%	586	23,4%	2501	100,0%
REGR factor score 12 for analysis 1 * Sexo	1915	76,6%	586	23,4%	2501	100,0%

Tabla 36.- Contraste de medias entre los componentes principales y el sexo y la experiencia de las enfermeras entrevistadas (1 al 6).

Sexo		REGR factor score 1 for analysis 1	REGR factor score 2 for analysis 1	REGR factor score 3 for analysis 1	REGR factor score 4 for analysis 1	REGR factor score 5 for analysis 1	REGR factor score 6 for analysis 1
femenino	Media	0,0265004	-0,0099522	-0,0379625	-0,0323283	0,0446178	0,0213370
	N	1626	1626	1626	1626	1626	1626
	Desv. tıp.	1,01640483	0,98767263	1,00713983	0,99680565	1,00760145	0,98871391
masculino	Media	-0,0988586	-0,0680360	0,0850780	0,1547619	-0,1392868	-0,1576974
	N	289	289	289	289	289	289
	Desv. tıp.	0,98060082	1,01579778	0,96774831	1,04248765	0,97540037	0,97423194
Total	Media	0,0075820	-0,0187179	-0,0193940	-0,0040938	0,0168641	-0,0056818
	N	1915	1915	1915	1915	1915	1915
	Desv. tıp.	1,01182757	0,99191672	1,00201594	1,00578704	1,00471789	0,98837058

Tabla 36.- Contraste de medias entre los componentes principales y el sexo y la experiencia de las enfermeras entrevistadas (6 al 12).

		REGR factor score 7 for analysis 1	REGR factor score 8 for analysis 1	REGR factor score 9 for analysis 1	REGR factor score 10 for analysis 1	REGR factor score 11 for analysis 1	REGR factor score 12 for analysis 1
femenino	Media	0,0077730	0,0107991	0,0104377	0,0046583	0,0261153	-0,0002121
	N	1626	1626	1626	1626	1626	1626
	Desv. tıp.	0,97838098	0,99148946	0,98131487	0,98939042	1,00415447	0,99264333
masculino	Media	-0,0972342	0,0566342	-0,1932774	-0,1146560	-0,1413985	0,0195235
	N	289	289	289	289	289	289
	Desv. tıp.	1,06918387	1,02233061	1,02198736	0,99202586	1,01434434	0,99939308
Total	Media	-0,0080741	0,0177163	-0,0203057	-0,0133479	0,0008351	0,0027663
	N	1915	1915	1915	1915	1915	1915
	Desv. tıp.	0,99303526	0,99606855	0,98997802	0,99045082	1,00721987	0,99342795

En relación al estudio de los componentes principales con el sexo de las enfermeras entrevistadas, se partió de 1915 casos. Tabla 35. Se observó que presentaron diferencia de medias en los casos 4, 6, 9, y 11 y en estos casos las diferencias fueron estadísticamente significativas. Tabla 36.

Tabla 37.- Contraste de medias entre los componentes principales y el tipo de unidad de las enfermeras entrevistadas (factores 1 al 6).

Tipo de Unidad		REGR factor score 1 for analysis 1	REGR factor score 2 for analysis 1	REGR factor score 3 for analysis 1	REGR factor score 4 for analysis 1	REGR factor score 5 for analysis 1	REGR factor score 6 for analysis 1
Medica	Media	-0,0426052	-0,0395405	0,0335707	-0,0170818	-0,0250215	-0,0438701
	N	980	980	980	980	980	980
	Desv. típ.	0,98347588	1,03152625	0,99019721	0,98528966	1,01894535	1,01577670
Quirúrgica	Media	0,0578919	-0,0230336	0,0908886	0,0319020	-0,0066702	0,1058514
	N	572	572	572	572	572	572
	Desv. típ.	0,99825313	1,01467474	0,97347928	0,99100371	1,00059365	1,00419200
Críticos	Media	0,0477886	0,1524922	-0,1157961	0,0455551	-,00119847	0,0015593
	N	472	472	472	472	472	472
	Desv. típ.	1,02431441	0,91178011	1,01945964	1,03299335	0,96753921	0,96287652
Otros	Media	-,03892670	0,1881168	-,02562662	-0,1062324	-0,0547711	0,0861022
	N	29	29	29	29	29	29
	Desv. típ.	0,90877289	0,85344932	1,18771097	0,82697544	0,73388329	0,96991825
NS/NC	Media	-0,0189104	-0,1835021	-0,1640298	-0,1433748	0,2559825	-0,1495487
	N	139	139	139	139	139	139
	Desv. típ.	1,03753909	0,97409083	1,01857453	1,05310098	0,99627858	0,97218102
Total	Media	0,0000000	0,0000000	0,0000000	0,0000000	0,0000000	0,0000000
	N	2192	2192	2192	2192	2192	2192
	Desv. típ.	1,00000000	1,00000000	1,00000000	1,00000000	1,00000000	1,00000000

Tabla 37- Contraste de medias entre los componentes principales y el tipo de unidad de las enfermeras entrevistadas (6 a 12).

Tipo de Unidad		EGR factor score 7 for analysis 1	R	REGR factor score 9 for analysis 1	REGR factor score 10 for analysis 1	REGR factor score 11 for analysis 1	REGR factor score 12 for analysis 1
Medica	Media	0,0509474	-	0,0205363	-0,0025724	0,0167322	-0,0173890
	N	980	0,016841,0435636	980	980	980	980
	Desv. típ.	1,05918295	1,01586841	1,00070481	0,98067944	0,99460186	0,99460186
Quirúrgica	Media	-0,0470150	-0,0311693	0,1788899	0,0712603	0,1337503	0,1337503
	N	572	572	572	572	572	572
	Desv. típ.	0,90449084	0,98396464	0,96754300	1,00242738	0,99307462	0,99307462
Críticos	Media	0,0065775	0,0863437	-0,2051685	-0,071502	-0,1846641	-0,1846641
	N	472	472	472	472	472	472
	Desv. típ.	0,97148001	0,96996970	0,97987358	1,03034415	0,98114448	0,98114448
Otros	Media	0,0760975	-,3771427	0,0140727	0,0487220	-0,5396211	-0,5396211
	N	29	29	29	29	29	29
	Desv. típ.	1,13635990	1,17239584	1,17669415	0,99862647	1,18565442	1,18565442
NS/NC	Media	-0,2039375	0,0324948	-0,1871888	-0,2609923	0,0712787	0,0712787
	N	139	139	139	139	139	139
	Desv. típ.	0,98944405	0,99855676	1,01303182	0,99007916	0,97394258	0,97394258
Total	Media	0,0000000	0,0000000	0,0000000	0,0000000	0,0000000	0,0000000
	N	2192	2192	2192	2192	2192	2192
	Desv. típ.	1,00000000	1,00000000	1,00000000	1,00000000	1,00000000	1,00000000

Por último, en el estudio de asociación entre componentes principales y el tipo de unidad, se partió de 2192 encuestas. Cabe destacar que la mayoría presentaron valores negativos/positivos según el tipo de unidad, aunque tuvieron significación estadística con $p < 0,05$ los componentes principales 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10 y 11.

6. DISCUSIÓN.

En primer lugar quería hacer mención y destacar la fortaleza del estudio en cuanto al elevado número de respuestas así como el número total de enfermeras que han contestado. Analizando los resultados y comparado con otros estudios españoles de esta magnitud como el de González Torrente, en el Análisis por parte de las enfermeras de Baleares de los entornos de práctica hospitalaria y de atención primaria, mediante el cuestionario PES-NWI (174), su porcentaje de respuestas ha sido el 54,7%. Por tanto la fiabilidad de los datos así como la especificidad y sensibilidad cobra más relevancia si cabe por la representatividad de la muestra. Es posible que la metodología diferenciada de modo presencial con respecto a otro tipo de estudios que la respuesta solicitada sea vía telefónica como por correo tanto postal como electrónico hayan hecho que el porcentaje de contestación de respuestas se sitúe con estándares de alto cumplimiento.

Los resultados obtenidos nos orientan positivamente en los atributos estudiados, destacando el bajo nivel de abandonos del personal de enfermería, una flexible programación 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 respecto a los profesionales de enfermería. En la actualidad, hay que tener en cuenta el contexto de la Comunidad Valenciana y los niveles de abandono donde existe una excesiva oferta de plazas académicas de las diferentes Universidades (Valencia, Castellón y Alicante) provocando un elevado número de profesionales enfermeros que se incorporan al mercado laboral donde la oferta de puestos de trabajo ya es inferior a la numerosa demanda de recién graduados.

Cabe destacar como dato negativo la percepción de una inadecuada participación en cursos de formación continuada por no encontrarla suficientemente accesible. Podría estar relacionada esta respuesta con la oferta formativa del Plan de Formación Anual tanto continua como continuada de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES) que de manera centralizada oferta una amplia cartera de cursos que se adaptarían a las necesidades, aunque la accesibilidad es en turno de tardes, y no en jornada laboral. No obstante, la AVS permite la asistencia a cursos con días de libre disposición de los profesionales.

En los centros hospitalarios, no existe habitualmente un programa para tutorizar a profesionales de nueva incorporación, dando lugar a un amplio margen de mejora, dada la importancia que tiene en la seguridad y acogida de las nuevas enfermeras. Es preciso implantar acciones de mejora en el liderazgo directivo y apoyo a los profesionales como criterio fundamental de un modelo que requiere mejorar la visibilidad y cercanía hacia los profesionales de enfermería.

Los resultados en salud en cuanto a la provisión de cuidados enfermeros en organizaciones hospitalarias de la C.V. no son reconocidos ni suficientemente visibles habitualmente por la sociedad. La movilidad de los profesionales de enfermería y la alta rotación provoca una merma en la calidad asistencial. La percepción de las enfermeras de movilidad entre diferentes unidades de hospitalización con diferentes perfiles de pacientes y cuidados es muy elevada.

También podríamos deducir una falta de conocimiento de las enfermeras referente a la política interna del centro así como la interiorización de la misión, visión y valores lo que dificulta, entre otras cuestiones, el sentido de pertenencia la creatividad e innovación, y en consecuencia la satisfacción en el trabajo. Es paradójico y llama poderosamente la atención porque algunos centros hospitalarios han implantado sistemas de gestión de calidad del tipo EFQM donde la participación de los profesionales es fundamental en este criterio. Es posible que los mecanismos de comunicación y participación de los profesionales no sea el más adecuado (96).

Analizando lo anteriormente expuesto, observamos que las características de los centros hospitalarios de la Comunidad Valenciana, en relación al entorno laboral, quedan distanciadas si las comparamos con los ideológicos atributos de los llamados “hospitales magnéticos”. Existe una diferencia significativa en cuanto a la autonomía, relación médico-enfermera y desarrollo profesional. En estos hospitales la autonomía es la clave para el éxito profesional. No obstante, la concepción de la autoridad de las enfermeras valencianas se hallaba en un nivel óptimo al igual que las relaciones profesionales y organización interna.

Finalmente, se realiza una discusión sobre las luces y sombras de estos resultados, evidenciándose una escasa posibilidad de desarrollo profesional (programa de desarrollo, promoción interna, formación continuada, carrera profesional) de las enfermeras para acrecentar su experiencia clínica (112), (113).

Los factores organizativos identificados como más deficientes son muy heterogéneos. La formación (en los términos expresados en el NWI-R) y la tutorización de las enfermeras de nueva incorporación deberían considerarse claramente una cuestión a mejorar de manera prioritaria.

Se hace necesario el desarrollo de programas que faciliten oportunidades de promoción profesional en el área asistencial y no sólo hacia la gestión, como la implantación de programas de Enfermería clínica o gestión de casos, e incluso, la posibilidad de introducir elementos innovadores en la gestión de recursos que permitan liberar parcialmente de la asistencia a enfermeras expertas, para que ejerzan funciones de consultoría, formación, asesoramiento a la clínica o a la gestión e investigación (expertos en unidades de referencia) (115).

Aunque numerosos autores concluyen en sus trabajos que la relación profesional entre enfermeras y médicos es un elemento facilitador para minimizar los errores clínicos, aumentar la productividad y mejorar los resultados, los resultados obtenidos nos orientan como fortaleza de las organizaciones de la C.V. a pesar de quedar un amplio margen de mejora. Probablemente este resultado sea un reflejo adecuado de la realidad, y muy posiblemente arrastra connotaciones históricas y culturales y un modelo organizacional excesivamente jerarquizado a pesar de las nuevas tendencias de modelos matriciales orientados al paciente (116), (118).

La representatividad de la muestra estudiada, que incluye enfermeras asistenciales de todas las áreas y centros hospitalarios de diferentes características en cuanto a número de camas, servicios ofertados y grado de complejidad (Niveles I, II, III y IV) permiten estimar que esta situación es extrapolable a la mayoría de centros hospitalarios del sistema público de salud en nuestro país, coincidiendo con los estudios de nuestro país (3), (4), (23), (173), (174).

Los factores organizativos que obtienen puntuaciones bajas se asocian sobre todo a la gestión de recursos en su significado más amplio, como horarios, turnos, planificación de libranzas, contemplación de tiempos no asistenciales para la participación en programas del centro, falta de reconocimiento generalizado de los programas de Enfermería clínica, número de enfermeras y distribución en las unidades, etc. Estos elementos influyen directamente en el desarrollo de otros, tales como el reconocimiento público de la aportación enfermera (efecto invisibilidad), el

reconocimiento del trabajo bien hecho o las dinámicas de trabajo en equipo (100), (102).

La competencia para el desempeño profesional es percibida como notable y sobresaliente. Está relacionado probablemente con la formación académica y postgrado así como la experiencia de las enfermeras de nuestro país y también de nuestra comunidad autónoma. En los últimos años las enfermeras españolas son buscadas en el mercado laboral europeo, entre otras cuestiones por la competencia. Puede haber un sesgo de selección de corporativismo profesional (131).

El liderazgo de los mandos intermedios (supervisores de enfermería) desde las dimensiones estudiadas el apoyo, asesoramiento y cercanía es percibido como una fortaleza. También destaca afirmativamente el aprovechamiento de los errores como ámbito de mejora. Expertos en seguridad del paciente refieren como acciones estratégicas utilizar los errores como mejora de la seguridad del paciente declarando los errores sin visión no punitiva para llevar a cabo un cambio de cultura proactiva donde el liderazgo del supervisor de enfermería es fundamental. También es una fortaleza de los mandos enfermeros la percepción de las enfermeras dando soporte y apoyo a las enfermeras en su toma de decisiones, en definitiva identificándolo como un buen jefe y gestor de forma mayoritaria.

Analizando la formación continuada, existe una percepción mayoritaria de cubrir las expectativas, siempre mejorables en cuanto a la oferta formativa, pudiendo estar relacionada con el Plan de Formación Anual tanto continua como continuada de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES) que de forma centralizada oferta una amplia cartera de cursos que se adaptarían a las necesidades, aunque la accesibilidad es en turno de tardes, y no en jornada laboral. La AVS permite la asistencia a cursos con días de libre disposición de los profesionales.

Los planes de acogida a los profesionales de nueva incorporación requieren de una revisión importante por la gran debilidad detectada, siendo un área fundamental en la pertenencia a una organización. Habría que rediseñar acciones de mejora.

La promoción así como las oportunidades de participación en políticas y estrategias de las organizaciones sanitarias, así como el conocimiento de la misión, visión y valores requieren un abordaje de mejora. Destacar que los modelos de excelencia

empresarial de gestión de calidad como la EFQM incorporan acciones que garantizan el éxito empresarial en este criterio (96).

Por otra parte, la satisfacción de las personas en el reconocimiento de sus jefes del trabajo bien hecho, no se percibe como fortaleza que exista una cultura herramientas y acciones motivadoras donde el profesional se sienta reconocido por su quehacer profesional así como las insuficientes oportunidades de promoción. Es precisamente esta una dimensión que siendo adecuada permite la fidelización de los profesionales y cuando no se percibe todo lo que se debería puede provocar cambio de puesto de trabajo, desmotivación, abandono, en definitiva, elementos de ámbito laboral que se acercan con el *bornaut*. El marco conceptual enfermero en la C.V. entendido como un ordenamiento uniforme de cómo entender la profesión atendiendo a un modelo de cuidados, identificando la misión, visión y valores de la disciplina enfermera presenta variabilidad y no está normalizado. Es otro criterio de gran relevancia en los modos excelentes por lo que requiere un análisis más profundo del porqué de esta situación.

Las Direcciones de Enfermería como responsables de la gestión del cuidado enfermero aprueban sin grandes logros una de sus principales funciones dentro del liderazgo por valores dada la importancia en la cultura organizacional aspectos como la cercanía y accesibilidad a los profesionales de enfermería y requiere un rediseño de acciones de mejora. Hay que reflexionar sobre la existencia de un amplio margen de mejora en los resultados relacionados con la preocupación porque las enfermeras proporcionen una atención adecuada. En este contexto, la visualización de la presencia formal en los organigramas institucionales de las Direcciones de Enfermería no está bien percibida por las enfermeras de la C.V.

Los mandos intermedios, identificados en nuestro entorno como supervisores de enfermería ejercen y cumplen con suficiencia el liderazgo dando apoyo, asesoramiento y cercanía a los profesionales que dirigen. Suelen aprovechar adecuadamente los errores como elemento de mejora. La participación y comunicación entre los supervisores con los profesionales de enfermería en los cuidados diarios es percibida positivamente.

La oferta de programas formativos en atención continua y continuada es accesible y se adapta a las necesidades de las enfermeras de la C.V. No obstante, se detecta una importante debilidad en la ausencia formal programas de tutorización a profesionales de nueva incorporación. Es una dimensión muy ponderada en los centros de excelencia americanos. La guía de acogida a profesionales de enfermería de nueva incorporación está normalizada pero está poco implantada, siendo fundamental como programa de orientación a dichos profesionales que ven por primera vez su lugar de trabajo en una organización muy compleja y requieren de acompañamiento.

Escasas oportunidades de participación en las políticas y estrategias de las organizaciones por parte de las enfermeras, a pesar de sentirse capacitadas para desarrollar conocimientos y asumir responsabilidades. Por otra parte, existe un amplio margen de mejora en el reconocimiento del trabajo bien hecho como elemento motivador. Tampoco se perciben grandes oportunidades de promoción así como la participación activa en las organizaciones hospitalarias. Estos aspectos están íntimamente relacionados con el clima laboral y la fidelización profesional en los centros de excelencia americanos a través de su modelo de hospital magnético (132), (134), (135), (137).

Se da una situación favorable para compartir juicios y evolución clínica de los pacientes hospitalizados con otros colegas, a pesar de que existen pocos espacios formales de realización de sesiones clínicas enfermeras para poder debatir y analizar situaciones de atención a pacientes. Los planes de cuidados, como herramienta del método científico enfermero no están suficientemente implantados, encontrándose variabilidad en su puesta en marcha y validación. La metodología de cuidados y su implantación a través del uso de Taxonomías Nanda, Noc y Nic (NNN) normalizadas de un lenguaje común requiere un amplio recorrido y un rediseño en el modelo a seguir (138).

La continuidad asistencial en los pacientes hospitalizados está garantizada de forma adecuada a través del cambio de turno y la asignación de pacientes promueve la continuidad de cuidados (139), (141), (145).

La escasez de espacios formales para llevar a cabo un adecuado modelo de gestión del conocimiento a través de sesiones clínicas y técnicas de consenso sobre la

práctica clínica enfermera (por otra parte normalizada en la profesión médica) hace que la capacidad de compartir juicios y evolución clínica de los pacientes hospitalizados con otros colegas sea deficiente (141), (142).

Analizando la interiorización de la misión y valores de la enfermería como profesión en la C.V, además si se ordena como disciplina científica, se detecta mucha variabilidad en la concepción de la enfermería como profesión pudiendo estar relacionada ,entre otros factores ,el no estar definido claramente el marco conceptual enfermero así como los cambios en pocos años de la profesión coincidiendo posicionamientos profesionales diferentes (formación pública y privada, profesionales de enfermería con muchos años de antigüedad versus profesionales noveles , las recientes incorporaciones en la profesión destacando las Especialidades , Grado y Máster) y posiblemente con el elevado número de profesionales del sexo femenino. Por otra parte, el debate teórico, en algunos casos de la existencia de modelos de cuidados en los hospitales, defendido tanto por Universidades como en algunos casos gestores, no parece que sea importante o relevante para la práctica clínica de las enfermeras (147), (148).

Los registros enfermeros, su magnitud e implantación generan gran variabilidad. Casi la mitad de los hospitales orientan la metodología de cuidados a través de la normalización de un lenguaje común, destacando por tanto un amplio margen de mejora. La Ley de Noviembre del Año 2002 sobre derechos y deberes del paciente en materia de documentación clínica recoge que en la historia del paciente se encuentren, entre otros documentos, los planes de cuidados. En diferentes centros asistenciales se ha implantado la informatización de los planes de cuidados que facilitan el conocimiento y la implantación de los mismos. La reciente apuesta de la AVS por incluir en su red de hospitales el desarrollo en el Sistema de Información Hospitalaria (HIS) con el Proyecto de HCE , incluyendo el módulo de la estación de enfermería que incluye estos criterios y puede facilitar, sin lugar a dudas la mejora de esta ámbito (163).

La metodología de cuidados así como el registro de la evolución del paciente y su implantación a través del uso de taxonomías como los Diagnósticos de Enfermería tipo Nanda, los Resultados NOC y las Intervenciones NIC, la Taxonomía Cipe u otros, es un aspecto que ha generado mucha controversia en el avance de la disciplina en la búsqueda de la normalización del lenguaje enfermero. La mayor

parte de enfermeras refieren que es escasa su utilización en la práctica clínica, coincidiendo con estudios orientados a este ámbito, siendo un resultado negativo en las variables estudiadas. Entre los componentes principales estudiados asociadas a las variables estudiadas se objetiva una relación negativa. Destaca también negativamente un grupo de enfermeras que no sabe o desconoce si están implantados o no los planes de cuidados en las organizaciones sanitarias de la AVS. Por otra parte, y es relativamente contradictorio, las enfermeras contestan en un porcentaje muy elevado la actualización de los planes de cuidados y sus registros en la historia del paciente. Podría intuirse la falta de conocimiento de lo que es un plan de cuidados y el registro de un cuidado, dado que las respuestas presentan grandes diferencias en función de si se orienta la implantación de los planes estandarizados o el registro evolutivo. Puede ser especialmente preocupante, al igual que en los estudios consultados que uno de los motivos sea encontrarles escasa utilidad (164), (165).

La continuidad asistencial es una dimensión fundamental en la calidad de los cuidados y de la asistencia prestada a los pacientes. La herramienta del Informe de Enfermería al Alta o Informe de continuidad de cuidados está insuficientemente implantada en los hospitales de la C.V. La Historia Clínica Digital como proyecto nacional de Ministerio de Sanidad, liderado por la AVS, incorpora el Informe de Enfermería como elemento básico de información que debe impulsar la continuidad de cuidados (166).

El liderazgo directivo y la importancia en la cultura organizacional con dimensiones de inteligencia emocional de los mandos como la cercanía y accesibilidad, capacidad de escucha así como la preocupación de los profesionales requiere un rediseño dado que la visibilidad directiva y el estilo de mando es un aspecto fundamental en las organizaciones de personas. Se evidencia una gran debilidad en la percepción de los profesionales tan negativa de valores como la capacidad de escucha, la asertividad así como la cercanía, alejados de los profesionales asistenciales. Los modelos de motivación organizacional donde la afectividad es un referente en las organizaciones sanitarias para conseguir la eficiencia y los logros de las organizaciones, requiere un análisis profundo dado el suspenso percibido. El entrenamiento o término relativamente moderno “*coaching*” directivo debe ser un aspecto a estudiar, formar e implantar.

Los organigramas de las organizaciones hospitalarias han ido adaptándose a diferentes modelos organizativos. El posicionamiento directivo de las Divisiones de Enfermería en organizaciones matriciales o jerárquicas y verticales permite un posicionamiento diferente en función del espacio que ocupan en la organización. En este contexto, la autoridad directiva así como el poder de decisión de los Directivos de Enfermería con respecto al resto de direcciones, atendiendo a la percepción de las enfermeras sitúa a los Directivos de Enfermería con escaso nivel de autoridad formal, en el posicionamiento directivo con respecto al resto de direcciones de la estructura de las organizaciones hospitalarias.

El salario, como elemento motivador es percibido, mayoritariamente por las enfermeras como adecuado y suficiente. Destaca como fortaleza el sentimiento de motivación económica suficiente en el sueldo, pudiendo estar relacionado con el elevado sexo femenino en la profesión enfermera -que se ve reflejado en el estudio y en los consultados con porcentajes por encima del 80% de sexo femenino-, donde históricamente se relacionaba como un complemento familiar y su contribución económica no era del todo relevante. No obstante el sesgo profesional hay que tenerlo en cuenta porque muy pocas profesiones se consideran reconocidas en el salario.

La competencia profesional y experiencia de las enfermeras de la C.V. es percibida de manera notable.

En las organizaciones hospitalarias, en el área de hospitalización fundamentalmente, con la prestación de cuidados de manera continuada, requiere un trabajo a turnos de mañana, tarde y noche siendo un elemento que afecta al ritmo circadiano. Para minimizar los problemas potenciales, es fundamental la ordenación de turnos en calendarios ergonómicos. Destaca positivamente la participación de las enfermeras en su elaboración. Es importante gestionar que los turnos y horarios flexibles coincidan con la personalización de los cuidados y que no ponga en peligro la referencia de relación y cuidados personalizados enfermera / paciente.

La gestión clínica y de cuidados es una reciente fórmula de gestión, importante para una mejor prestación de cuidados y de calidad asistencial. Las vías clínicas permiten la aportación enfermera a través de los planes de cuidados. No obstante se objetiva una escasa implantación.

El trabajo en equipo es percibido como una fortaleza por un notable número de enfermeras como un sistema de prestación de cuidados de calidad y se está llevando a cabo en las organizaciones de la C.V.

El modelo de enfermera de referencia, relativamente reciente, así como la atención integral está siendo impulsado como elemento diferenciador de mejora en la prestación de cuidados de pacientes hospitalizados donde la enfermera personaliza la atención integral, siendo el referente del paciente durante su estancia hospitalaria. Existe variabilidad en la percepción de las enfermeras entrevistadas. Este modelo se garantiza y no se compromete con turnos de trabajo donde las presencias de las enfermeras se mantienen y existe poca rotación de turnos y jornadas laborales no por encima de 12 horas. La bioética, el código deontológico y los valores son elementos clave para una garantía de los cuidados.

La competencia de la práctica clínica médica desde la seguridad del paciente es percibida notablemente por las enfermeras, coincidiendo con resultados de estudios de seguridad de pacientes, destacando entre otros el reciente eurobarómetro europeo sobre seguridad y confianza de los profesionales y los centros asistenciales.

La formación, investigación, así como innovación y desarrollo en nuevas fórmulas de prestación de cuidados es un elemento altamente motivador para las enfermeras. Con el nuevo escenario del Espacio Europeo de Formación Superior (EESS) se crea un marco de desarrollo profesional con la puesta en marcha del Grado, Especialidades y Doctorado. Comparando nuestro modelo académico con el de EEUU, bien es cierto que existen diferentes grados de desarrollo profesional aunque las competencias y formación es menor que en Europa y España.

Las enfermeras de la C.V. se sienten partícipes e implicadas en la mejora de la eficiencia a través de una adecuada gestión y control de los costes hospitalarios. Consideran que la incorporación de nuevas tecnología en la prestación de cuidados, la innovación con los recursos materiales así como el equipamiento debe ser evaluada por los profesionales de enfermería expertos que son los que mejor la conocen. En nuestra comunidad existe participación a través de la central de compras, donde enfermeras expertas son seleccionadas por competencia y puesto de trabajo a valorar técnicamente productos de línea de producción enfermera (apósitos, catéteres, material fungible fundamentalmente).

Existen escasas publicaciones de resultados en términos de cuidados y la aportación enfermera, no siendo visibles suficientemente en la sociedad. La importancia de los cuidados enfermeros y el reconocimiento público pasa por definir estrategias de liderazgo asistencial que traslade a la población la magnitud y relevancia. Hay mucho que aprender en este sentido con los modelos americanos donde Programas de Reconocimiento y Acreditación de Estándares de Cuidados (*Magnet*) han permitido el reconocimiento público de centros de excelencia, destacando los mejores hospitales entre otros el Mont Sinay o la Clínica Mayo.

La comunicación y participación así como el entorno agradable y ergonómico para el desempeño profesional son dimensiones que se aprueban pero que requiere un amplio margen de mejora en las organizaciones hospitalarias valencianas(167), (168).

El entorno laboral no es considerado suficientemente agradable y amigable, con elementos ergonómicos, siendo una debilidad en la comparabilidad con los centros excelentes americanos, al igual que la gestión clínica y de cuidados a través de las vías clínicas que está escasamente implantado en los hospitales de la C.V. La orientación al paciente, no es percibida como fortaleza y se objetiva una debilidad manifiesta en esta dimensión fundamental y se requiere un rediseño organizativo para orientar los procesos asistenciales al paciente en las organizaciones asistenciales de la C.V.

La movilidad de los profesionales de enfermería y la alta rotación provoca una merma en la seguridad del paciente así como una pérdida importante de la calidad asistencial. Existe en algunos hospitales el modelo de “retén “que cubre espacios asistenciales de cuidados a través de las incidencias diarias, provocando una elevada rotación de puestos de trabajo. Es preocupante este aspecto estudiado y debería llevarse a cabo modelos de gestión que minimice lo posible este aspecto negativo que incide sin lugar a dudas en la calidad asistencial.

La normalización y protocolización de los procesos asistenciales minimizan la variabilidad de los cuidados aumentando la calidad asistencial. Las enfermeras de la C.V. atribuyen que se está trabajando con programas de protocolización, La mayoría de las enfermeras consideran que participan en la implantación de manuales de procedimientos y protocolos.

Los registros y documentación sobre la orientación a la identificación de problemas es percibido por de forma positiva, aunque tiene un amplio recorrido en la mejora y su puesta en marcha. La competencia profesional y experiencia así como la continuidad asistencial de las enfermeras es percibida de forma notable y como una fortaleza.

Los hospitales magnéticos en EEUU tenían un menor porcentaje de mortalidad que el resto de hospitales y puntuaciones más altas en las escalas del NWI-R(6),(7),(8), 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 prestar 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, destacando EEUU y América Latina, están reaccionando ante la situación enunciada en el momento actual y están demandando de las instituciones de salud que planifiquen la provisión de personal de enfermería en colaboración, tratando de diseñar los planes de estándares de calidad por paciente/grupo de pacientes, inclusive en algunos estados y países se ha introducido legislación que regula estándares de profesionales para garantizar la calidad asistencial (5), (6), (9).

En nuestro país, el sistema de planificación de recursos humanos ha estado ordenado a través de parámetros de escaso rigor, haciéndose más patente en atención especializada, basados en el histórico de las organizaciones, poco vinculados a la necesidad de cuidados de la población o, cuando menos, con métodos poco evaluados. Todas las revisiones realizadas al respecto evidencian la pobreza de los métodos empleados, fundamentalmente, porque todos carecen de un sólido sustento teórico y la mayoría de estudios se han realizado con instrumentos no validados (14), (17).

Se han acometido experiencias aisladas a través de herramientas validadas como el *Project Research Nursing (PRN)* en hospitalización, la Parrilla de Montesinos que mide y establece niveles de dependencia de cuidados y el método Plaisir que establece criterios relacionados con los presupuestos económicos pero el objetivo inicial ha sido utilizado por gestores en la búsqueda del “ahorro de costes”.

Esta herramienta se basa fundamentalmente en medición de cargas de trabajo y tiempos, dejando a un lado la parte bio-psico- social del cuidado. Parece ser que está más normalizado o extendido la dotación de plantillas y la relación de presencias en Unidades de Críticos, aunque no está consensuada totalmente la utilización de herramientas tipo Apache u otras de forma global (21), (22), (23), (25).

En la literatura científica actual no encontramos una definición aceptada a nivel internacional sobre la complejidad de cuidados, asociado a las cargas de trabajo, a los recursos necesarios, a la intensidad de cuidados, al nivel de dependencia o al conocimiento clínico requerido en la prestación de cuidados a enfermos en situaciones críticas o urgentes. La tendencia a asociar las cargas de trabajo, obliga a orientar la práctica enfermera hacia un modelo instrumental dirigido hacia la técnica, dejando de lado el cuidado y los valores del mismo, siendo instrumentos que describen la cantidad de tiempo, poniendo en peligro la magnitud del cuidado humanizado, donde la atención personalizada de cada enfermo introducen variables de complejidad que pueden requerir transformar radicalmente los estándares de cuidados para adecuarlos a cada individuo (32), (39).

En una revisión de estudios sobre instrumentos de medición de intensidad de cuidados por Subirana, refiere que para garantizar la medida de la totalidad de la actividad de Enfermería se debería asegurar que el instrumento utilizado contenga todos los elementos relacionados con el proceso de Enfermería y que garantice la pertinencia, y continuidad de los cuidados enfermeros en la medida de la actividad de Enfermería y su repercusión en los resultados en salud y que evidencia falta de validez debido a que no existe un *gold standard* (171).

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 los profesionales de enfermería nos proporcionan información válida acerca del ambiente de trabajo en las instituciones y las oportunidades de mejora siendo considerados una herramienta válida para incorporar acciones de mejora continua.

A raíz de las investigaciones realizadas por la American Academy of Nurses se puede afirmar que los hospitales excelentes en cuidados enfermeros tenían resultados positivos y se caracterizan por fomentar y permitir la autonomía profesional, el

control sobre la práctica, tener una mejor relación con otros profesionales, y retener a enfermeras cualificadas que sean capaces de ejercer su juicio profesional en nombre de los pacientes. Los hospitales en los que existe una mayor satisfacción laboral de las enfermeras, presentan unos mejores resultados finales de los pacientes (97), (98).

El debate sobre los recursos humanos en salud suele realizarse desde posiciones un tanto dogmáticas, con diferentes intereses (agentes sociales, reivindicación de recursos) y, en general, con argumentos poco contrastados con resultados de investigación. Paradójicamente, son muchos los estudios que en el campo de la provisión de cuidados evidencian que el incremento de enfermeras y su cualificación, intervienen sobre los resultados asistenciales, como la reducción de la mortalidad o la estancia hospitalaria, entre otros. Asumiendo el sesgo profesional acerca de la percepción de las enfermeras sobre las presencias adecuadas del número de profesionales para proveer cuidados de calidad, destaca negativamente que las enfermeras consideran insuficientes el número de profesionales con la prestación de cuidados seguros. No obstante en la fidelización de los profesionales, una mención aparte requiere la situación de nuestro país (105), (106).

El elevado número de enfermeras diplomadas y futuras graduadas que se forman en las Universidades valencianas está sobredimensionándose sobre la oferta efectiva de puestos de trabajo. Ya se están notando las dificultades en encontrar puestos de trabajo en la administración pública como principal agencia proveedora de empleo, provocando un excesivo paro profesional, siendo la oferta inferior a la demanda. Loss ratios de profesionales en el benchmark de España con Europa, en el 2000 presentaba 372 enfermeras por cien mil habitantes mientras que la media europea se situaba en 755 enfermeras, y esta situación provoca que en España formamos profesionales y el resto de países se benefician del esfuerzo formativo en nuestro país. Sin embargo, en EEUU se está optando por desarrollar fórmulas que hagan atractiva esta profesión, destacando entre otras el referido reconocimiento de “Hospital Magnético” mediante el programa elaborado por el American Nurses Credentialing Center (109), (110).

Serrano Gallardo P. refiere que se ha puesto en valor el impacto relevante que tienen las enfermeras sobre la salud de la población y que la gestión de personas ha evolucionado negativamente en cuanto el número de profesionales de enfermería asignados por paciente y concluye que tanto las enfermeras deben poner en valor su

aportación y visibilidad así como la población deben de reivindicar la magnitud del cuidado enfermero como agentes de salud. También destaca en este ámbito el artículo de la doctora Pauline W. Chen. M.D. publicado en New York Times en Diciembre del 2010 en EEUU, artículo sobre el papel de las enfermeras en el futuro de la atención sanitaria experiencias de enfermeras gestionando pacientes crónicos en domicilios con un impacto en los resultados de ahorro en términos de costes de 5000 dólares por paciente (172).

El pleno desarrollo de las competencias enfermeras en el contexto de la legislación vigente, de la nueva estructura de los estudios universitarios amparado en el marco de Bolonia, que permite acceder a los estudios de doctorado así como las especialidades pendiente de un despliegue adecuado, no sólo debe de cubrir las aspiraciones profesionales, sino las demandas y necesidades reales de la sociedad, mejorando la calidad asistencial. En estudios americanos la formación y especialización se ha relacionado con la mejor prestación de cuidados y mejoría en la tasa de errores así como en la seguridad clínica sobre todo en entornos de cuidados intensivos (119), (123), (125).

En cuanto a los elementos relacionados con el uso de la metodología en la práctica clínica enfermera, se reconoce el trabajo de la organización para ofrecer oportunidades de participar en el establecimiento e implantación de estándares de cuidados, así como la prestación de cuidados basada en un modelo de Enfermería, ya que durante los últimos años todos los hospitales incluidos en el estudio han realizado esfuerzos en este sentido (128).

El dimensionamiento de las plantillas es fundamental para poder prestar cuidados de calidad y seguros. Las presencias de enfermeras y su distribución en las unidades de enfermería son percibidas de forma insuficiente e inadecuada a las cargas asistenciales. Es preciso normalizar modelo de gestión de plantillas, ratios y presencias y adaptarlas a las necesidades de cuidados en las organizaciones hospitalarias de la Comunidad Valenciana. Son paradójicos los resultados del criterio estudiado, dado que desde el punto de vista de la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados de enfermería, en los hospitales de mayor complejidad y donde más necesidades e intensidad de cuidados se van a precisar es donde los profesionales perciben una menor provisión de plantillas. Comparado con estudios internacionales la percepción es sensiblemente mejor que el resto donde el

porcentaje de enfermeras que afirman que no hay enfermeras suficientes para administrar cuidados de calidad (66% en EEUU, 65% Canadá, Inglaterra 71%, Alemania 63%, Nueva Zelanda 56%).

La adecuación del número de presencias en las plantillas enfermeras para garantizar cuidados seguros y de calidad requiere de un estudio riguroso, que identifique la distribución eficiente de la plantilla y optimice los recursos además de la equidad, dado que existen diferencias entre los diferentes niveles de complejidad de hospitales en los distintos centros asistenciales de la C.V. y que la mayoría de las enfermeras perciben que no hay suficiente plantilla y los ratios son insuficientes para llevar a cabo una prestación de cuidados de calidad. El dimensionamiento de las plantillas es fundamental para poder prestar cuidados de calidad y seguros. Las presencias de enfermeras y su distribución en las unidades de enfermería es percibida muy por debajo de las cargas asistenciales necesarias. La seguridad y calidad asistencial en la prestación médica a los pacientes es percibida de manera inadecuada por las enfermeras de la C.V.

Otro aspecto a considerar es la naturaleza de los indicadores de resultados. La mayoría aportan calidad de cuidados que miden resultados “negativos” como caídas, úlceras por presión, infecciones nosocomiales o errores en la medicación. Sería interesante incorporar en este modelo de herramientas e indicadores, estándares que midan resultados “positivos” de salud donde el proceso de cuidado fuese de elevada calidad abundando en estudios de coste efectividad o de calidad de vida midiendo el impacto de la satisfacción de los pacientes con el cuidado y su efectividad clínica.

El cálculo de las plantillas ha de ser medido en términos de calidad de los cuidados que prestan las enfermeras, considerando en ello la formación adecuada al puesto de trabajo, la motivación del profesional por el servicio que presta y los sistemas de incentivación como resultado de la evaluación de competencias. Todo ello ha de ser un elemento clave para la adecuación de la calidad.

Es preciso por tanto, establecer una definición estandarizada de los indicadores de plantilla. Para establecer la relación de los indicadores con los resultados de los pacientes, estos deberían ser medidos a través de variables que sean específicamente sensibles a las actividades de cuidados directos enfermeros, como por ejemplo la

incidencia de úlceras por decúbito, caídas, infección urinaria, infección por catéteres o control de dolor, más allá de los indicadores sanitarios clásicos como mortalidad, estancia hospitalaria o número de ingresos. No obstante, la medida de estos indicadores de cuidado debe ir acompañada de la consideración de las variables estructurales y de cuidado de la plantilla de enfermeras.

Por otra parte, aunque no puede esperarse indefinidamente que las organizaciones generen el cambio, existe una responsabilidad profesional donde las propias enfermeras deben dar a conocer su aportación a la sociedad, trabajando la visibilidad, diseñar y difundir su cartera de servicios efectivos, así como el e impacto poblacional de los cuidados enfermeros, orientado hacia un cuidado humanizado y profesionalizado que se ocupe más allá del acto de cuidar, que una el “qué” del cuidado y el “cómo” de la interacción persona-enfermera.

Hay que priorizar a la persona antes que a las rutinas de la organización del trabajo, si es necesario modificar el entorno para asegurar un cuidado de calidad y seguro, crear un cuidado humanizado en valores que integre la reflexión, las creencias el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, el respeto, la capacidad de escucha, la organización de las personas y la evaluación del proceso enfermero que permita una prestación de cuidados de calidad asistencial.

6.1. Propuesta de modelo organizativo de la práctica enfermera.-

Como propuesta de modelo organizativo de la práctica enfermera que facilite la prestación excelente en cuidados enfermeros, considero referenciar una propuesta de Modelo Enfermero de Práctica Profesional que incluya los siguientes atributos y que pivote en torno a 6 ejes:



6.1.1. ORIENTACIÓN A LOS RESULTADOS DE SALUD.

Una creciente investigación de Enfermería Basada en la Evidencia contribuye de forma inequívoca a los resultados de las organizaciones y de los pacientes. Hay que estudiar y hacer visibles los resultados enfermeros en términos de satisfacción de pacientes y resultados en morbimortalidad. Hasta hace poco tiempo, este punto ha sido objeto de amplias y confrontadas posiciones, pero recientes resultados de investigación empiezan a evidenciar la imperiosa necesidad de resolver con garantía este punto, ya que la influencia de unos cuidados enfermeros óptimos y desempeñados por un número de enfermeras suficiente, tiene efectos importantes en la mortalidad y la morbilidad hospitalaria.

6.1.2. GESTIÓN DE PERSONAS.

A este respecto cabe señalar que las ratios enfermera/paciente o enfermera/población, deben empezar a contemplar algo más que la mera frecuentación de servicios y con la visión tradicional de la contribución enfermera a los resultados en salud, ya que la estimación de efectivos así considerada impide desplegar el potencial de la enfermera como agente de salud, tal y como repetidamente recomienda la OMS a los Estados Miembros en el tratado “Salud para todos en el siglo XXI “.

En las estrategias de benchmark a través de comparaciones internacionales se evidencia que, pese a la escasez de enfermeras en entorno anglosajón, las ratios de enfermera/ciudadano superan ampliamente las de nuestro país.

Las Organizaciones Sanitarias deben de incorporar intervenciones a los servicios enfermeros procedentes de resultados de investigación, que mejoren los resultados en salud de la población, el cálculo de recursos seguirá anclado en una concepción de la enfermera como mera ayudante de otros profesionales (hacemos y ejecutamos los que otros diseñan y planifican) pero que en sí no aporta ningún valor añadido; paradójicamente, cuando las enfermeras intentan incorporar resultados de investigación a su práctica asistencial, se topan con un entorno que no está concebido para ello, con un modelo biomédico y con unos recursos pensados para otros fines donde el autocuidado no está presente donde la sociedad ha sumido como propia la medicalización de la salud. La definición de servicios enfermeros en áreas en las que

ya se dispone de evidencia suficiente debe guiar también la planificación de recursos de los hospitales y centros de salud, de forma paralela y coordinada, para poder dar respuesta a estas nuevas exigencias.

6.1.3. RELACIONES INTERDISCIPLINARES.

Las organizaciones sanitarias generan interacciones sociales , comparten procesos asistenciales y coexisten múltiples papeles, status y pautas comportamiento organizacional perfectamente estructuradas y ordenadas formalmente en estructura organizativa, más o menos jerárquica o más o menos matricial e informalmente a través de las relaciones profesionales y personales . La colaboración y comunicación entre médicos y enfermeras así como el resto de profesionales y su orientación al paciente y familia aparece repetidamente en la literatura de análisis organizacional de servicios de salud, como una de las variables sobre las que pivota la calidad y consecución de resultados.

En este contexto , la reciente gestión clínica y la implantación de vías o trayectorias clínicas invitan a que la toma de decisiones compartida entre disciplinas posibilite mayor protagonismo en la aportación enfermera al cuidado de los ciudadanos pasando del papel tradicional de la enfermera “ hacedora” que funciona a través de “ órdenes médicas “ hacia un nuevo paradigma profesional en el que sus juicios clínico y su metodología de cuidados pasen a formar parte de la práctica clínica del equipo donde , la comunicación, la cooperación, el mutuo respeto y la toma de decisiones se convierten en la base que genera una percepción de todos los miembros del equipo de que tienen un objetivo común.

Recientemente se ha acuñado un nuevo término en la enfermería internacional del mundo anglosajón denominado Enfermería de Práctica Avanzada, (168) definida por el CIE como una enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimientos de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer.

Este nuevo y utópico escenario en el que los profesionales comparten su conocimiento y sus habilidades para proveer cuidados efectivos exige la puesta en marcha del reto de la gestión clínica como el marco de relación ideal donde las vías

o trayectorias clínicas posibilitan el desarrollo profesional, la efectividad clínica y consecuentemente la mejora de la seguridad clínica y la calidad asistencial.

6.1.4. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.

Las organizaciones sanitarias están destinadas y también obligadas a gestionar su principal bien que es el talento y el conocimiento. Tengamos en cuenta que la mayor parte de sus profesionales son titulados universitarios, por lo que los hospitales son organizaciones donde hay un elevado nivel de talento entre sus profesionales. Sus servicios se nutren de las aportaciones que van realizando las distintas fuentes de conocimiento en materia de salud. Tradicionalmente y todavía prevalece en algunos ámbitos, a la enfermera en su práctica profesional se le ha exigido únicamente en las organizaciones el cumplimiento práctico por lo que la formación teórica era poco relevante y además lo importante y suficiente era la formación práctica. De ahí la dificultad que entraña realizar y llevar a cabo la gestión del cambio en aquellas instituciones en las que este modo de pensamiento colectivo está ampliamente legitimado, convirtiéndose en una barrera difícil de suprimir.

Existe una enorme contradicción en el marco de desarrollo profesional que nace del Espacio Europeo Superior destacando la creación de nuevas competencias como el grado, las especialidades enfermeras, el debate actual de la prescripción enfermera, y en la práctica asistencial prevalece el modelo generalista, donde algunas organizaciones defienden el modelo de enfermera “polivalente“, y el conocimiento enfermero tiene escaso valor, sin ser capaces de gestionar el talento y conocimiento enfermero, perdiéndose en planteamientos de un mal entendido ahorro de costes gestionando el talento enfermero sin tener en cuenta el conocimiento profesional. En resumen, prevalece la visión organizacional que las enfermeras sirven para cualquier puesto, cuando estudios contrastados y prestigiados concluyen que a mayor conocimiento y especialización cuidados más seguros y de calidad que además inciden en la morbimortalidad de los resultados de las organizaciones. Cuando las enfermeras clínicas pueden aplicar resultados de investigación en su práctica habitual, este fenómeno se evidencia con nitidez. Muchas enfermeras desconocen los resultados de investigación, otras no los creen y a muchas no les está permitido hacer uso de ellos. Por tanto, en la gestión del conocimiento, las organizaciones deben de posibilitar a las enfermeras el acceso a las fuentes de información basadas

en la evidencia, así como la orientación hacia la gestión de conocimiento enfermero excelente, como un valor organizacional en alza.

6.1.5. LIDERAZGO.

La visibilidad de los equipos directivos de la organización enfermera, desde directores hasta los supervisores de enfermería deben de facilitar y dar soporte a los profesionales en su práctica clínica.

La implicación directiva así como su compromiso con la organización y con sus colaboradores los profesionales de enfermería, son factores clave para llevar a cabo cualquier proceso de transformación, y para que éste se desarrolle con éxito. En este sentido, el reto es diseñar una nueva política de personas de gestión del talento. Es preciso un rediseño organizativo en el liderazgo organizacional donde la Dirección por Objetivos de paso a una Dirección por Valores donde los líderes a través de la inteligencia emocional consigan una adecuada gestión del cambio.

6.1.6. SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

Los sistemas de información son fundamentales para poder realizar un seguimiento de la actividad y detectar mejoras en los procesos, así como para desarrollar la mayoría de actuaciones previstas para la implantación de metodología de cuidados que además posibilite la gestión de cuidados. Por ello, las inversiones requeridas en este área deben centrarse en sistemas integrados que permitan monitorizar las diferentes fases del proceso asistencial, aspecto esencial para estructurar una organización por procesos y centrada en el paciente y facilitadora para la práctica enfermera.

Como reflexiones finales, cabría argumentar que de las dimensiones deficitarias abordadas en el estudio, en la actualidad, entre las luces y sombras del contexto organizativo de la práctica enfermera en los centros hospitalarios de la Comunidad Valenciana, están pendientes de resolver, elementos básicos de desarrollo de nuestro entorno, destacando como conseguir que los resultados de investigación enfermeros sean incorporados sistemáticamente a la práctica clínica y que los servicios de salud los integren en sus organizaciones. Es importante realizar un esfuerzo en mejorar la gestión del conocimiento enfermero (impulsando acciones de mejora en el desarrollo profesional e investigador) como por ejemplo, la participación en estudios de Enfermería Basada en la Evidencia, conocimiento de bases de datos tipo *Cochrane*,

revistas electrónicas, conocimiento de Instituto *Joanna Briggs, Index*, entre otros. Las organizaciones sanitarias y Universidades fundamentalmente deben dar respuesta a preguntas a dilemas actuales como ser capaces de crear puestos asistenciales de enfermeras especialistas dado que existen plazas de enfermeras formadas y que su desempeño es de enfermera generalista, sin impulso de la especialización de cuidados, a pesar de los múltiples estudios que nos orientan a que los cuidados por enfermeras expertas garantizan una atención de calidad y segura.

El Nursing Work Index permite comprobar que cada país tiene hospitales con entornos parecidos de práctica enfermera a pesar de los factores externos de la economía general o de los sistemas de salud. Los retos a los que se enfrentan las enfermeras son muy similares en los diferentes países a pesar de las enormes diferencias en los recursos y el diseño de los sistemas nacionales. La creciente evidencia establece que las soluciones economicistas y la relación con la calidad de cuidados también son comunes en los diferentes países.

La personalización del cuidado enfermero a través de sistemas de asignación enfermera-paciente eficaces, adecuados a la práctica clínica y a la intensidad de cuidados debe permitir desarrollar la metodología de cuidados a través de un marco conceptual que les permita valorar las necesidades de la persona, diagnosticar sus respuestas humanas, establecer objetivos y planificar intervenciones evaluables. En la actualidad existe una gran variabilidad entre centros sin haber investigado estas diferencias en la dotación de personas cual es el impacto en el resultado de salud de los pacientes. La seguridad y calidad asistencial puede estar comprometida así como la equidad en la prestación de cuidados.

En nuestra Comunidad Autónoma, deberíamos iniciar experiencias de validación y acreditación de estándares de calidad como el “Magnet Nurse Recognition”- (Modelo de Reconocimiento de Enfermera Imán) para compararnos con los estándares de excelencia americanos dado que los mejores centros asistenciales de EEUU han apostado por este prestigioso reconocimiento, incorporando en su gestión e invirtiendo ambientes que conducen a mantener un buen clima laboral, incluyendo la contratación cuidadosa, el apoyo educativo, así como el fortalecimiento de alianzas con universidades .

Así las cosas, es necesario reflexionar sobre la situación con una mirada crítica, tanto hacia el colectivo profesional como hacia las organizaciones, pues sería del todo injusto cargar con toda la responsabilidad de la situación a unos profesionales obligados a ejercer su profesión en ámbitos organizacionales que condicionan su práctica profesional.

Es el momento también, de que los profesionales demanden a las organizaciones la capacidad de desarrollar el rol profesional para el que han sido formados, ya que el desajuste existente entre las posiciones teóricas y la práctica enfermera es una realidad que no puede llevar a la profesión más que a una grave crisis en su identidad, existiendo una enorme brecha entre el marco teórico académico y el desarrollo profesional en la práctica clínica asistencial.

La autonomía profesional es la base de la profesionalización, orientada hacia la intervención basada en las mejores prácticas con criterios propios, que provienen de la acreditación, de la evidencia científica y del reconocimiento en el campo de una disciplina. Debemos de dar un salto cualitativo en el liderazgo asistencial de la profesión dado que en la actualidad como refiere *Farrerons, L.* en la Conferencia Inaugural de las V Jornadas de Enfermería del Hospital General de Valencia, sobre liderazgo enfermero “*hacemos lo que otros piensan*”.

Desde este escenario, deberíamos plantearnos una serie de interrogantes que nos permitan ir desgranando nuestra realidad y visualizar los desajustes, para construir una nueva Enfermería que ocupe el espacio social que le corresponde por coherencia con las necesidades de la población, con su propia historia y con su formación.

Existen experiencias importantes y alentadoras en el entorno europeo hacia la innovación y desarrollo de la disciplina enfermera destacando el Institute of Medicine de EEUU, sobre la calidad de los servicios sanitarios, donde se instaba a los Servicios de Salud a reorientar las organizaciones hacia la práctica basada en la evidencia y los estándares profesionales para poder transitar de forma adecuada por el “abismo de la calidad”. En el mismo sentido, el gobierno británico, a finales de los noventa, acuciado por una alta tasa de abandono de enfermeras y de desmotivación profesional, desarrolla toda una estrategia (“*Making a difference*”) que abarcaba medidas estructurales, funcionales, de liderazgo, económicas, académicas

encaminadas a fortalecer la contribución de las enfermeras a la salud de los ciudadanos. En ese documento, el propio gobierno reconoce abiertamente que las organizaciones no favorecen el desarrollo profesional enfermero e impiden continuamente las innovaciones en la Enfermería.

Es preciso aunar estrategias de las organizaciones sanitarias en el contexto organizativo del cuidado enfermero que garantice una mejor prestación asistencial que nos acerque a la excelencia en el cuidado, que viene marcada por el mejor conocimiento disponible en la actualidad, en su caso un modelo de hospital magnético.

De manera global, estas observaciones aportan una mejor comprensión sobre algunas de las cuestiones clave de la práctica clínica a las que se enfrentan los profesionales de enfermería de la Comunidad Valenciana evidenciándose que la cultura organizativa americana con los atributos y criterios estudiados, son diferentes pero se pueden configurar en nuestra práctica clínica y en un contexto con más similitudes que diferencias. Es obvio, que mimetizar y replicar el modelo americano para la mejora de la calidad y seguridad de los cuidados debe orientarnos hacia la implantación de estrategias como la de los “hospitales magnéticos” o de excelencia organizacional siendo un planteamiento innovador que puede tener una aplicación en nuestro entorno a para potenciar tanto el entorno laboral como la calidad de los cuidados hacia los pacientes.

No cabe duda que la consecución de cambios dentro de un sistema tan grande y complejo, como es un Sistema Nacional de Salud, requiere a su vez de mucho trabajo y más esfuerzo por parte de las políticas de salud y de la gestión de los servicios sanitarios, que exigiría realizar cambios mínimos pero profundos asumiendo toda la responsabilidad que les compete, siendo preciso dotar de un mayor liderazgo y una mayor visibilidad de los gestores de cuidados o Direcciones de Enfermería.

La Universidad, los hospitales, y las organizaciones de enfermería en los Estados Unidos han explorado individual y colectivamente las mejores prácticas para fidelizar a los mejores estudiantes profesionales. Estas estrategias deberían ser mimetizadas en nuestras organizaciones.

Los gestores y directivos de los hospitales del sistema nacional de salud deberíamos interiorizar y reflexionar sobre los resultados de los atributos de los modelos con impacto positivo en los resultados NWI-R y evaluarlos con sentido crítico y aperturista donde los conceptos exageradamente economicistas dieran paso a planteamientos orientados a la práctica clínica, minimizando la visión de los costes del cuidado, y tener más presente los resultados en salud en términos de seguridad del paciente así como de calidad percibida como cercanía capacidad de escucha, en definitiva una asistencia más humanizada y modificar esta asimetría existente en la actualidad.

La mejor visibilidad de los cuidados requiere un esfuerzo extraordinario tanto por parte de gestores como de profesionales. Los ciudadanos deben beneficiarse de unos profesionales que ofertan y proveen cuidados de calidad. Para ello es fundamental la normalización y desarrollo de una cartera de servicios enfermeros accesibles, efectivos y eficientes a los ciudadanos.

6.2. Hipótesis de trabajo.

Las nuevas líneas de investigación que genera la tesis doctoras deben ir encaminadas a la búsqueda de resultados en salud en función de los resultados obtenidos que permita relacionar datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), como registro administrativo que contiene un conjunto de variables clínicas, demográficas y administrativas que resumen lo acontecido a un usuario en un episodio de asistencia hospitalaria. Proporciona información básica sobre el usuario, sobre el centro y unidad que lo atienden y sobre su proceso asistencial. En este contexto es prioritario estudiar la posible relación entre el contexto organizativo de la práctica enfermera y los resultados en salud obtenidos en los hospitales de la Comunidad Valenciana a través de los indicadores de morbi-mortalidad, presencia o ausencia de eventos adversos (el CMBD se recogen como diagnósticos las úlcera de decúbito, la reacción transfusional, la neumonía por uso de respirador, la herida quirúrgica infectada, los indicadores centinela relacionados con la seguridad clínica y la calidad asistencial).

7. CONCLUSIONES.

1. El perfil tipo de enfermera de hospitalización en los centros asistenciales de la Comunidad Valenciana es mayoritariamente mujer ,con edad media de 39 años y experiencia profesional acumulada de más de 20 años. Atendiendo a las dimensiones estudiadas en el NWI, están profesionalmente preparadas y con aptitudes y competencia para un óptimo desempeño.
2. Las enfermeras de la C.V. presentan control de su práctica clínica de forma notable así como un adecuado nivel de autonomía profesional y buenas relaciones interprofesionales aunque no consideran que encuentren apoyo suficiente en el fomento de la formación, investigación, así como innovación y desarrollo en nuevas fórmulas de prestación de cuidados. Consideran el salario acorde a su prestación profesional, y presentan una elevada movilidad y rotación del puesto de trabajo con diferentes tipologías de pacientes y variabilidad de cuidados en función del proceso asistencial.
3. La enfermera tipo, trabaja en hospitales que están situados entre 200 y 300 camas y en hospitales de más de 600 camas y el lugar de trabajo más frecuente son unidades de enfermería con pacientes de hospitalización médica.
4. Las fortalezas en los hospitales de la Comunidad Valenciana se corresponden con la autonomía y control sobre la práctica, y a su vez mantienen unas relaciones óptimas y comunicación con el personal médico, siendo positivo para el entorno laboral y al cuidado seguro y de calidad de los pacientes hospitalizados. También destaca la autonomía profesional, el control sobre la práctica y satisfacción laboral, y una formación continua adecuada. Destacan como aspectos negativos en el contexto de las organizaciones hospitalarias en el ámbito de cuidados, la escasa utilización de la metodología de cuidados, la poca utilización de los diagnósticos enfermeros y también las escasas oportunidades para la innovación en cuidados.

1. BIBLIOGRAFÍA.

1. Aiken LA, Patricia PA: Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nurs Research* 2000;49(3):146-153
2. Results of Our Patient Care Survey. *American Journal of Nursing*, 96 (11): 24–39.
3. Pedro Gómez J, Morales Asencio JM, Sesé Abad S, Bennasar Veny M, Artigues Vives G, Pericàs Beltrán J. Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index. *Metas de Enfermería* sep 2009; 12(7): 65-73
4. Silvestre Busto C. Enfermería hospitalaria ¿Deberíamos aumentar la plantilla?. *Informes de Gestión Clínica y Sanitaria. Biblioteca Cochrane*.
5. Institute of Medicine (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System* Washington: National Academy Press.
6. Hospitales Magnéticos. Satisfacción de la enfermera y calidad del cuidado. *Evidentia*2004ene-abr;1(1).En:<http://www.index-.com/evidentia/n1/6articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Accedido el 13 de Diciembre del 2009.
7. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Medical Care*, 1994; 32(8):771-787.
8. López Alonso, Hospital Magnético, Hospital Excelente. *Index Enferm* [online]. 2004, vol.13, n.44-45 [citado 2010-08-09], pp. 07-08. Disponible en: <<http://scielo.isciii.es/scielo>. ISSN 1132-1296.
9. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/>.Accedido el 13 de Diciembre del 2009
10. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0074.pdf>. Encuesta sobre modelos de práctica enfermera en el SAS. Accedido el 8 de Agosto del 2010.
11. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Med. Clin*, 2003; 123(1) 21-5.
12. Juvé Udina ME, Farrero Muñoz S, Monterde Prat D, Hernández Villen O, Sistac Robles M, Rodríguez Cala A et al. Análisis del contexto organizativo de la práctica enfermera. El Nursing Work Index en los hospitales públicos. *Metas de Enferm* sep 2007; 10(7): 6

13. Button, L., Green, B., Tengnah, C., Johansson, I. & Baker, C. (2005). The impact of international placements on nurses' personal and professional lives: Literature review, *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), 315-324
14. American Association of Colleges of Nursing (2003). Report on 2002-2003 enrollment and graduations in baccalaureate and graduate programs in nursing. Washington, DC: AACN.
15. World Health Organization (2002). Nursing & midwifery services: Strategic directions 2002-2008. Available at URL: <http://www.who.int/health-services-delivery/nursing/index.htm>
16. http://www.aannet.org/files/public/white_paper_espanol.pdf. Consultada 4 de Agosto del 2010.
17. Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States Linda H. Aiken, et al. Health Research and Educational Trust DOI: 10.1111/j.1475-6773.2010.01114.x Research article.
18. American Nurses Association. 2009. "Safe Nurse Staffing Laws in State Legislatures" <http://www.safestaffingsaaveslives.org/WhatisANADoing/StateLegislation.aspx> . Accedido el 8 de Agosto del 2010
19. Marcos MM. Are hospitals changing? *Revista de Enfermería*. 1997. 20(230): 59-61.
20. Martínez Sánchez, Carmen María. Calidad de la atención hospitalaria y dotación de enfermeras [Needleman J. Buerhaus P. Mattke S. Stewart M. Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine* 2002; 346(22):1715-1722.]. *Index Enferm (Gran)*. 2003 otoño. AñoXII(42):78-81. Revisión crítica de un estudio.[
21. LI Yu-Gang, Lake Eileen T. Measuring nurses' practice environments with the revised nursing work index: Evidence from registered nurses in the veterans health administration.
22. Grol RP, Bosch MC, Hulscher ME, Eccles MP, Wensing M. Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives. *Milbank Q*. 2007; 85(1):93-138.
23. De Pedro Gómez, Resultados de la atención hospitalaria y número de enfermeras: no es casualidad la cercanía a la causalidad *Metas de enfermería*, ISSN 1138-7262, Vol. 12, Nº. 3, 2009 , pags. 18-22

24. Aiken, Linda H.; Patrician, Patricia A. Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index Nursing Research: May/June 2000 - Volume 49 - Issue 3 - pp 146-153
25. Antolí J. La enfermera de referencia su satisfacción laboral y la del paciente. Enfermería Clínica 1998; 8 (2):71-77.
26. López J. Propuestas para el desarrollo profesional. Enfermería Clínica 2000; 10 (3): 32-36.
27. García Palacios ,N. et al Entorno clínico de la enfermera de hemodiálisis en la provincia de Cádiz Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2004; 7 (3): 150/156
28. Pedro Gómez Joan Ernest de, Morales Asencio José Miguel. Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? Index Enferm [revista en la Internet]. 2004 Jun [citado 2010 Ago 22] ; 13(44-45): 26-31.Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
29. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias
30. <http://www.rn4cast.eu/es/> . (Visitada el 17-11-2010)
31. López Alonso SG. Estudio piloto para la validación de una escala sobre el entorno de la práctica enfermera en el Hospital San Cecilio. Enfermería Clínica 2005 15 (1): 8-16.
32. Aiken LH, Havens DS, Sloane D. The magnet nursing services recognition program: a comparison of two groups of magnet hospitals. Am J Nursing 2000; 100(3):26-35, y Nursing Standard 2000; 14(25):41-77.
33. Aiken, Linda H.; Patrician, Patricia A. Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index Nursing Research: May/June 2000 - Volume 49 - Issue 3 - pp 146-153.
34. Carrillo Albornoz G. Análisis comparativo del absentismo entre la asistencia especializada (hospitalaria) y la asistencia primaria, para la misma área asistencial. Enferm Integral. 1997. 41: 28-31.
35. American Center Credentialing Center. <http://www.nursingworld.org/ancc/index.htm>. (Visitada el 12-06-09).
36. López Alonso Sergio R.. Hospital Magnético, Hospital Excelente. Index Enferm [revista en la Internet]. 2004 Jun [citado 2011 Ene 23] ; 13(44-45): 07-08. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100001&lng=es. doi: 10.4321/S1132-12962004000100001.

37. Redacción Evidencia. Hospitales Magnéticos. Satisfacción de la enfermera y calidad del cuidado. Evidentia 2004 ene-abr;1(1). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n1/6articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Accedido el 23 de Enero del 2011.
38. Pedro Gómez J, Morales Asencio JM, Sesé Abad S, Bennasar Veny M, Artigues Vives G, Pericàs Beltrán J. Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index. Metas de Enferm sep 2009; 12(7): 65-73.
39. Mompарт García MP, Durán Escribano M. La gestión enfermera. En: Mompарт García MP, Durán Escribano M. Administración y Gestión. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 274-287.
40. Mompарт MP. Administración de los servicios de enfermería. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2004.
41. Consejo General de Enfermería. Aportación de la enfermería a la sanidad europea. Madrid: CGE; 2005.
42. American Nurses Association. Nursing: scope and standards of practice. Maryland: ANA; 2004.
43. Lois MF. La gestión de los servicios de enfermería. En: Temes JL, Mengíbar Montes M. Gestión Hospitalaria. 4ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2007.
44. Huber D. Liderazgo y administración en enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1999.
45. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey DJ. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
46. Welton JM, Zone-Smith L, Fischer M. Adjustment of inpatient care reimbursement for nursing intensity. Policy Polit Nurs Pract 2006; 7(4): 270-80.
47. Juvé Udina ME et al. Intensidad de cuidados enfermeros: ¿cargas de trabajo o complejidad individual? Metas de Enferm oct 2010; 13(8): 6-14.
48. Pedro Gómez J, Morales Asencio JM, Sesé Abad S, Bennasar Veny M, Artigues Vives G, Pericàs Beltrán J. Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index. Metas de Enferm sep 2009; 12(7): 65-73.
49. Anderson PJJ, Blatt R, Christianson MK, Grant AM, Marquis C, Neuman EJ, Sonenshein S, Sutcliffe KM. Understanding mechanisms in organizational research: Reflections from a collective journey. J Manag Inquiry 2006; 15: 102–113.

50. Martínez Sánchez, Carmen María. Calidad de la atención hospitalaria y dotación de enfermeras [Needleman J. Buerhaus P. Mattke S. Stewart M. Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine* 2002; 346(22):1715-1722.]. *Index Enferm (Gran)*. 2003 otoño. Año XII (42):78-81. Revisión crítica de un estudio.
51. Arroyo P, Cortina A, Zugasti J. *Ética y legislación en enfermería*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1997.
52. Vicenzi AE. Chaos theory and some nursing considerations. *Nurs Sci Q* 1994; 7(1): 36-42.
53. García-Altés A, Martínez F, Carrillo E, Peiró S. Sistemas de clasificación de pacientes en centros de media y larga estancia: evolución y perspectivas de futuro. *Gac Sanitaria* 2000; 14(1):48-57.
54. Walsh M. Chaos, complexity and nursing. *Nurs Stand* 2000; 14(32): 39-42.
55. Maliski SL, Holditch-Davis D. Linking biology and biography: complex, non-linear dynamics systems as a framework for nursing inquiry. *Complex Chaos Nurs* 1995; (10)2: 25-35.
56. Safford MM, Allison JJ, Kiefe CI. Patient complexity: more than comorbidity. The vector model of complexity. *J Gen Intern Med* 2007; 22(supl 3): 382-90.
57. Holter IM, Scwhartz-Barcott D. Action research: what is it? How it has been used and how can it be used in nursing? *J Adv Nurs* 1993; 18(2): 298-304.
58. Sandelowski M. Focus on qualitative methods: sample size in qualitative research. *Res Nurs Health* 1995; 18: 179-83.
59. Juvé Udina ME, Huguet M, Monterde Prat D, Sanmartín MJ, Martí N, Cuevas B y cols. Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. *Nursing (edición española)* 2007; 25(4): 56-61.
60. Juvé Udina ME, Farrero Muñoz S, Matud C, Monterde Prat D, Fierro G, Marsal R y cols. ¿Cómo definen los profesionales de enfermería hospitalarios sus competencias asistenciales? *Nursing (ed. española)* 2007; 25(7): 50-61.
61. Juvé Udina ME, Farrero Muñoz S, Monterde Prat D, Sevillano Lalinde MM, Olivé Olivé C, Casado García A et al. Umbral de pericia requerido para la ejecución competencial enfermera. *Metas Enferm* 2009; 11(10): 8-15.

62. Durán Escribano M. El segundo ciclo en enfermería. Un proyecto de continuidad histórica. *Rev ROL de Enferm* 2000; 23(5):371-379.
63. Morris R, McNeela P, Scott A, Treacy P, Hyde A. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *J Adv Nurs* 2007; 57(5): 463-71.
64. Needham J. Accuracy in workload measurement: a fact or a fallacy? *J Nurs Manag* 1997; 5(2): 83-7.
65. Stockdale M, Warelow PJ. Is the complexity of care a paradox? *J Adv Nurs* 2000; 31(5): 1258-64.
66. Durán Escribano M, Mompert García MP. Los instrumentos de la dirección enfermera. En: Mompert García MP, Durán Escribano M. *Administración y Gestión. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 312-327.*
67. Rauhala A, Fagerstrom L. Determining optimal nursing intensity: the method. *J Adv Nurs* 2004; 45(4): 351-9.
68. Petryshen P, O'Brien-Pallas L, Shamian J. Outcomes monitoring: Adjusting risk factors, severity of illness and complexity of care. *J Am Med Inform Assoc* 1995; 2(4): 243-9.
69. Morales Asencio JM, Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ. Recursos humanos en los servicios de salud. ¿Decisiones políticas o política de decisiones? *Index Enferm* 2007; 16(56): 9-11.
70. Kramer M, Schmalenberg C. The practice of clinical autonomy in hospitals: 20.000 nurses tell their story. *Crit Care Nurse* 2008; 28(6): 58-71.
71. Weston MJ. Validity of instruments for measuring autonomy and control over nursing practice. *J Nurs Scholarship* 2009; 41(1): 87-94.
72. Lake ET. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Res in Nurs & Health* 2002; 25: 176-88.
73. Gershon RRM, Stone PW, Bakken S, Larson E. Measurement of organizational culture and climate in healthcare. *JONA* 2004; 34(1): 33-40.
74. Kramer M, Hafner LP. Shared values: Impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nurs Research* 1989; 38 (3): 172-77.
75. Aiken L y Patrician P. Measuring organizational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nurs Research* 2002; 49 (3): 146-153.

76. Liou SR, Cheng CY. Using the Practice Environment Scale of the Nursign Work Index on Asian nurses. *Nurs Research* 2009; 58(3): 218-25.
77. Havens D, Labov TG, Faura T, Aiken LH. Entorno clínico de la enfermera hospitalaria. *Enferm Clin* 2002; 12(1): 13-21.
78. O'Brien-Pallas L, Irvine D, Peereboom E. Measuring nursing workload: understanding the variability. *Nurs Econ* 1997; 15(4): 171-82.
79. Kiekkas P, Brokalaki H, Manolis E, Samios A, Skartsani C, Baltopoulos G. Patient severity as an indicator of nursing workload in the intensive care unit. *Nurs Crit Care* 2007; 12(1): 34-41.
80. Henderson V. The essence of nursing in high technology. *Nurs Adm Q* 1985; 9(4): 1-9.
81. Juvé ME. Desarrollo de un sistema para la valoración clínica basado en la teoría de la complejidad y la ciencia enfermera. *Nursing (ed. española)* 2005; 23(5): 50-5.
82. Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias Ley 44/2003, de 21 de Noviembre
83. Ley del 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud
84. Hsieh H, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
85. Kelly D, Simpson S. Action research in action: reflections on a project to introduce clinical practice researchers to an acute hospital setting. *J Adv Nurs* 2001; 33(5): 652-59.
86. Munn-Giddings C, McVicar A, Smith L. Revue systématique de la compréhension et de la structure de la recherche-action dans la recherche en soins infirmiers publiée, 2000-2005. *Rech Soins Inf* 2010; 100: 124-33.
87. Fetter RB. Case mix classification systems. *Aust Health Rev* 1999; 22(2):16-34.
88. Long LE, Mann R. Casemix: challenges for nursing care. *Med J Aust* 1998; 169(Supl): S44-45.
89. Ballard KA, Gray RF, Knauf RA, Uppal P. Measuring variations in nursing care per DRG. *Nurs Manag* 1993; 24(4): 33-41.
90. Welton JM, Fischer M, DeGrace S, Zone-Smith L. Hospital nursing cost, billing and reimbursement. *Nurs Econ* 2006; 24(5): 239-45.
91. Welton JM, Fischer M, DeGrace S, Zone-Smith L. Nursing intensity billing. *J Nurs Adm* 2006; 36(4): 181-8.

92. Wynn BO, Beckett M, Hillborne L, Scott M, Bahney B. Evaluation of severity-adjusted DRG systems: Interim report; 2007 [En línea] [fecha de acceso: 1 de septiembre de 2010]. URL disponible en: http://www.rand.org/pubs/working_papers/2007/RAND_WR_434.pdf
93. Evers S, Voss G, Nieman F, Ament A, Groot T, Lodder J y cols. Predicting the cost of hospital stay for stroke patients. The use of diagnosis related groups. *Health Policy* 2002; 61(1): 21-42.
94. De Jonge P, Zomerdijk MM, Huyse FJ, Fink P, Herzog T, Lobo A y cols. Mental disturbances and perceived complexity of nursing care in medical inpatients: results from an European study. *J Adv Nurs* 2001; 36(3): 355-363.
95. <http://www.cun.es/la-clinica/credenciales/>
96. <http://www.jointcommissioninternational.org/>
97. Benner P. Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional. Barcelona: Grijalbo; 1987. p.40-65. Aiken L, Patrician P. Measuring organizational traits of hospitals: The revised Nursing Work Index. *Nurs Res* 2002; 49(3): 146-53.
98. Padula C. Reorganizar los hospitales. *Papeles de Economía Española* 1998; 6: 199-208.
99. Dewing J, Traynor V. Admiral nursing competency project: practice development and action research. *J Clin Nurs* 2005; 14(6): 659-703.
100. Sleutel MR. Climate, Culture, Context, or Work Environment? Organizational Factors That Influence Nursing Practice. *J Nurs Adm* 2000; 30(2): 53-8.
101. Lundstrom T, Pugliese G, Bartley J, Cox J, Guither C. Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *Am J Infect Control* 2002; 30(2): 93-106.
102. www.enfervalencia.org/ei/86/REVISTA-EI-86.pdf
103. MacDavitt K, Chou SS, Stone PW. Organizational climate and health care outcomes. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2007; 33(11 Suppl): 45-56.
104. Gershon RR, Stone PW, Zeltser M, Faucett J, MacDavitt K, Chou SS. Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. *Ind Health* 2007; 45(5): 622-3.
105. Kazanjian A, Green C, Wong J, Reid R. Effect of the hospital nursing environment on patient mortality: a systematic review. *J Health Serv Res Policy* 2005; 10(2): 111-117.

106. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002; 288(16): 1987-93.
107. Gershon RR, Stone PW, Bakken S, Larson E. Measurement of organizational culture and climate in healthcare. *J Nurs Adm* 2004; 34(1): 33-40.
108. Spilsbury K, Meyer J: Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. *J Clin Nursing* 2001; 10: 3-14.
109. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *JONA* 2008; 38(5): 223-9.
110. Friese CR, Lake ET, Aiken LH, Silber JH, Sochalski J. Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health Serv Res*. 2008; 43(4): 1145-63.
111. Brennan PF, Anthony MK. Measuring nursing practice models using multi-attribute utility theory. *Research Nurs & Health* 2000; 23: 372-382.
112. Spilsbury K, Meyer J. Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. *J Clin Nursing*. 2001; 10: 3-14.
113. Estudio de cohorte retrospectivo: visitas diarias de equipos multidisciplinares se asocian con la reducción de la mortalidad a 30 días en pacientes médicos de unidades de cuidados intensivos. *Evid Based Nurs* 2010;13:91-92 doi:10.1136/ebn1066
114. Anderson PJJ, Blatt R, Christianson MK, Grant AM, Marquis C, Neuman EJ, Sonenshein S, Sutcliffe KM. Understanding mechanisms in organizational research: Reflections from a collective journey. *J Manag Inquiry* 2006; 15: 102–113.
115. Padula C. Reorganizar los hospitales. *Papeles de Economía Española* 1998; 6: 199-208.
116. Pajunen K. The nature of organizational mechanisms. *Organization studies* 2008; 29(11): 1449-1468.
117. Sleutel MR. Climate, Culture, Context, or Work Environment? Organizational Factors That Influence Nursing Practice. *J Nurs Adm* 2000; 30(2): 53-8.
118. Lundstrom T, Pugliese G, Bartley J, Cox J, Guither C. Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *Am J Infect Control* 2002; 30(2): 93-106.

119. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *JONA* 2008; 38(5): 223-9.
120. Gershon RR, Stone PW, Zeltser M, Faucett J, MacDavitt K, Chou SS. Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. *Ind Health* 2007; 45(5): 622-3.
121. Kazanjian A, Green C, Wong J, Reid R. Effect of the hospital nursing environment on patient mortality: a systematic review. *J Health Serv Res Policy* 2005; 10(2): 111-7.
122. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002; 288(16): 1987-93.
123. Gershon RR, Stone PW, Bakken S, Larson E. Measurement of organizational culture and climate in healthcare. *J Nurs Adm* 2004; 34(1): 33-40.
124. Spilsbury K, Meyer J: Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. *J Clin Nursing* 2001; 10: 3-14.
125. Martínez Ques AA. ¿Quién se ocupa de la seguridad de los pacientes? *Evidentia* 2007 ene-feb; 4(13). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n13/304articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Accedido el 27 de Noviembre del 2010.-
126. Friese CR, Lake ET, Aiken LH, Silber JH, Sochalski J. Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health Serv Res*. 2008; 43(4): 1145-63.
127. Brennan PF, Anthony MK. Measuring nursing practice models using multi-attribute utility theory. *Research Nurs & Health* 2000; 23: 372-382.
128. Spilsbury K, Meyer J. Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. *J Clin Nursing*. 2001; 10: 3-14.
129. Mark BA, Salyer J, Wan TT. Professional nursing practice: impact on organizational and patient outcomes. *J Nurs Adm* 2003; 33(4): 224-34.
130. Kramer M, Schalenberg C. Essentials of a magnetic work environment, part 1. *Nursing* 2004; 34(6): 50-4.
131. Kramer M, Schmalenberg C. The practice of clinical autonomy in hospitals: 20.000 nurses tell their story. *Crit Care Nurse* 2008; 28(6): 58-71.
132. Weston MJ. Validity of instruments for measuring autonomy and control over nursing practice. *J Nurs Scholarship* 2009; 41(1): 87-94.

133. Lake ET. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Res in Nurs & Health* 2002; 25: 176-88.
134. Gershon RRM, Stone PW, Bakken S, Larson E. Measurement of organizational culture and climate in healthcare. *JONA* 2004; 34(1): 33-40.
135. Kramer M, Hafner LP. Shared values: Impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nurs Research* 1989; 38 (3): 172-77.
136. Aiken L y Patricia P. Measuring organizational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nurs Research* 2002; 49 (3): 146-153.
137. Liou SR, Cheng CY. Using the Practice Environment Scale of the Nursign Work Index on Asian nurses. *Nurs Research* 2009; 58(3): 218-25.
138. García Palacios N, García Palacios R, Vila Pérez M, Torres Ramírez P, Moreno Álvarez MM. Entorno clínico de la enfermera de hemodiálisis en la provincia de Cádiz. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2004; 7(3): 6-12.
139. Havens D, Labov TG, Faura T, Aiken LH. Entorno clínico de la enfermera hospitalaria. *Enferm Clin* 2002; 12(1):
140. Faura i Vendrell T. Síndrome burn out. *Enfermería, grupo de alto riesgo. Rev ROL Enferm* 1998; (116):53-56.
141. Aiken LH, Clarke SP, Seoane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288:1987-1993.
142. American Nurses Association Network Inc. Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting. Washington DC: American Nurses Publishing 2000. En: Subirana Casacuberta M, Solá Arnau I. Revisión sistemática de los instrumentos que miden la actividad de enfermería y su repercusión en los sistemas de salud. *Metas Enferm* 2006; 9(6):22.
143. Calvo Sánchez MD. *Enfermería del trabajo*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2008.
144. Tilquin Ch, Roussel B, Leonard G, Chevalier S. PLAISIR: un sistema de evaluación continua. *Rev ROL Enferm* 1998; 119-120:36-38.
145. Rabassa Asenjo B (coord.). *Libro Blanco. La aportación de la enfermería a la salud de los españoles*. Madrid: Consejo General de Enfermería; 1998.
146. Camaño-Puig R, Forero Rincón O. Plantillas de enfermería (I). Revisión bibliográfica. *Rev ROL Enferm* 2000; 23(10):727-731.

147. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burn out inventory. En: Seisdedos N (ed.). Manual del inventario burnout de Maslach. Síndrome del “quemado” por estrés laboral asistencial. Madrid: TEA; 1997. p. 5-28.
148. Camaño-Puig R, Forero Rincón O. Plantillas de enfermería (II). Procesos de medición y dinámicas de actuación. Rev ROL Enferm 2000; 23(11):761-764.
149. Subirana Casacuberta M, Solà Arnau I. Instrumentos basados en medidas directas I: Project Research in Nursing (PRN). Metas Enferm 2006; 9(7):50-54.
150. Marriner-Tomey A. Guide to nursing management and leadership. 8 thed. Chicago: Mosby; 2008.
151.] Pereda Marín S, Berrocal Berrocal F. Gestión de recursos humanos por competencias. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces; 1999.
152. Morales Asencio JM, Del Río Urenda S, Terol Fernández FJ, Gonzalo Jiménez E, Martín Santos FJ, Morilla Herrera JC. Ratios enfermera-paciente: revisión sistemática de los efectos del número de enfermeras sobre los pacientes, su contexto laboral y los resultados de los hospitales. [En línea] [fecha de acceso: 16 de julio de 2008]. URL disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/97articulo.php>.
153. Toro Flores R, Pérez Garrote C, Martín Martín C, Durán Escribano M. Cargas de trabajo y dotación de personal. En: Mompert García MP, Durán Escribano M. Administración y Gestión. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 344-361.
154. Matronas Profesión 2004; Vol. 5, nº 17.
155. Subirana Casacuberta M et al. Revisión sistemática de los instrumentos que miden la actividad de Enfermería. Metas de Enferm jul/ago 2006; 9(6): 22-27.
156. Fargues I, Subirana M. Percepción de las enfermeras expertas sobre el reconocimiento de sus competencias. Metas de Enferm 2005; 8(8): 62-68.
157. Redacción Evidencia. Hospitales Magnéticos. Satisfacción de la enfermera y calidad del cuidado. Evidentia 2004 ene-abr;1(1). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n1/6articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Accedido el 13 de Febrero del 2011.
158. Redacción Evidencia. Hospitales Magnéticos. Satisfacción de la enfermera y calidad del cuidado [Gálvez Toro, A. Reducción de la mortalidad en hospitales que prestan cuidados de enfermería de calidad. El Hospital Magnético. Index de Enfermería 2003; XII(43):80-82]. Evidentia. 2004 ene-abr. Año 1.
159. www.msc.es/.../Resultados_Enfermeria_Implicaciones_Clinicas_Politicas_y_

160. Investigacion.pdf.www. www.nursecredentialing.org
161. Teresa Faura, Linda H. Aiken and others. , Linda H. Aiken and others. “Validation of a Measure Validation of a Measure to Assess the Hospital Clinical Nurse Practice Environment: A Cr to Assess the Hospital Clinical Nurse Practice Environment: A Cross National Pilot Study. National Pilot Study.” *Enfermería Clínica* 12:13 12:13-22, 2002.
162. <http://www.icn.ch/es/>
163. <http://www.who.int/es/>
164. <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c028/ruizhont.php>. Calidad en los registros de enfermería.
165. http://www.seguridadelpaciente.es/recursos/documentos/V_Conferencia/conchacolomer.pdf
166. <http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/predialisis/antonioporras.PDF>
167. OMS: Salud para todos en el siglo XXI. *Salud* 21:23-45
168. http://66.219.50.180/NR/rdonlyres/e7bu2nf5rmdpdfvpthuag6x3lwricbjy5lsobtcenpd3myd5gr7fmmgduvwszrfdpykf6yy6tazm4enwfg2anueqfc/ICN_APNdefinitionwithLogoSP.pdf
169. Serrano Gallardo P. ¿Enfermeras invisibles? *Metas de Enferm* feb 2011; 14(1): 3
170. <http://www.oecd.org/dataoecd/62/8/38984666.pdf>
171. Subirana Casacuberta M et al. Revisión sistemática de los instrumentos que miden la actividad de Enfermería. *Metas de Enferm* jul/ago 2006; 9(6): 22-27
172. http://www.nytimes.com/2010/11/18/health/views/18chen.html?_r=1&hpw.
173. Lopez Alonso S. Pilot study for the validation of a nursing practice environment .scale at the San Cecilio Hospital. *Enferm Clin*. 2005; 15(1):8-16
174. González Torrente, Susana; Adrover Barceló, Rosa M.; Miguélez Chamorro, Angélica; Bannasar Veny, Miguel; Pericás Beltrán, Jordi; Artigues Vives, Guillem. Análisis por parte de las enfermeras de Baleares de los entornos de práctica hospitalaria y de atención primaria, mediante el cuestionario PES-NWI. *Rev Paraninfo Digital*, 2011; 12. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n11-12/120p.php>> .Consultado el 17 de Septiembre.

9-ANEXOS

9-1. Anexo I. Encuesta Work Index Revised.

1. Hay servicios de apoyo asistencial adecuados (celadores, auxiliares, administrativos, etc.)
2. Hay un número suficiente de enfermeras para proporcionar los cuidados adecuados
3. Se trabaja con enfermeras de gran competencia clínica
4. Hay personal suficiente para realizar el trabajo
5. Entre los médicos y las enfermeras hay buenas relaciones de trabajo
6. Las enfermeras y los médicos trabajan en equipo
7. La práctica entre médicos y enfermeras está basada en una colaboración simétrica (de igual a igual)
8. Los jefes de equipo son receptivos, apoyan y asesoran a las enfermeras
9. Los jefes de equipo utilizan los errores como una oportunidad de mejora, no como una crítica negativa
10. Su jefe de equipo es un buen gestor y un buen líder
11. Los jefes de equipo apoyan a la enfermera en la toma de decisiones
12. Hay un programa de formación continuada y es accesible para las enfermeras
13. Existe un programa formal de tutorización de enfermeras de nueva incorporación, por parte de enfermeras más expertas
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
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.)

16. Se reconoce el trabajo bien hecho
17. Existen sistemas de promoción
18. Hay enfermeras asistenciales que participan de una manera activa y formal en la gestión interna del hospital (juntas, comités, comisiones, etc.)
19. Hay oportunidades para discutir, con otras enfermeras, problemas asociados a la atención de los pacientes
20. Hay una misma manera de entender la enfermería (filosofía, misión, enfoque) que impregna el entorno de trabajo
21. Hay un programa en activo que facilita la mejora continua de la calidad
22. La prestación de cuidados se basa en un modelo de enfermería
23. Existe un plan de cuidados escrito para cada paciente
24. Se utilizan correctamente los diagnósticos de enfermería, diferenciándolos de los problemas interdependientes
25. El registro del plan de cuidados se actualiza en función de la evolución del paciente
26. Se promueve la continuidad de la atención con la asignación de pacientes
27. Hay una dirección de enfermería visible y accesible al personal
28. La dirección de enfermería se preocupa de que las enfermeras proporcionen una atención adecuada
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.)
30. La Dirección del centro escucha y atiende las preocupaciones/problemas que surgen en la práctica asistencial
31. Existe un programa de orientación para enfermeras de nueva incorporación
32. El salario es adecuado

33. La enfermería controla su propia práctica profesional
34. Se da apoyo a la innovación en la prestación de cuidados
35. Existe flexibilidad en los diferentes turnos/horarios
36. Hay un programa de enfermería clínica que proporciona apoyo a la prestación de cuidados
37. El sistema de prestación de cuidados se basa en el trabajo en equipo
38. El sistema de prestación de cuidados de basa en un modelo de enfermera de referencia
39. El sistema de prestación de cuidados de basa en un modelo de atención global
40. Hay buena relación con otros departamentos tales como limpieza, cocina, etc.
41. La enfermera no ha de afrontar situaciones que van en contra de su juicio profesional
42. Los médicos proporcionan una adecuada atención diagnóstica, médica o quirúrgica
43. Se potencia la obtención de titulaciones superiores
44. Las enfermeras participan activamente en los esfuerzos por optimizar los costos
45. Las enfermeras pueden participar en la selección de nuevos materiales/equipamientos de cuidados
46. Se reconoce públicamente la aportación de las enfermeras a la atención del paciente
47. Los jefes de equipo consultan con las enfermeras los problemas o procedimientos de cuidados en el día a día
48. El entorno es agradable y cómodo para trabajar
49. Hay oportunidades de trabajar en unidades de alta especialización
50. Las enfermeras no han de cambiar nunca de unidad/departamento
51. Las enfermeras pueden participar en la planificación de plantillas, de festivos,

libranzas, etc.

52. Existe un programa de protocolización formal

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

54. Se utiliza una documentación orientada a la identificación de problemas

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

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

57. Hay una distribución adecuada del personal entre las diferentes unidades

9-2. Anexo II. Carta colaboración estudio a Direcciones de Hospitales.

Estimado director:

En primer lugar, me gustaría agradecer sinceramente la colaboración del centro que usted dirige para facilitar la realización del Proyecto Multicéntrico, denominado RISK (Resultats d'Infermeria per a la seguritat en les Kures), organizado y patrocinado por el Ilustre Colegio de Enfermería de Valencia .

Nuestra preocupación sobre la seguridad de los pacientes y la provisión de cuidados de enfermería de calidad así como los resultados en salud que aportan las enfermeras, es una realidad, así como elemento fundamental de su misión y visión.

RISK es un proyecto de investigación que tiene por objetivo analizar y mejorar los modelos de provisión y planificación de los cuidados de enfermería, a través del estudio y análisis de la percepción de las enfermeras, en los hospitales de la Comunidad Valenciana así como a los resultados en los pacientes. El objeto de nuestro estudio se centrará en el factor humano y fundamentalmente enfermero, dado que es un agente prioritario en la seguridad del paciente.

En LA Comunidad Valenciana partimos de una situación de variabilidad y desconocimiento objetivo de la realidad que nos ocupa, y consideramos de vital importancia conocer los modelos de provisión de cuidados , precisando del diseño y validación de una encuesta que investigue las dimensiones de seguridad del paciente, ratios de enfermería y calidad de cuidados así como los resultados a través del CMBD .

La metodología del estudio pasa por la realización de una encuesta validada , el Work Index Revised , utilizada tanto en el entorno internacional como nacional , que recoge dimensiones como el nivel de autonomía profesional de las enfermeras , el grado de control sobre la propia práctica, las relaciones interprofesionales ,reconocimiento de las competencias clínicas de las enfermeras desarrollo de otras funciones, además de la asistencial la docencia y la investigación el impacto de la gestión directiva de Enfermería en la prestación de cuidados, así como los sistemas de gestión de los recursos humanos en Enfermería.

La entrega y recogida de los cuestionarios que han de autocumplimentar por las enfermeras de su centro hospitalario, se realizará entre los meses de septiembre y noviembre del presente año. Para ello, el Colegio de Enfermería pondrá a disposición, la presencia de enfermeras becarias que se encargarán de todo el proceso organizativo y logístico del Proyecto para facilitar el trabajo diario. Dichas enfermeras se pondrán en contacto con la persona de la Dirección de Enfermería que ustedes designen .

Por último , me reitero en el agradecimiento por contar con su disponibilidad y me pongo a su disposición para aclarar cualquier situación y aportación al Proyecto , que sin duda redundará en la mejora de la calidad asistencial prestada a los ciudadanos de nuestra Comunidad que ámbos compartimos.

Firmado:

Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Valencia

XXXX