

TESIS DOCTORAL

“ELECCIÓN DE ELEMENTOS ESENCIALES DE LOS ENTORNOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA, MEDIANTE EL CUESTIONARIO PRACTICE ENVIRONMENT SCALE OF THE NURSING WORK INDEX (PES-NWI)”

**PROGRAMA DE DOCTORADO
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA, MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PÚBLICA E HISTORIA DE LA CIENCIA.**

UNIVERSIDAD DE ALICANTE.

**JULIO 2015
VICENTE ANTONIO GEA CABALLERO.**

DIRECTOR: Dr. D. JOSÉ RAMÓN MARTÍNEZ RIERA.

Si comienza uno con certezas, terminará con dudas; mas si se acepta empezar con dudas, llegará a terminar con certezas.

Sir Francis Bacon (1561-1626), Filósofo y estadista británico.

RESUMEN.

Objetivo

El cuestionario PES-NWI (31 ítems) mide las características de los entornos para la práctica profesional en enfermería. Las características de estos entornos influyen claramente sobre la calidad de los cuidados que las enfermeras prestan a los usuarios, y en los resultados en los pacientes. Pretendemos analizar y estudiar desde un punto de vista cuali-cuantitativo dicho cuestionario para intentar seleccionar los 10 ítems más relevantes en su contribución a la mejora del entorno profesional, que sean esenciales en la mejora de los cuidados de enfermería en Atención Primaria de Salud (APS) .

Método.

Estudio mixto cuali-cuantitativo en 2 fases.

1. Fase cualitativa: Fenomenológico. Muestreo intencional (bola de nieve) por conveniencia. Técnica de grupo focal (audioconferencia 2 horas) combinada con conteo de resultados (pre y post grupo focal). N=8, expertos en Atención Primaria de Salud según nuestro criterio. Análisis de contenido con QSR Nvivo v10. Septiembre 2013 a mayo 2014.
2. Fase cuantitativa: Estudio observacional, transversal, analítico, multicéntrico. Junio 2014 a febrero 2015. n=269 profesionales asistenciales, muestreo simple aleatorio, en 3 Departamentos de Salud de la Comunitat Valenciana, 2 de ellos con modelo de gestión privado (Elx-Vinalopó y Torreveja) y 1 de gestión pública (Xàtiva/Ontinyent). Recogida de datos con cuestionario PES-NWI de forma combinada online y presencial. Análisis de datos con SPSS v21. Variables a estudio: socio-demográficas y los 31 ítems del cuestionario. IC 95%. Se utilizaron descriptivos habituales y ANOVA, con análisis factorial de resultados.

Se obtuvo consentimiento informado de participantes y permisos de los Comités de ética e investigación de los Departamentos estudiados.

Resultados.

Fase cualitativa: Se desecharon a priori 10 ítems del cuestionario. Se obtuvo elevado o aceptable consenso en los elementos fundamentales: ítems 2, 15, 20, 31, 6, 11, 14, 18, 26. El 10º ítem se asignó tras análisis de contenido (ítem 19).

Fase cuantitativa: Se seleccionaron los 10 ítems (top ten) con mayor % de elecciones; 9 de los 10 ítems coincidieron entre expertos y profesionales asistenciales. El elemento más importante para la mejora del cuidado es el apoyo y liderazgo de gestores.

Los departamentos de salud privatizados obtuvieron puntuaciones ligeramente más altas (mejor entorno) respecto al de gestión pública ($p < 0,001$), con alta influencia de la variable edad ($p > 0,001$), así como Ejercer cargos de coordinación/no ejercerlo ($p < 0,001$). Al ajustar por edad, años de experiencia y cargo de coordinación, los departamentos de gestión privada siguen ofreciendo puntuaciones totales más elevadas, con significación especial de la variable edad, que la consideramos explicativa de las diferencias.

Alta consistencia interna de nuestros resultados (alfa de Cronbach $> 0,8$ en sus 5 dimensiones), que reproducen la estructura original del cuestionario.

Los elementos esenciales propuestos (Top Ten) han mostrado un valor de predicción de la puntuación total del PES-NWI de 31 ítems del 90,7%, aportando información adecuada en 3 de las 5 dimensiones originales (1, 2 y 4); el Top Ten presenta una estructura interna en 3 dimensiones.

El Departamento con mejor valoración fue Torrevieja, y el de peor valoración, Xàtiva / Ontinyent. Todos los Departamentos estudiados son considerados entornos positivos para obtener buenos cuidados de enfermería.

Conclusiones.

Ha sido posible consensuar y seleccionar los 10 elementos esenciales (Top Ten) del cuestionario PES-NWI que más influyen en los entornos profesionales en Atención Primaria de Salud en España. Modificar estos elementos de forma prioritaria permitirá optimizar los entornos laborales para mejorar los cuidados. Estos 10 elementos aportan el 90,7% de la información en cuanto a puntuación total que el cuestionario completo, por lo que consideramos que el Top Ten es una buena herramienta breve de valoración de la calidad de los entornos.

Descriptor: PES-NWI, Atención Primaria de Salud, Enfermería, Entorno de práctica profesional, Hospital magnético, Calidad del cuidado.

ABSTRACT

Aim

The PES-NWI questionnaire (31 items) measures the characteristics of professional nursing practice environments. The characteristics of these environments have a significant impact on the quality of care provided by nurses to users, and also in patient outcomes. We analyze and study the questionnaire from a qualitative and quantitative point of view in order to select the 10 most relevant items for their contribution to improving professional environment. Those 10 items are essential in the improvement of nursing care in Primary Health Care.

Method.

Mixed methods including quantitative and qualitative designs, in two stages:

1. Qualitative stage: Initial purposive sampling complemented by additional 'snowballing' technique. Eight primary health care experts were identified according to the study inclusion criteria. Responses through a variety of methods including a 2-hour virtual focal group (using teleconference), combined counting of results before and after the focal group. The responses were analysed using content analysis from a phenomenological perspective, using software. September 2013 to May 2014.
2. Quantitative phase: Cross-sectional, multicentric design, conducted between June 2014 to February 2015. Data was collected using a online and paper questionnaire (PES-NWI). A random sample of 269 professional caregivers from 3 health districts (2 privately managed, Elx-Vinalopó & Torrevieja; 1 public managed, Xàtiva/Ontinyent) were approached. Descriptive statistics and multifactorial analysis of the study variables were conducted using statistical software.

Ethical consent was obtained from local Ethics and Investigation Committees, as well as written consent from participants.

Results.

Qualitative phase: 10 Questionnaire items were discarded a priori. A high or acceptable consensus related to fundamental elements was achieved for items 2, 15, 20, 31, 6, 11, 14, 18, and 26. A 10th item (item 19) was added after *post hoc* content analysis.

Quantitative phase: Top 10 most frequently elected items were selected. There was agreement in 9 of 10 items between experts and professional caregivers. Privately-run health districts obtained slightly higher scores (better environment) in relation to those publicly managed ($p < 0,001$). In unadjusted results, 'Age' as well as 'Practising Coordination charge/not practising' had a high influence ($p < 0,001$). After adjusting for 'Age', 'Work-experience years' and 'Coordination charge', privately managed departments still obtained higher total scores, and in particular 'Age', the variable considered to be the likely explanation for the differences reported in our study.

Our results were found to have a high internal consistency (alfa Cronbach $> 0,8$ in 5 dimensions), which are similar to the original structure of the PES-NWI.

The proposed 'Top Ten' essential elements have shown a 90,7% predictive value of the total score in the 31 items of PES-NWI, therefore providing suitable information in 3 of the 5 original dimensions (Dimensions 1, 2 and 4); Top Ten shows an internal structure in 3 dimensions.

The best-rated district was Torrevieja, and the worst Xàtiva/Ontinyent. These 3 districts are positive environments where good nursing care is provided.

Conclusions.

10 essential elements ('Top Ten') of the PES-NWI questionnaire influencing professional environments in primary health care in Spain have been identified and agreed on. Modifying these elements as a priority will optimize the working environments and lead to health improvements. These 10 elements provide 90,7% of the information related to total score in the completed questionnaires, so we consider that these 'Top Ten' are a good brief tool for the evaluation of professional environments quality.

Keywords: PES-NWI, Primary Health Care, Nursing, Professional Practice Environment, Magnet Hospital, Quality (care).

ÍNDICE.

RESUMEN / ABSTRACT Y PALABRAS CLAVE	7
ÍNDICE.....	11
AGRADECIMIENTOS.....	15
SIGLAS.....	17
ÍNDICE DE TABLAS.....	19
ÍNDICE DE FIGURAS	23
CAPÍTULO 1: JUSTIFICACIÓN/ INTRODUCCIÓN.	25
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.....	31
1. ANTECEDENTES / MARCO CONCEPTUAL.....	33
2.1.1. Organizaciones sanitarias.	
2.1.2. Magnetismo y hospitales magnéticos.	
2.1.3. Fuerzas magnéticas.	
2. MEDICIÓN DE LOS AMBIENTES PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA SALUD.....	49
3. CUESTIONARIO PES-NWI (PRACTICE ENVIRONMENT SCALE OF NURSING WORK INDEX).....	56
4. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ESPAÑA: ¿MAGNETISMO EN EL ÁMBITO COMUNITARIO? MEDIDA DE LOS AMBIENTES DE PRÁCTICA PROFESIONAL EN APS DE ESPAÑA MEDIANTE EL PES-NWI.	69
5. FACTORES ESENCIALES DE LOS ENTORNOS PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA.....	81
2.5.1. Elementos esenciales derivados del PES-NWI.	
2.5.2. Elementos esenciales: otros cuestionarios (EOM 1 y 2).	
6. MODELOS DE GESTIÓN SANITARIA EN LA COMUNITAT VALENCIANA.....	95

CAPÍTULO 3: OBJETIVOS.....	101
1. GENERAL.....	103
2. ESPECÍFICOS.....	103
CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA.....	105
1. HIPÓTESIS.....	107
2. DISEÑO.....	108
1.- Cualitativo.	
2.- Cuantitativo.	
3. INSTRUMENTOS Y VARIABLES DE ESTUDIO.....	125
4. PILOTAJE.....	127
CAPÍTULO 5: RESULTADOS.....	129
1. FASE CUALITATIVA.....	131
1.1.- DATOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	132
1.2.- FASE 1: SELECCIÓN INDIVIDUAL DE ÍTEMS CLAVE.....	133
1. Preguntas de investigación.	
2. Resultados del análisis de expertos del cuestionario PES-NWI pre y post-grupo focal.	
3. Análisis de datos del análisis de expertos pre-grupo focal.	
4. Análisis de datos del análisis de expertos post-grupo focal.	
5. Re-selección de expertos/as del décimo ítem para la conformación del top ten.	
6. Resultados finales Fase 1: ítems fundamentales seleccionados mediante técnica de contaje.	

1.3. FASE 2: ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS CONTENIDOS DE LA TRANSCRIPCIÓN DEL GRUPO FOCAL.....	143
1. Preguntas de investigación.	
2. Flujos de participación.	
3. Codificación: creación de categorías de contenido.	
4. Análisis de palabras clave.	
5. Consulta de frecuencia de palabras.	
6. Clasificación: selección de expresiones de los/las participantes y asignación a cada uno de los nodos. Análisis global.	
1.4. RESULTADOS GLOBALES FASE CUALITATIVA.....	167
2. FASE CUANTITATIVA.....	169
2.1. RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DESCRIPTIVOS.....	170
2.2. RESULTADOS ANALÍTICOS: CONTRASTES ENTRE VARIABLES.....	178
5.2.3. ANÁLISIS FACTORIAL DE LOS RESULTADOS.....	191
5.2.4. ANÁLISIS FACTORIAL DE ELEMENTOS ESENCIALES.	195
CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN.....	199
6.1. INTRODUCCIÓN A LA DISCUSIÓN.....	201
6.2. ELEMENTOS ESENCIALES PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL OBTENIDOS DEL ESTUDIO EN APS.....	203
6.3. ELEMENTOS NO SELECCIONADOS COMO ESENCIALES...	243
6.4. MEDICIÓN DE LOS ENTORNOS PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL EN LOS DEPARTAMENTOS DE SALUD.....	246
6.5. APLICABILIDAD PROFESIONAL DE LOS RESULTADOS.....	256
6.6. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.....	257

6.6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	258
6.7. CONFLICTOS DE INTERESES.....	260
CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES.....	261
REFERENCIAS.....	265
ANEXOS.....	291
1. ANEXO 1.....	293
2. ANEXO 2.....	295
3. ANEXO 3.....	301
4. ANEXO 4.....	302
5. ANEXO 5.....	305
6. ANEXO 6.....	307
7. ANEXO 7.....	310
8. ANEXO 8.....	311
9. ANEXO 9.....	315
10. ANEXO 10.....	317
11. ANEXO 11.....	319
12. ANEXO 12.....	323
13. ANEXO 13.....	327
14. ANEXO 14.....	331
15. ANEXO 15.....	351
16. ANEXO 16.....	353
17. ANEXO 17.....	359

AGRADECIMIENTOS.

Cuenta el refrán que es de bien nacidos ser agradecidos. Este estudio no es en absoluto mío, sino de mucha gente sin la cual habría resultado absolutamente impensable que viera el final.

Este trabajo es tan mío como de mi familia. A Inma, y a Vicent, en especial, va dedicado este libro, porque en realidad, suyo es. Por las veces que han tenido que escucharlo, por su ayuda, su incansable ánimo, y por las mil y una horas robadas a su tiempo, a las noches y al sueño. El tiempo es oro, y aún no he descubierto la forma de recuperar y devolverles ese tiempo. Sin embargo, con la satisfacción y la felicidad de poder dedicarles este trabajo, espero compensar el tiempo invertido. Seguramente este proyecto habría quedado en el camino sin ellos.

Este trabajo es tan mío como de mi Director, el Dr. José Ramón Martínez Riera, si no más. Por todo y por lo bien que ha trabajado desde que comenzamos el proyecto, tras algún cambio de rumbo. Gracias, amigo, por haber sido la mejor referencia que habría podido tener, y gracias por haber encontrado y entendido a la perfección qué era aquello que me gustaría hacer.

A mi madre, que seguramente debe ser una de las personas que más orgullosas estén de mí hoy. Ella me enseñó cuál era el camino adecuado. Gràcies, mama. Y por supuesto, al resto de mi familia, a todos, sin quienes no podría estar hoy aquí, y sin olvidar a los que ya no están y tanto cuidaron de mí en el pasado.

Especial agradecimiento al Dr. José María Tenías, por su trabajo, consejos, colaboración y ayuda desinteresada en momentos críticos, los “momentos cuantitativos”.

También a mi compañero en la Universidad Europea, el Dr. José Martí Parreño, por su orientación y su tiempo en el diseño y desarrollo de la fase cualitativa.

Mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han hecho posible que se haya podido desarrollar, empezando por mi amiga Mireia Ladios, apoyo en la distancia cada vez que la necesito. También a los responsables de los Departamentos de salud

estudiados, José David Zafrilla, Ana Rico, Paqui Fuster y Chema Cintas. Qué difícil, sin ellos, habría sido acabar el trabajo, y cuanta colaboración y ayuda obtenida. Es de agradecer que entendieran este estudio como una oportunidad de mejora.

Y a todos aquellos y aquellas que, de uno u otro modo, han hecho posible que estemos hoy aquí: Enrique Castro, consejos científicos 24 horas al día, 365 días al año; Paula Escalada, por su ayuda en la fase cualitativa; Natura Colomer y Elena Chover, por su contribución en las traducciones; Pablo Caballero, por su ayuda en distintas fases de este trabajo; Alejandro Hernández, en la recogida de datos; Fátima Vega y Gonzalo Duarte, por el pilotaje; Joan De Pedro por su orientación inicial, consejo y su opinión, para mí de las más validas; a todos y todas las coordinadoras de atención primaria, por su ayuda desinteresada. A los/las 8 expertos y expertas que participaron en el grupo focal, a los que no puedo citar por motivos éticos, pero que dedicaron tiempo de su vida y experiencia a nuestro proyecto.

A todas las/los enfermeros/as que han participado en el estudio, porque como siempre, sin ellos/as, esto no existiría. Al final, siempre son los que tienen la capacidad de que algo sea una realidad, o no lo sea. Enhorabuena por vuestro trabajo.

A mis compañeros/as de la Universidad Europea, por su apoyo en este largo camino, en especial las últimas fases de “sólo tesis”.

A mis amigos y amigas, por ser los que son y cómo son, y que tanto se alegrarán de que por fin haya llegado este momento.

A todos/as, muchísimas gracias por estar ahí.

SIGLAS.

AHA: AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION.

ANA: AMERICAN NURSING ASOCIATION.

ANCC: AMERICAN NURSING CREDENTIALING CENTER.

APS: ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

BOE: BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO.

CAP: CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

CIE: CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA.

D1, D2, D3, D4, D5: DIMENSIÓN 1, 2, 3, 4 Y 5.

CVI: CONTENT VALIDITY INDEXING.

EAP: EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

EEUU: ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA.

EFQM: EUROPEAN FOUNDATION QUALITY MANAGEMENT.

EFyC: ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

EOM: ESSENTIALS OF MAGNETISM SCALE (VERSIONES I y II).

EPA: ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA.

EPNP: ESSENTIAL PROFESSIONAL NURSING PRACTICES.

HHC: HOME HEALTH CARE (AGENCY).

JCAHO: JOINT COMISSION ACREDITTATION HEALTHCARE ORGANIZATIONS

LOPS: LEY DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS.

NWI: NURSING WORK INDEX.

NWI-R: NURSING WORK INDEX REVISED.

OR: ODSS RATIO.

PBE: PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIAS.

PES-NWI: PRACTICE ENVIRONMENT SCALE – NURSING WORK INDEX).

QSR NVIVO V10: SOFTWARE DE ANÁLISIS CUALITATIVO DE DOCUMENTOS.

RD: REAL DECRETO.

RECURSOS HUMANOS: RRHH

USA / EEUU: UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA.

UTE: UNIÓN TEMPORAL DE EMPRESAS.

ÍNDICE DE TABLAS.

TABLA	PÁGINA
Tabla 1: Fuerzas del magnetismo. Tomada de <i>Magnet Recognition Program 2014</i>	45
Tabla 2: Dimensiones / Fuerzas magnéticas. Fuente: Adaptado de Hernández Cantoral A, 2011. Hospitales magnéticos: Escenario ideal que garantiza la calidad del cuidado y la satisfacción laboral en enfermería.....	48
Tabla 3: Cuestionarios relacionados con la medición de entornos de práctica profesional en enfermería.....	51
Tabla 4. Características del PES-NWI en su validez según Bonneterre, Liaudy, Chatellier, Lang& De Gaudemaris, 2008.....	60
Tabla 5: ítems Dimensión 1 PES-NWI.....	61
Tabla 6: ítems Dimensión 2 PES-NWI.....	62
Tabla 7: ítems Dimensión 3 PES-NWI.....	63
Tabla 8: ítems Dimensión 4 PES-NWI.....	63
Tabla 9: ítems Dimensión 5 PES-NWI.....	64
Tabla 10: Cuestionario PES-NWI para recolección de datos (de elaboración propia)....	66-67
Tabla 11: 8 dimensiones esenciales para el cuidado enfermero.....	88
Tabla 12: 7 dimensiones esenciales EOM II.....	88
Tabla 13: Essentials of magnetics Instruments. Tomada de Mensik JS. (2006).....	90
Tabla 14: Documentos seleccionados en revisión sistemática EOM.....	90-91
Tabla 15. Porcentajes de elección de elementos de práctica profesional en Atención Hospitalaria/Domiciliaria. Tomada de Mensik JS. (2006).....	93 y 214
Tabla 16: Perfil profesional de los/las expertos/as seleccionados para el grupo focal....	112
Tabla 17: Comparativa elecciones de ítems pre y post-grupo focal.....	133-135
Tabla 18: Elecciones de ítems en 3ª sesión, re-selección de ítem décimo.....	137
Tabla 19: Porcentajes de elección de ítems de 3ª ronda.....	137
Tabla 20: Relación de ítems consensuados en primera fase (9 ítems) clasificados en dimensiones del cuestionario PES-NWI.....	141
Tabla 21: ítems re-seleccionados en 3ª ronda de decisiones.....	142
Tabla 22: Recuento de intervenciones de expertos/as en Grupo Focal.....	145
Tabla 23: Análisis de frecuencias de palabras más frecuentes.....	149
Tabla 24: Ítems directamente descartados por decisión de expertos/as.....	152
Tabla 25: Relación de 10 ítems fundamentales del cuestionario PES-NWI (según expertos).....	167
Tabla 26: Puntuaciones totales obtenidas con PES-NWI.....	171
Tabla 27: Puntuaciones en PES-NWI por Dimensión y Departamento de salud.....	172

Tabla 28: porcentajes de elección de los elementos que conforman los entornos según PES-NWI.....	174-175
Tabla 29: Top Ten PES-NWI elegido por enfermeras asistenciales de APS.....	177
Tabla 30: Ítems Top Ten priorizados según % elecciones.....	177
Tabla 31: Contrastes mediante ANOVA entre variables socio-demográficas y puntuaciones del Cuestionario.....	179
Tabla 32: Diferencias entre Departamentos y modelos de gestión público/privado, y puntuaciones en PES-NWI.....	183
Tabla 33: Modelo de regresión múltiple para estimar la asociación con la puntuación global, (resultados antes y después del ajuste).....	189
Tabla 34: Matriz de componentes rotados ^a resultados PES-NWI.....	191-192
Tabla 35: Varianza total explicada del PES-NWI en nuestra muestra.....	193
Tabla 36: Fiabilidad obtenida de las Dimensiones de PES-NWI.....	194
Tabla 37: Varianza total explicada del Top Ten de elementos esenciales.....	195
Tabla38: Matriz de componentes rotados ^a resultados TOP TEN.....	195
Tabla 39: Asignación de ítems esenciales a la estructura de 3 dimensiones.....	196
Tabla 40: Ítems esenciales (Top Ten) y asignación a su Dimensión correspondiente.....	197
Tabla 41: Variabilidad total explicada por el Top Ten.....	197
Tabla 42: Relación de ítems esenciales elegidos en las fases cualitativa y cuantitativa...	208
Tabla 43: Agrupación de ítems esenciales en las 3 dimensiones del Top Ten (de elaboración propia).....	209
Tabla 44: Definición de las nuevas Dimensiones del Top Ten PES-NWI.....	210
Tabla 45: 8 elementos esenciales EOM para el cuidado enfermero.....	211
Tabla 46: 7 dimensiones esenciales EOM II.....	212
Tabla47: Diferencias/semajanzas en los porcentajes de elección entre profesionales asistenciales y profesionales expertos/as, sobre los ítems no elegidos como esenciales de PES-N.....	243-244
Tabla 48: Puntuaciones totales obtenidas en los estudios nacionales.....	248
Tabla 49: Puntuaciones por Dimensión y Departamento/Comunidad, y las de otros estudios.....	252
Tabla 50: Herramienta de evaluación de artículos tras lectura crítica en revisiones bibliográficas realizadas.....	297
Tabla 51: Análisis crítico de artículos seleccionados (1) en revisión EOM 1 y 2.....	298

Tabla 52: Análisis crítico de artículos seleccionados (2) en revisión EOM 1 y 2.....	299
Tabla 53: Cuestionario Essentials of Magnetism 1 original (EOM1).....	301
Tabla 54: Documento de registro de ítems elegidos por expertos/as.....	315-316
Tabla 55: Documento de registro final de ítems elegidos por expertos/as.....	317-318

ÍNDICE DE IMÁGENES Y FIGURAS.

FIGURA / IMAGEN	PÁGINA
Figura 1: Fuerzas magnéticas basadas en sus 5 componentes clave.....	46
Figura 2: Escalas de valoración de entornos de práctica profesional del estudio.....	55
Figura 3: Elementos esenciales de la práctica profesional. Tomada de: Mathews S. 2003.	82
Figura 4: Mapa sanitario de la Comunitat Valenciana con los Departamentos de Salud incluidos en el estudio.....	99
Figura 5: Esquema gráfico temporal de la fase cualitativa del estudio.....	108
Figura 6: Mapeo del diseño cualitativo.....	109
Figura 7: Mapeo del diseño cuantitativo.....	119
Figura 8: Tasa de respuestas Dep. Torreveija.....	121
Figura 9: Tasa de respuestas Dep. Elx-Vinalopó.....	122
Figura 10: Tasa de respuesta Dep. Xàtiva / Ontinyent.....	123
Figura 11: Etapas de análisis de contenido del grupo focal.....	143
Figura 12: Nodos de información (categorías de contenido).....	146
Figura 13: Mapa gráfico de frecuencia de palabras en análisis de grupo focal.....	149
Figura 14: Referencias relacionadas con los nodos de información.....	150
Figura 15: Puntuaciones globales de cada Departamento de Salud.....	172
Figura 16: Puntuaciones en PES-NWI por Dimensión y Departamento de salud.....	173
Figura 17: Porcentaje de elecciones de cada ítem del cuestionario PES-NWI.....	176
Figura 18: Diferencias en puntuación global del test, en función de la edad del profesional.....	181
Figura 19: Puntuaciones por dimensión y grupo de edad.....	181
Figura 20: Diferencias en D1 (Participación) por Departamentos de Salud.....	184
Figura 21: Diferencias en D2 (Fundamentos) por Departamento de Salud.....	184
Figura 22: Diferencias en D3 (liderazgo) por Departamento de Salud.....	185
Figura 23: Diferencias en D4 (RRHH) por Departamento de Salud.....	185
Figura 24: Diferencias en D5 (Relaciones E/M) por Departamento de Salud.....	186

Figura 25: Diferencias en D1 (Participación) por Modelo de gestión.....	186
Figura 26: Diferencias en D2 (Fundamentos) por Modelo de gestión.....	187
Figura 27: Diferencias en D3 (Liderazgo) por Modelo de gestión.....	187
Figura 28: Diferencias en D4 (RRHH) por Modelo de gestión.....	188
Figura 29: Diferencias en D5 (Relaciones E/M) por Modelo de gestión.....	188
Figura 30. Diagrama de dispersión de las puntuaciones predichas por el Top Ten sobre las puntuaciones obtenidas con el test completo (31 ítems).....	198
Figura 31 a-b-c-d-e-f-g-h-i: Gráficos descriptivos de las características de los/las expertos del grupo focal.....	327-29-29
Figura 32: Árbol de información relacionado con la palabra “importante”.....	351
Figura 33: Árbol de información relacionado con la palabra “fundamental”.....	352
Figura 34: Árbol de información relacionado con la palabra “relevante”.....	352
Figura 35: Árbol de información relacionado con la palabra “imprescindible”.....	352

CAPÍTULO 1

JUSTIFICACIÓN

/

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN / INTRODUCCIÓN.

En nuestro país, España, diversos cambios están afectando a la ciencia enfermera desde hace años (incorporación de la Enfermería en la Universidad, titulaciones de Grado, Postgrado y Doctorados, Especialidades, aumento de las competencias de los profesionales, cambios en la percepción social de la enfermería por usuarios y ciudadanos, etc.)

El cuidado es un aporte complejo, de difícil objetivación en su contribución a la calidad percibida por el usuario del sistema sanitario, que busca la curación de sus enfermedades, pero que también exigen ser atendidos por profesionales competentes y recibir cuidados de calidad. En unidades de agudos se hace más perceptible el caso del cuidado en situación de enfermedad, si bien también es fundamental en situaciones de cronicidad, donde la enfermedad se convierte en incurable y la persona debe sobrellevar la vida cotidiana con una serie de (auto)cuidados que le aporten una mejora en su calidad de vida.

En consecuencia, la preocupación de los sistemas sanitarios por la calidad conlleva a la implantación en la mayoría de los hospitales y centros de APS de mecanismos de mejora, y gestión / control de la calidad. Autores como Donabedian y sus teorías de estructura-proceso y resultados, las normas ISO europeas y las de la Joint Comisión americanas, y el EFQM en Europa, son ejemplos de la ambición de mejora de las instituciones sanitarias a todos los niveles.

En determinados entornos sanitarios se ha podido constatar que ciertos ambientes de trabajo para las enfermeras influyen de forma objetiva en la disminución de la mortalidad, de la mejora del cuidado, de la contención de costes, y de otros múltiples beneficios para la sociedad, el ciudadano, el usuario y el profesional... éstas son razones que justifican la necesidad de profundizar en el estudio de los entornos de trabajo enfermero (entornos de cuidado excelente), desde una perspectiva que consideramos clave: el ámbito de la atención primaria de salud y el trabajo comunitario de la enfermera. Cuantitativamente, estos estudios previos se han enfocado básicamente a la atención hospitalaria, si bien desde hace unos pocos años y en nuestro país, ha comenzado el estudio de los entornos en APS.

Dichos entornos (conocidos en EEUU como magnéticos, imán o excelentes) provocan una mayor implicación del profesional en la empresa, cuyo producto es la salud. El impacto que los diferentes factores ambientales y del entorno pueden tener sobre la salud se ha podido medir en diferentes culturas y entornos, aunque en el nuestro todavía queda pendiente una mayor producción científica, en los ambientes hospitalarios, pero en especial en APS, así como también precisamos de estudios con resultados más válidos y fiables, para poder generalizar universalmente los resultados.

Todo ello creemos que guarda gran relación con el surgimiento en España de la figura de la enfermera especialista en cuidados a la familia y cuidados comunitarios (Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, EFyC). Es una figura profesional especializada en el ámbito de los cuidados a la comunidad, que sin duda aportará un mayor grado de especialización; y cuando podamos medirla, podremos confirmar si hay un aumento de la calidad, una mejora en los resultados, y una mayor satisfacción en la atención comunitaria.

Dado que los entornos de trabajo enfermero hospitalarios y de la APS son sustancialmente distintos, queda plenamente justificado el abordaje científico de tales diferencias, para poder fortalecer las evidencias actuales.

Partiendo de un cuestionario validado y adaptado a la APS en España (PES-NWI), creemos posible determinar, de entre todos los elementos o factores que pueden encontrarse en los entornos para la práctica profesional, aquellos más relevantes en su contribución a la mejora del cuidado profesional. Su importancia radica en el hecho de que dichos factores puedan ser modificados, lo que permitiría un abordaje jerarquizado de las reformas organizacionales sanitarias, priorizando en función de la coyuntura y recursos.

Estas modificaciones pueden permitir mejorar la calidad de los cuidados que las enfermeras comunitarias prestan a la población, lo cual, básicamente, justifica los objetivos de nuestro estudio.

En el Capítulo 1 llevamos a cabo la elaboración de los antecedentes y el marco teórico, para conocer cuál es el estado actual de la cuestión. Iniciamos el estudio con una revisión histórica del magnetismo y sus componentes clave, para proseguir con las

herramientas que se han desarrollado para medir los entornos de práctica profesional enfermera. Nos centramos más concretamente en la que utilizamos en nuestro estudio, el Practice Environment Scale – Nursing Work Index (PES-NWI), para conocer la herramienta en profundidad y poder trabajar con ella de forma efectiva. No obstante, hemos desarrollado una revisión sistemática de otro cuestionario, Essentials of Magnetism (EOM 1 y 2) por su gran especificidad en la discriminación de los entornos magnéticos, y por haber sido investigado para determinar los elementos clave para configurar entornos de calidad.

También revisamos los estudios precedentes en nuestro país de forma cronológica, acabando con una breve exposición de los modelos de gestión sanitaria público/privado en la Comunitat Valenciana, al haber sido definidos como una variable de estudio.

Una vez definidos los objetivos en el Capítulo 2, esencialmente determinar cuáles son los elementos clave que los entornos de práctica enfermera deben cumplir para poder garantizar cuidados de calidad, definimos en el Capítulo 3 el diseño de nuestro estudio, así como el resto de consideraciones metodológicas. Hemos creído conveniente abordar nuestro estudio desde un punto de vista mixto cuali-cuantitativo. Justificamos la elección de tal diseño en que hemos pretendido conocer en primer lugar las conclusiones de un grupo de expertos (técnica de grupo focal combinada con recuento de resultados pre-post) en relación con el cuestionario elegido y sus elementos fundamentales, para posteriormente poner en marcha un estudio cuantitativo en profesionales asistenciales que prestan su actividad profesional en centros de atención primaria (CAP). La fase cuantitativa se diseñó para conocer el resultado de los entornos enfermeros a estudio (3 Departamentos de salud en la Comunitat Valenciana, con modelos de gestión distintos para conocer cómo puede afectar tal condición al entorno de práctica profesional), además de obtener las elecciones de estos profesionales sobre los elementos considerados fundamentales, para trabajar una herramienta de valoración de entornos en base a esos resultados.

En los capítulos 4 y 5 exponemos los resultados cuali-cuantitativos y la discusión con los antecedentes; en primer lugar exponemos los resultados de recuentos y a continuación, el análisis del grupo focal. En segundo lugar, se exponen los resultados de las mediciones de los entornos analizados, llevando a cabo también análisis factoriales de esos resultados, como de lo que hemos denominado nuestro Top Ten de atributos esenciales de los entornos en APS.

En la fase final de la discusión exponemos las limitaciones de nuestro estudio, la aplicabilidad profesional de los resultados, las consideraciones éticas y las líneas de investigación futuras que creemos pueden continuar al estudio realizado.

Creemos que nuestro estudio aportará un mayor conocimiento de los entornos de práctica enfermera, lo que sin duda permitirá su utilización por los gestores, para mejorar las condiciones ambientales que faciliten a las enfermeras asistenciales desarrollar su actividad profesional en centros y sistemas saludables y óptimos, con el objetivo de final de mejorar los cuidados enfermeros y la calidad global de nuestro sistema sanitario.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO.

1. ANTECEDENTES: MAGNETISMO Y HOSPITALES MAGNÉTICOS.

- 1.1. Organizaciones sanitarias.
- 1.2. Orígenes y desarrollo histórico del concepto Magnet®.
- 1.3. Las fuerzas del magnetismo.

2. MEDICIÓN DE LOS AMBIENTES PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA SALUD.

- 2.1. Concepto de entorno para la práctica profesional en enfermería.
- 2.2. Escalas/Cuestionarios de medición de los entornos de práctica profesional en enfermería.

3. CUESTIONARIO PES-NWI (PRACTICE ENVIRONMENT SCALE - NURSING WORK INDEX).

4. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) EN ESPAÑA: ¿MAGNETISMO EN EL ÁMBITO COMUNITARIO? MEDIDA DE LOS AMBIENTES DE PRÁCTICA PROFESIONAL EN ESPAÑA MEDIANTE EL CUESTIONARIO PES-NWI: DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA A LA APS.

5. FACTORES ESENCIALES DE LOS ENTORNOS PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA.

- 5.1. Elementos esenciales: PES-NWI.
- 5.2. Elementos esenciales: otros cuestionarios (EOM 1 y 2).

6. MODELOS DE GESTIÓN SANITARIA EN LA COMUNITAT VALENCIANA.

1.- ANTECEDENTES: MAGNETISMO Y HOSPITALES MAGNÉTICOS.

1.1.- Organizaciones sanitarias.

Teoría del empoderamiento estructural en las organizaciones (de R. Kanter).

Entendemos por organización al “proceso de relacionar o combinar los grupos que deben llevar a cabo determinadas acciones ya previstas, con medios adecuados y necesarios, para desarrollar un trabajo consciente, racional y coordinado que permita conseguir los objetivos (Mompart y Durán, 2009); y por ello entendemos así que una organización es un conjunto de recursos humanos (RRHH) y materiales que trabajan conjuntamente para, de forma planificada y coordinada, conseguir el logro de los objetivos marcados (que en el sector sanitario es la atención a la salud, produciendo salud o prestando servicios relacionados con ella).

Las organizaciones se diferencian entre ellas por su “cultura organizacional” (Robbins y Judge, 2009), es decir, el conjunto de normas, valores y prácticas que caracterizan a cada una de esas organizaciones.

Entendiendo las organizaciones sanitarias como productoras de un bien social llamado salud, y como proveedoras de atención sanitaria -visión común en la mayoría de países europeos- (Mompart, 2010), el entorno europeo ha optado por una intervención pública, en la que identificamos la financiación (factor económico, quién aporta los recursos económicos), la provisión (aseguramiento de que se cumple dicha provisión de los servicios) y la producción (quién produce y aplica los servicios de forma final a la población).

Actualmente el estudio de las organizaciones ha evolucionado al centrarse no tanto en las teorías tradicionales, que investigaban y explicaban qué comportamientos e influencias tiene el trabajador sobre la organización, para centrarse más en cómo influye la organización sobre el comportamiento y el producto que el trabajador ofrecerá (Mensik, 2006). Sin embargo, la ciencia enfermera carece de una tradición investigadora

que permita el desarrollo de buenos marcos teóricos sobre los que determinar los procesos internos de trabajo, con dificultad técnica y metodológica para el desarrollo de investigación empírica (*Mick y Mark, 2005*).

Pretendemos enmarcar teóricamente el presente estudio en la Teoría de las Organizaciones de Kanter (*Kanter, 1993*), que postula el empoderamiento estructural de los profesionales dentro de la organización, en nuestro caso, organización sanitaria.

Según Kanter, el empoderamiento profesional consigue mayor implicación del trabajador con la organización, en especial si ésta está configurada sin grandes diferencias jerárquicas entre gestores y trabajadores (lo que en gestión conocemos como estructura horizontal o plana de empresa), y proporcionando al empleado recursos suficientes, libertad y estimulación en la toma de iniciativas y decisiones, potenciando el desarrollo profesional (*Kanter, 1993*). Estas influencias consiguen que el profesional se sienta con mayor competencia, mayor respaldo por la gerencia, mayor autonomía y responsabilidad (*Kluska, Laschinger-Spence y Klerr, 2004*).

Para conseguir esa mejora de la competencia y el empoderamiento profesional, aumentando al mismo tiempo la autonomía clínica, en determinados centros (hospitalarios), como por ejemplo en el Massachusetts General Hospital, se crearon comités de investigación para iniciar la práctica clínica enfermera basada en evidencias científicas (*Larkin, Cierpial, Stack, Morrison y Griffith, 2008*), hecho que de forma indirecta aumenta la toma de iniciativas fundamentadas por parte de los enfermeros. La participación en los comités fue abierta a las profesionales de enfermería, quienes con posterioridad declararon su satisfacción con el hecho de participar y aportar ideas, acciones, esfuerzo; pero más en especial, en participar en la toma de decisiones.

Exportando estos planteamiento a los sistemas sanitarios, la teoría del empoderamiento en la organización propone cambios como la gestión compartida del cuidado, es decir, que la toma de decisiones sea compartida entre médico y enfermera (*Erikson, Hamilton, Jones y Ditomassi, 2003*). En centros en los que se aplicó este modelo de gestión compartida del cuidado, se pudo constatar un mayor desarrollo profesional, mayor competencia clínica en los trabajadores, y mayor fidelización y compromiso de los

trabajadores con la empresa. Estos valores, son esenciales en los modelos magnéticos de cuidados, que a continuación exponemos.

De forma genérica, lo que Kanter propone no es qué es aquello que el profesional puede hacer por y para la organización, si no qué permite el entorno que el trabajador haga por la empresa; entre otros motivos porque cuando los pacientes tienen percepciones positivas con sus experiencias en cuidados, las enfermeras también han mostrado buenas relaciones con sus entornos profesionales, que a su vez son más saludables, efectivos y eficientes (*Kutney-Lee et al, 2009; Aiken et al, 2012*).

1.2. Orígenes y desarrollo histórico del concepto Magnet®.

El concepto de magnetismo aplicado al campo de la salud en enfermería surge en el año 1983 a partir de un estudio publicado por la Asociación Norteamericana de Enfermería, ANA (*McClure, Poulin, Sovie, y Wandelt, 1983*), en el que se evidenció la capacidad de determinados hospitales estadounidenses para “retener” enfermeras en un contexto grave de escasez de las mismas. Partiendo de un estudio posterior (*Aiken, 2002*) en 163 hospitales, se hizo patente que existían motivos por los que las enfermeras se implicaban en el trabajo de su empresa y no deseaban cambiar de centro de trabajo (magnetismo o atracción a su hospital o centro de trabajo).

Actualmente, la ANCC (Centro de acreditación de enfermería americano, organización independiente no lucrativa y vinculada a la ANA) es el centro responsable de acreditar entornos de trabajo magnéticos (centros, unidades, hospitales, servicios en la actualidad no necesariamente hospitalarios), en las cuales se prestan *cuidados de enfermería excelentes*, lo que han denominado con la expresión “*Hospital magnético*” o centro/servicio magnético (“Magnet®”).

Tal acreditación consiste en un *Programa de Reconocimiento de la Excelencia en Servicios de Enfermería* (*American Nurses Credentialing Center, 2014*).

Dicho programa de reconocimiento magnético persigue 3 objetivos:

1. La mejora de la calidad basada en entornos excelentes para el desarrollo de prácticas enfermeras seguras y saludables.
2. La búsqueda de la excelencia en las prácticas profesionales que las enfermeras ejercen en los/las usuarios/as.
3. Difundir las mejores prácticas entre las enfermeras que trabajan en los centros (incorporación de evidencias clínicas/prácticas basadas en evidencias científicas – PBE-).

Según la ANCC, la verdadera esencia de una institución “magnética” deriva de la práctica profesional ejemplar de sus enfermeras, y ello implica una comprensión global del papel de la enfermería, la aplicación de esa función con los pacientes, familias, comunidades y el equipo interdisciplinario, y la aplicación de nuevos conocimientos científicos basados en evidencias.

En dichos entornos de trabajo magnéticos se ha podido evidenciar a nivel objetivo:

1. Mayor fidelización de los trabajadores respecto a la empresa y mayor satisfacción del personal titulado de enfermería (*McClure, Poulin, Sovie, y Wandelt, 1983*);
2. Mejores resultados en los pacientes que en entornos no magnéticos (*Aiken, 2002*), resultados que van desde mejores prácticas profesionales hasta un uso mayoritario de prácticas basadas en evidencias científicas;
3. Cuidados de mayor calidad (*McClure, Poulin, Sovie, y Wandelt, 1983; Aiken, 2002; Magnet Recognition Program®, 2014; Aiken, Smith, y Lake, E.T., 1994; Aiken, Havens y Sloane, 2000; Trinkoff et al, 2010; Kramer y Schmalenberg, 2003; Kramer y Schmalenberg, 2008a y b*);
4. Menores índices de mortalidad y de complicaciones no deseadas, incluyendo los accidentes laborales (*Aiken, Smith, y Lake, 1994; Aiken, Havens y Sloane, 2000; Trinkoff et al, 2010*): sirva como ejemplo los datos documentados de que si los/las pacientes a cargo de una enfermera pasan a ser de 4 a 6, el riesgo de mortalidad aumenta un 14 %. Pero si las enfermas pasan a tener responsabilidad

sobre 8 pacientes, el riesgo aumenta en un 31 %. También encontramos otros ejemplos (*Aiken et al, 2002*) de aumento de las tasas de mortalidad a los 30 días (y al aumento de la insatisfacción laboral), con cifras objetivas: cada paciente adicional por enfermera se asocia a un 7% de aumento de la probabilidad de morir a los 30 días de ingreso (con una odds ratio OR de 1,07 para un IC del 95%).

Otro estudio importante que respalda estos resultados (*Currie, Harvey, West, McKenna y Keeney, 2005*) mantiene que los hospitales con características magnéticas o imán, obtienen diferencias a su favor traducidas en indicadores significativos como menores cifras de mortalidad, estancia hospitalaria, índice de infecciones y prevalencia de úlceras por presión.

También existen referencias (*Institut of Medicine, 2004*) que explican que los ambientes profesionales poco adecuados son los responsables de que multitud de pacientes (98.000 según el citado estudio) mueran cada año (secundariamente a errores profesionales). Ello quedaría justificado por la relación existente entre el cuidado de enfermería, la calidad de dicho cuidado, y la seguridad del paciente.

Es una relación muy estudiada, la del riesgo y el número de enfermeras, que ha trascendido más allá de los hospitales magnéticos, fuertemente asociado a los adecuados entornos profesionales de enfermería y el adecuado ratio enfermera/paciente: los entornos con mejores valoraciones y con mayor refuerzo de profesionales titulados, son los que menor mortalidad hospitalaria y riesgo de mortalidad presentan (*Schubert, Clarke, Aiken y de Geest, 2012*).

5. Una destacada autonomía clínica enfermera con mayor desarrollo profesional (*Kramer, y Schmalenberg, 2003; Kramer y Schmalenberg, 2008b*);
6. Percepción de mayores salarios a igualdad de actividades con respecto a centros no magnets (*Hawkins y Shell, 2012; Mee, 2006*);
7. Menores tasas de rotación, absentismo y vacantes en el equipo de enfermería (*Barbara. 2006*);
8. Importante contención de costes y reducción de gastos administrativos (*Liu et al, 2009*);

Havens (*Havens y Jonhston, 2004*), en un estudio en el que pretendían exponer el proceso que permitía obtener la acreditación Magnet®, aseguraban que tal reconocimiento discriminaba con precisión los hospitales que ofrecían mejores condiciones laborales (con respecto a los no Magnet®), que repercutían en una calidad profesional superior en lo relativo a la práctica profesional, con mayor satisfacción profesional, mejores resultados en los pacientes, mayor motivación profesional, mejor comunicación entre estamentos, profesionales que se sentían más valorados y reconocidos. Todo ello permitía mejorar el cuidado en la búsqueda de la excelencia.

Por ello hay una tradición de estudios analizando las fuerzas del magnetismo en diversos entornos, tanto magnéticos como no magnéticos, desde los inicios (*McClure, Poulin, Sovie, y Wandelt, 1983*), como también para trazar el camino de convertir una institución en magnética (*Havens y Jonhston, 2004; Wolf y Greenhouse, 2006*).

En la misma línea encontramos trabajos (*Aiken, Clarke y Sloane, 2001a y 2001b*) que concluyen que la atención y cuidados enfermeros de baja calidad es 3 veces más probable en hospitales con baja dotación de personal y escaso apoyo a las enfermeras por parte de las gestoras, en relación con los hospitales (magnet) con alta dotación de personal y adecuado apoyo. De ahí concluyeron que la adecuada dotación (de enfermeras) y el apoyo organizacional a ellas son elementos clave para mejorar el cuidado, disminuir el burnout y la insatisfacción laboral.

Estos cambios y diferencias relacionados con las características de los entornos profesionales, definidas como magnéticas o no magnéticas, son independientes de las características culturales y la disponibilidad de recursos económicos (países con menos recursos, frente a países occidentales) según un estudio (*Aiken y Poghosvan, 2009*) desarrollado en Rusia y Armenia. Así como que tras implementar cambios de naturaleza magnética en hospitales de estos países (participación de las enfermeras en los asuntos del centro, mejora de las relaciones con los médicos, apoyo de los gestores, continuidad del cuidado) mejoraron los indicadores de calidad, así como hubo una evolución en la práctica profesional.

El programa de acreditación “Magnet®” (*Aiken, Havens y Sloane, 2000*) está basado en la revisión de indicadores de calidad y estándares de la práctica de enfermería, cuya

última actualización y revisión conocida data del año 2009 (Administración en Enfermería ANA: Ámbito de aplicación y normas de buenas prácticas –edición 2009-) (*American Nursing Association, 2009*). En él se reconocen los servicios de enfermería considerados “modelo” y de excelencia (*Lowe, 2005*)

Estos hospitales excelentes tienen una estructura de gestión plana (horizontal) con muy poco personal supervisor/coordinador, con buenos canales de comunicación y resolución de conflictos entre disciplinas, enfermeras con alta autonomía y control sobre su práctica profesional, y con tendencia a la alta satisfacción laboral. Además, la relación enfermera / médico es muy positiva, buena comunicación entre ambos, al ser considerada la enfermera como el eje del cuidado hospitalario (*Hernández y Zàrate, 2011*).

El criterio de acreditación fue revisado en el año 2000 para poder ser aplicado a entornos de trabajo no exclusivamente norteamericanos. En España y hasta fechas actuales (mayo 2015) ningún centro sanitario posee tal acreditación, si bien distintos centros hospitalarios de otros países sí han mostrado interés por su valía y la han conseguido ya (centros hospitalarios de Australia, Líbano y Singapur, además de multitud de hospitales de los EEUU, hasta un total de 383). La necesidad de re-acreditación conlleva cambios frecuentes en la titularidad de tal distinción, que como ejemplo ha propiciado que en el actual año 2015, los países con centros acreditados, además de los EEUU, sean Jordania, Arabia Saudí y Canadá, pero no los países citados anteriormente (no americanos).

Por todo ello, y en el año 2010, 8 de los 10 “Mejores hospitales de América” ostentaban la acreditación Magnet® (*según US News & World Report*) (*American Nurses Credentialing Center, 2014*), representando los hospitales acreditados el 6,61% del total de hospitales registrados en Estados Unidos en el año 2010 (*American Hospital Association, 2011*). En febrero del 2015, el número de centros acreditados ha aumentado al 7%.

Ello suponía que esos entornos de práctica profesional excelentes influían en la calidad del cuidado, como asevera McClure (*McClure, 2005*), en palabras de esta autora son los “*efectos devastadores que la rotación puede tener en la práctica enfermera*”. La misma

autora explicita que “*la escasez de enfermeras en el hospital representa una amenaza grave para la salud y el bienestar*”. Previamente hemos hecho referencia a la calidad del cuidado, pero esta última afirmación de la autora se refiere a la seguridad de los pacientes.

Sin embargo, y como elemento adicional, la idiosincrasia del estudio original no se basó de forma aislada en los motivos por los que las enfermeras presentaban una tendencia evidente a permanecer en un determinado centro. El aspecto cuantitativo del fenómeno imán (menor tasa de rotaciones, inferior abandono de los contratos, menores coberturas por incapacidades, disminución de los accidentes laborales...) se pudo relacionar con otro aspecto cualitativo: desde los inicios del estudio, se observó que dichas enfermeras que no mostraban conductas de fuga estaban especialmente preparadas (académicamente), preparación que certifica una mayor calidad y seguridad del paciente (McClure, 2005).

Esta sospecha, poco a poco se fue investigando, y generó evidencia, hasta que Aiken (Aiken, 2002a) concluyera en posteriores estudios que en ámbitos hospitalarios de los EEUU, y tras ajustar las relaciones entre variables (tamaño de los hospitales, titulación de las enfermeras, nivel de tecnología de la enseñanza...) los centros con mayor proporción de enfermeras licenciadas o niveles superiores, mostraban una menor tasa de mortalidad de pacientes quirúrgicos (la probabilidad de morir en los 30 días post-cirugía disminuía un 5%). Además, otros estudios previos de la misma autora y otras investigadoras, ya exploraban la posibilidad de confirmar tales hipótesis (Clarke y Aiken, 2003; Unruh, 2003; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart y Zelevinsky, 2002).

Los últimos estudios encontrados al respecto muestran resultados y conclusiones muy clarificadores en EEUU: Yakusheva et al (Yakusheva, Lindrooth y Weiss, 2014) afirman que aumentar la plantilla de enfermeras con máxima titulación (Bachiller) reducía las probabilidades de eventos negativos para los pacientes, como la reducción del 10,9% en la mortalidad, si las enfermeras *Bachelors* aumentaban al 80% de la plantilla, disminuían los reingresos y las estancias hospitalarias eran significativamente más cortas. Indirectamente, todo ello se traduce en ahorro en costes. Aiken (Aiken et al, 2014) publicaba en *Lancet* que tras realizar una revisión en 9 países europeos, de los niveles educativos y la mortalidad de los pacientes, el riesgo de mortalidad se reducía en cerca de un 7% en hospitales que aumentaban un 10% la contratación de enfermeras

licenciadas. Las referencias bibliográficas encontradas son muy numerosas, y todas encuentran resultados y emiten conclusiones en la misma línea (*Estabrooks, Midodzi, Cummings, Ricker y Giovanetti, 2005; Kutney-Lee, Sloane y Aiken, 2003; Tourangeau et al, 2007; Van den Heede et al, 2009; National Center for Health Work Force Analysis, Health Resources and Services Administration, 2013; McHug et al, 2013*).

Así, a lo largo de estos últimos años y en base a los datos expuestos, paulatinamente se ha ido generando una fuerte evidencia al respecto de que el nivel formativo de las enfermeras es un factor esencial en la mejora del cuidado, del cual derivan resultados positivos o negativos: la calidad del cuidado y los resultados de esos cuidados en los pacientes dependen, entre otros, del grado de formación (el equivalente a diploma/grado/especialidad/máster/doctor en nuestro país) de las enfermeras de la organización.

La misma American Association Colleges of Nursing –AACN- (*American Association Colleges of Nursing, 2014*) ha emitido recientemente una hoja informativa, en la que hacía públicos resultados de estudios en esta línea, resaltando la importancia de mejorar la formación de las enfermeras, de alcanzar títulos más elevados, pero también de la importancia de incorporar estos profesionales titulados a las organizaciones sanitarias: de nuevo, resultados concordantes con la filosofía magnet (*Nantsupawat, Kulnaviktikul y McHugh, 2014*).

El programa magnet®, conviene no olvidarlo, no está exento de problemas (*McClure, 2005*). Entre ellos, la dificultad existente y el enorme esfuerzo que conlleva convertirse en un hospital excelente; aunque quizá el elemento más cuestionable del programa de reconocimiento magnético (Magnet®) afecta a la fiabilidad y a la validez de tal programa de reconocimiento: que ningún hospital que no lo merezca obtenga el reconocimiento, o que cualquier hospital que lo mereciera no se quede sin él.

Una conclusión de la autora principal del estudio magnético, en este artículo (*McClure, 2005*), publicado 20 años después del estudio original como análisis a la evolución de los hospitales magnéticos en esas dos décadas, es que los entornos magnéticos no son simplemente entornos positivos para las enfermeras, sino que lo son para todos los trabajadores. Pero también para los pacientes. La autora lo define como “buenos lugares” para recibir atención sanitaria. Y por ello los esfuerzos para convertir a una

institución en magnética, o el simple intento realizando mejoras del entorno, beneficia pues no solo a una disciplina: la excelencia (la característica magnética) es una característica de toda la organización, y en especial relacionada con el resultado en salud.

1.3. Las fuerzas del magnetismo.

Descrito en palabras de la propia ANA como el “*corazón*” del reconocimiento Magnet® (ANA, 2013) las *fuerzas del magnetismo* pueden considerarse como los “*atributos o los resultados que ejemplifican la excelencia en enfermería*”.

Esos motivos, denominados **fuerzas del magnetismo** (14 fuerzas) (McClure, Poulin, Sovie, y Wandelt, 1983) han sido estudiados en profundidad, siendo las siguientes (expresado entre paréntesis la importancia en ponderación de cada una de las fuerzas, que van desde Fuerza 1 = la más importante, Fuerza 14 = la menos importante de ellas):

-
1. **Calidad del liderazgo de enfermería (Fuerza 1)**
 2. **El estilo de gestión (Fuerza 3)**
 3. **Estructura de la organización (Fuerza 2)**
 4. **Políticas de personal y programas (Fuerza 4)**
 5. **Organización de los cuidados de salud y comunidad (Fuerza 10)**
 6. **Imagen de la enfermería (Fuerza 12)**
 7. **Desarrollo profesional (Fuerza 14)**
 8. **Modelo profesional de cuidados (Fuerza 5)**
 9. **Recursos y consultas (Fuerza 8)**
 10. **Autonomía profesional (Fuerza 9)**
 11. **Rol docente (Fuerza 11)**
 12. **Relaciones interdisciplinarias (Fuerza 13)**
 13. **Mejora de la calidad (Fuerza 7)**
 14. **Calidad del cuidado (Fuerza 6)**

Tabla 1: Fuerzas del magnetismo.
(Tomada de American Nursing Credentialing Center, 2014)

Estas 14 fuerzas del magnetismo han quedado (desde el año 2008) estructuradas y **agrupadas en 5 componentes clave**, para simplificar su modelo conceptual y su estudio y aplicabilidad (American Nursing Credentialing Center, 2014), representada espacialmente en la Figura 1 y la Tabla 2:

1. Liderazgo transformacional.
2. Empoderamiento estructural (*empowerment*).
3. Práctica profesional ejemplar (Excelencia en el cuidado).
4. Nuevos conocimientos, innovación y mejora continua.
5. Resultados empíricos en los pacientes.



Figura 1: Fuerzas magnéticas basadas en sus 5 componentes clave.

(Figura de elaboración propia).

Todos los criterios de evaluación, de seguimiento, así como los cuestionarios de medición (Programa de reconocimiento magnético), tienen como base la estructura en 5 componentes clave y las 14 fuerzas de magnetismo (Ver Tabla 2).

En cualquier caso, los estudios de tales fuerzas del magnetismo se han centrado de forma masiva en entornos hospitalarios, encontrando en la búsqueda internacional escasas referencias al ámbito comunitario (*Mensik, 2007*) mediante el cuestionario Essentials of Magnetism EOM; aunque más recientemente se han realizado estudios en el ámbito de la atención primaria de salud o domiciliaria (APS) con el cuestionario NWI-R y PES-NWI a nivel internacional (*Flynn, Carryer y Budge, 2005; Rabie, 2013*), como nacional en España (*De Pedro-Gómez et al,2011; González Torrente et al, 2011; Parro et al, 2013*).

Concluimos en este apartado afirmando que originalmente el proceso de designación Magnet® tenía como objetivo detectar o identificar hospitales con ambientes profesionales idóneos para la práctica de enfermería en los EEUU, si bien se ha ido extendiendo paulatinamente a otras culturas y ámbitos. Y progresivamente, la investigación y los hallazgos han ido orientados ya no tanto a la filosofía magnet, sino al estudio concreto de los entornos profesionales para la práctica enfermera, buscando determinar cuáles son los atributos que permiten mejorar el cuidado que las enfermeras prestan a los usuarios.

Componente del magnetismo	Fuerza magnética	Descripción
Liderazgo Transformacional.	Calidad del liderazgo enfermero.	Provee el mecanismo de puesta en marcha y seguimiento del modelo de cuidados. Mejora la gestión clínica, ofrece los resultados.
	Estilo de gestión.	Toma de decisiones compartido. Prioriza al personal asistencial. Estructuras comunicativas adecuadas. Facilita la mejora de la gestión clínica y la efectividad.
	Estructura organizacional.	Modelo interdisciplinario de trabajo y comunicaciones. Autonomía clínica para cada trabajador. Presencia de enfermeras líderes en las comisiones que toman decisiones ejecutivas.
	Políticas de personal y programas.	Aplicación del conocimiento sobre la tecnología, para cada proveedor de cuidado en el momento preciso.
Empoderamiento estructural.	Organización de los cuidados de salud y comunidad.	Colaboración con otras empresas de salud. Historia centrada en la persona, y compartida con la comunidad y la atención domiciliaria.
	Imagen de la enfermería.	Conciencia interdisciplinar del resto de profesiones y la empresa. Mejora de la comunicación del equipo de enfermería. Mejor coordinación de del equipo de cuidados. Liderazgo claro de la dirección de enfermería para la toma de decisiones en la organización.

	Desarrollo profesional.	Respaldar la toma de decisiones y el pensamiento crítico. Respaldo a las intervenciones interdisciplinarias.
	Modelo profesional de cuidados.	Potenciar el uso de evidencias científicas. Planificación para la mejora del cuidado individualizado y de la calidad asistencial.
	Recursos y consultas.	Expertos como líderes clínicos. Procesos basados en las mejores prácticas.
Práctica enfermera profesional ejemplar.	Autonomía profesional.	Trabajo basado en evidencia científica. Servicios de “conocimiento” en la organización. Facilitar el pensamiento crítico.
	Rol docente.	Formación en servicio para la mejora y el desarrollo profesional. Formación para el cambio. Transición en el cuidado.
	Relaciones interdisciplinarias.	Mediación en conflictos con ciclos breves y que sean finalizados. Realización de evaluaciones.
Nuevos conocimientos, innovación y mejora continua.	Mejora de la calidad.	Gestión del proyecto y Procesos de mejora basados en una metodología fiable y probada. Efectividad de los planes de cuidados y ajuste a la práctica clínica.
Resultados empíricos en los pacientes.	Calidad del cuidado.	Nuevos procesos, evaluaciones y alertas. Mejora de la seguridad del paciente. Facilitar intervenciones rápidas.

Tabla 2: Dimensiones / Fuerzas magnéticas. Fuente: *Adaptado de Hernández y Zárate, 2011.*

2.- ENTORNOS PROFESIONALES EN EL CUIDADO DE LA SALUD.

2.1.- Concepto de entorno para la práctica profesional en enfermería.

El *Consejo Internacional de Enfermería (2007)* –CIE- define los entornos positivos de práctica profesional como “*aquellos contextos que favorecen la excelencia y el trabajo honrado... para asegurar la salud, la seguridad y el bienestar de su personal, que promuevan cuidados de calidad para los pacientes y que mejoren la motivación, la productividad y los resultados*”. Así, afirman que dado que los buenos entornos no solo afectan a las enfermeras sino a todos los profesionales sanitarios, lo que en realidad se promueve es la excelencia de los servicios sanitarios, con lo que se consigue una mejora en los resultados. Esta afirmación sigue la línea de McClure (*McClure, 2005*) que ya postulaba 10 años antes que el buen ambiente o entorno profesional, lo es para todos y no solo para las enfermeras.

Según la Asociación de Enfermeras Especialistas de Ontario (*RNAO, 2006*), un entorno saludable de práctica enfermeras es aquel en el que se favorece al máximo la salud y el bienestar de la enfermera, la calidad en los resultados para los pacientes y la organización.

El *Consejo General de Enfermería (2007)* considera que para conseguir entornos adecuados, es importante asegurar la satisfacción laboral, garantizar recursos humanos suficientes (pero también suficientemente formados), y conseguir un adecuado trabajo en equipo, caracterizado por un buen clima relacional entre enfermeras y médicos. Finalmente, la seguridad del paciente es primordial, evitando las cargas de trabajo excesivas (entre otros factores).

Pero no solo eso, también la promoción del aprendizaje continuo y la calidad del liderazgo en enfermería son considerados elementos clave para el CIE.

En lo referente a la formación de las enfermeras, cuando se trata de organizaciones que potencian y facilitan la formación de por vida de sus profesionales, el CIE lo denomina “organizaciones de aprendizaje”, invirtiendo todos los recursos necesarios para la mejora continua de los empleados.

Y en relación con la gestión en enfermería, los directores y puestos de responsabilidad en enfermería deben potenciar la autonomía de la enfermera, favoreciendo la toma de iniciativas propias. Con ello se conseguirá una mayor satisfacción laboral y mejores resultados en salud (*Aiken, 2002; McClure, 2005*).

2.2.- Herramientas para la medición de los entornos de práctica profesional en enfermería.

Tras la publicación del estudio original del año 1983 (*McClure, Poulin, Sovie, y Wandelt, 1983*) diversas investigadoras se interesaron en la importancia que los ambientes profesionales tienen sobre la calidad de los cuidados, siendo las que consideramos más destacadas *Kramer y Hafner (1989)*, *Aiken, Havens y Sloane (2000)* y *Lake (2002)*. Si bien, han sido numerosas los cuestionarios orientados a la medición y valoración de la cultura y clima organizacional, como expusieron en su revisión Gershon hasta el año 2004 (*Gershon, Stone, Bakken y Larson, 2004*) (Ver tabla 3).

La relevancia de los elementos incluidos en los cuestionarios de valoración de los entornos para la práctica profesional radica en que al ser factores variables, pueden ser manipulados para mejorar los ambientes organizacionales, convertirlos en óptimos y mejorar los resultados en calidad de cuidados en la búsqueda de la excelencia (*Lake y Friese, 2006*) Este planteamiento plantea su analogismo con la filosofía magnética.

A continuación (Tabla 3) podemos encontrar una relación de herramientas de valoración de los ambientes profesionales enfermeros:

INSTRUMENTO	DESCRIPCIÓN
Modified Organizational Climate Descriptive Questionnaire	2 dimensiones 8 subconstructos 64 ítems
Organizational Climate Questionnaire	9 subconstructos 50 ítems
Organizational Climate Measure	11 subconstructos 65 ítems
Work Environment Instrument	3 dimensiones 10 subconstructos 90 ítems
Profile of Organizational Characteristics	6 subconstructos 18 ítems
Organizational Culture Index	3 subconstructos 24 ítems
Organizational Questionnaire	6 subconstructos 35 ítems
Work Climate Survey	3 subconstructos 37 ítems
Nursing Work Index	4 subconstructos 65 ítems
Organizational Culture Inventory	3 dimensiones 12 subconstructos 120 ítems
ICU Nurse-Physician Questionnaire	3 subconstructos 48 ítems
Quality Improvement Implementation Survey	4 dimensiones 20 ítems

Tabla 3: Cuestionarios relacionados con la medición de entornos de práctica profesional en enfermería. Tomada de: Gershon, Stone, Bakken y Larson, 2004.

Nursing Work Index (NWI).

El interés de Kramer y Hafner en los entornos profesionales de enfermería les llevó a desarrollar y validar una escala de valoración: la NWI (*Nursing Work Index*, 1989), con 65 ítems, índice que valoraba dichos ambientes en base a las características descritas en el estudio original Magnet® (*McClure, Poulin, Sovie, y Wandelt, 1983*) centrándose en la satisfacción laboral y la productividad en cuidados (*Kramer y Hafner, 1989*).

La escala fue desarrollada desde un punto de vista cualitativo (a partir de entrevistas) con enfermeras asistenciales de equipo pertenecientes a hospitales magnéticos (*Li-Yan y Ling-Juan, 2014*).

Las subescalas que conformaron esta escala original NWI fueron las siguientes (*Li-Yan G, 2014*):

1. Estilo directivo.
2. Liderazgo.
3. Estructura de la organización.
4. Práctica clínica.
5. Desarrollo profesional.

Las preguntas incluidas en el cuestionario respondían a 3 cuestiones:

- Es importante para mi satisfacción en el plano laboral.
- Es importante para aplicar cuidados de calidad.
- Es importante en el día a día de mi trabajo.

Consistió en una escala tipo Likert con respuestas de 1 a 4, donde 1 significaba totalmente en desacuerdo, a 4, absolutamente de acuerdo.

Según *Li-Yan (2014)* es una escala en desuso.

Nursin Work Index Revised (NWI-R).

Aiken y Patrician revisaron la escala para relacionar los ambientes con la calidad de la atención de las enfermeras, dirigiéndola a los efectos que la organización sanitaria tiene en los resultados del paciente. Así, en ese año crean el NWI-R, establecida con 57 ítems (*Aiken y Patrician, 2000b*).

Está basada, al igual que NWI, en una escala tipo Likert que mide de 1 a 4, siendo 1 la condición de totalmente en desacuerdo, a 4, absolutamente de acuerdo.

Podemos encontrar en ella 4 dimensiones (*Aiken y Patrician, 2000b; Li Yan, 2014*):

- Autonomía
- Control sobre la práctica enfermera.
- Relaciones con los médicos.
- Apoyo de la organización.

Según *Li Yan (2014)*, la escala no tiene la capacidad de diferenciar entre un hospital magnético y un no magnético, además de no obtener la satisfacción de la enfermera ni la percepción de calidad de atención. Por ello, se considera obsoleta en cuanto a los fenómenos magnéticos, así como no viable si pretende medir la satisfacción de la enfermera con su entorno.

NWI-R ha sido adaptada a distintos entornos y países, con distintas variaciones en cuanto a número de ítems y dimensiones: Brasil con 15 ítems y 4 subescalas (*Fernanda, Dos Santos, Cristina y de Brito, 2014*), Japón con 57, y otros.

Tanto NWI como NWI-R han mostrado la suficiente validez y fiabilidad en entornos americanos, por lo que se han utilizado para obtener evidencias de la relación entre los entornos y variables tanto de tipo clínicas como de satisfacción profesional (*Ruíz, 2011*).

Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI).

La última modificación del NWI fue llevada a cabo en el año 2002 por Lake (*Lake, 2002*). Partiendo del instrumento original NWI (65 ítems), desarrolló la versión Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) (Ver Anexo 1).

Este cuestionario se desarrolla en profundidad en el siguiente apartado del marco teórico.

Essentials of Magnetism.

Unos años más tarde, de nuevo *Kramer y Schmalenberg (2004)* desarrollaron la escala EOM (Essentials of Magnetism) (*Kramer y Schmalenberg, 2004*), motivadas por el reconocimiento de que la NWI original había quedado desfasada con excesiva rapidez (*Mensik, 2007*). Crearon un instrumento de 37 cuestiones (EOM) que representan las dimensiones (8) del magnetismo y que permitió reflejar, de entre los 37 ítems, los elementos elegidos por el personal de enfermería que les permite ofrecer cuidados de calidad: un total de 10 elementos, de los cuales 8 acapararon la mayor parte de la varianza. Posteriormente se modificó creando la EOM II (*Kramer y Schmalenberg, 2008a*), de 58 ítems, estructurado finalmente en 8 dimensiones (*Yildirim, Kisa y Hisar, 2012*). La EOM II aportaba una revisión de dos de las subescalas de EOM 1. Fue desarrollada basando la construcción del cuestionario en el paradigma conceptual de los pilares de calidad de A. Donabedian, y a través del método de la teoría fundamentada para la confirmación de los 8 atributos del magnetismo (*Kramer y Schmalemberg, 2008; Kramer, Schmalemberg y Brewer, 2011*).

Las dimensiones finales de la escala EOM II fueron las siguientes:

1. Valores culturales.
2. Apoyo de la dirección de enfermería.
3. Control sobre la práctica profesional.
4. Autonomía clínica.
5. Suficiente dotación de personal.
6. Relaciones enfermeras / médicos.
7. Competencia clínica de las enfermeras.
8. Apoyo formativo.

Se ha sugerido (*Li-Yan, 2014*) que los hospitales que ya han conseguido la acreditación magnética, deberían utilizar esta herramienta (EOM II) para vigilar el cumplimiento de los estándares exigidos y seguir mejorando sus entornos y resultados. Al mismo tiempo, los hospitales sin la acreditación deberían utilizarlo para estudiar sus diferencias con los hospitales magnéticos, para implementar reformas que les conduzca a la mejora

continua. Según el autor, esta escala es la más específica para la medida de las características magnéticas de las instituciones.

En el año 2014, se publica (*Kramer et al, 2014*) un nuevo estudio de análisis de las dimensiones esenciales del cuestionario EOM II, de tipo preparatorio, para iniciar el desarrollo de un nuevo cuestionario de medida de los factores clave de los entorno de práctica profesional enfermera, el Essential Professional Nursing Practices (EPNP).

PES-NWI en España.

Posteriormente, y refiriéndonos a nuestro país, se desarrolló una validación y adaptación al español del cuestionario PES-NWI (*De Pedro-Gómez et al, 2009*) en el que, tras el análisis psicométrico, se eliminó un ítem en su adaptación y validación, quedando definitivamente establecido con 31 ítems. La existencia de una versión de la escala PES-NWI adaptada al entorno cultural español, traducida y validada en el año 2009, convierte en aceptable la posibilidad de comparar los resultados obtenidos en nuestro estudio con los originales, desde el punto de vista metodológico. Este cuestionario fue adaptado y validado de forma específica para la APS de España posteriormente, en el año 2011 (*De Pedro-Gómez et al, 2011*)

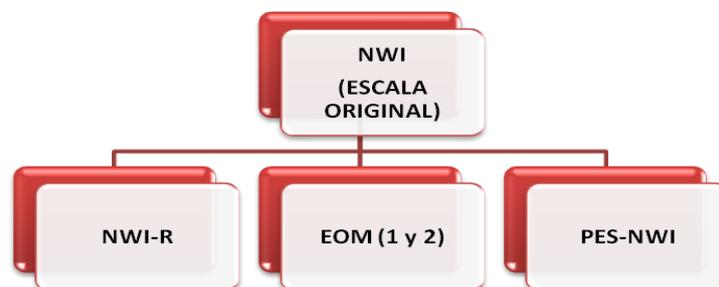


Figura 2: Escalas de valoración de entornos de práctica profesional del estudio.

3.- EL CUESTIONARIO PES-NWI (PRACTICE ENVIRONMENT SCALE-NURSING WORK INDEX).

El cuestionario Practice Environment Scale of the Nursing Work Index es uno de los múltiples cuestionarios que pueden medir los entornos para la práctica profesional.

Técnicamente, mide las características que presentan esos ambientes o entornos profesionales, que la propia autora Lake (*Lake, 2002*) define como las características organizacionales (cultura y clima organizacional) que dificultan o facilitan la práctica profesional enfermera. El cuestionario ha ayudado a construir ambientes fiables de trabajo, y a que la práctica enfermera sea de calidad y eficiente (*Li-Yan y Ling-Juan, 2014*).

Este cuestionario fue desarrollado por Lake, basándose en los estudios previos de otros autores/as relevantes de la estrategia magnet (*Cardona, 2011*), que crearon las dimensiones del cuestionario y los contenidos en forma de ítems, basando la construcción del cuestionario en la filosofía magnética y fundamentándose en la teoría organizacional.

Conceptualmente enmarcó su estudio en las teorías del trabajo y de las organizaciones. Lake considera que la medición de los entornos profesionales enfermeros es un reto complejo tanto en su conceptualización, como en su medición (*Orts, 2011*).

La autora realizó posteriormente una evaluación de los instrumentos multidimensionales (*Lake, 2007*) para el estudio de los entornos profesionales enfermeros. Evaluó 7 instrumentos y 54 estudios. Concluyó que PES-NWI es el instrumento más útil al respecto. Entre sus propuestas, afirmó que era una necesidad disponer de una forma corta de evaluación, que constituye un objetivo secundario de nuestro estudio. Otras propuestas fueron aumentar la evidencia con PES-NWI y probarlo en diferentes ámbitos de trabajo (como también hemos hecho en nuestro estudio, en el ámbito de la APS).

En relación con la complejidad de medida, Lake propuso que las dimensiones que debería valorar una herramienta de valoración de entornos profesionales deberían ser las siguientes:

- Calidad del cuidado.
- Práctica enfermera.
- Desarrollo profesional.
- Apoyo de los gestores.
- Relaciones enfermeras/médicos.
- Apoyo de los compañeros.
- Autonomía profesional.
- Personal y recursos suficientes.

Sin embargo, el cuestionario PES-NWI carece de una dimensión específica relacionada con la autonomía clínica, y diluye algunas al ser absorbidas por otras (apoyo de los compañeros, desarrollo profesional, control sobre la práctica).

Ninguna de las escalas desarrolladas hasta el momento para la valoración de los entornos ha conseguido medir todos estos elementos de forma efectiva (*Li-Yan y Ling-Juan, 2014*).

Original de los EEUU de América, ha sido validado y ha ofrecido resultados interesantes en diversos ámbitos culturales y geográficos del mundo (*Cardona, 2011*): Canadá, Australia, diversos entornos asiáticos como China (*Chian y Lin, 2008*) e incluso enfermeras asiáticas que desarrollan su actividad laboral en diversos estados de EEUU (*Liou y Cheng, 2009*), y prácticamente toda Europa: España, Alemania, Bélgica, Finlandia, Grecia, Irlanda, Países Bajos, Polonia, Reino Unido, Suecia, Suiza... (*Moreno y Fuentelsaz, 2013*).

Según la propia autora (*Lake, 2002*), el cuestionario puede presentar limitaciones en cuanto a la sensibilidad de las subescalas si son aplicadas a determinados centros o servicios (áreas asistenciales especiales o concretas), al tiempo que el factor Relación interprofesional entre médicos y enfermeros presenta una debilidad correlacional por

tratarse de una dimensión corta (3 ítems) y que puede sembrar confusión con otras dimensiones (por ejemplo, el factor La enfermera ejerce la práctica de forma independiente-autónoma), conclusión a la que también llegan Juvé Udina (*Juvé et al, 2007*) en un estudio aplicado a una escala precedente, el NWI-R.

Ambientes óptimos de práctica profesional en enfermería (estabilidad de plantilla enfermera y satisfacción con su puesto de trabajo) han mostrado asociación significativa con la calidad de los cuidados y los resultados más positivos con los usuarios / pacientes (*Aiken, Clarke, Sloane, Lake y Cheney, 2008*), lo que le confiere el paralelismo inicial de la filosofía Magnet®.

Puesto que el cuestionario pretende la mejora de la calidad en la atención de los/las pacientes, se ha enmarcado dentro de la propuesta de los pilares de calidad de Avedis Donabedian (*Donabedian, 1993*), por el que se estructuran sus componentes en:

1. Estructura: referida a criterios organizacionales que respondan a un plan de mejora.
2. Proceso: El modelo asume que una buena estructura permitirá desarrollar procesos correctos.
3. Resultados: Las 2 anteriores permitirán a su vez que los resultados obtenidos sean los mejores posibles.

En relación con estos criterios de calidad, el cuestionario PES-NWI plantea la medición de diversos elementos que pueden enmarcarse (entre otros), dentro de esta clasificación de Donabedian (*American Nursing Association, 2010*):

1. Estructura: dimensión de la plantilla (ratio enfermera-paciente), dimensión de los servicios de apoyo (celadores, administración...), competencia de los/las profesionales de enfermería.
2. Proceso: Evaluación y calidad de los cuidados prestados, Disponibilidad de tiempo para la discusión de los planes de cuidados.
3. Resultados: son tangibles en la medida en que son respaldados por datos objetivos: disminución de morbi-mortalidad, de estancias hospitalarias o de frecuentación, de reducción de eventos adversos y complicaciones, etc. (*Aiken,*

Smith y Lake, 1994; Aiken, Havens y Sloan, 2000; Trinkoff et al, 2010; McHugh et al, 2014).

La elección de la escala PES-NWI para el presente trabajo deriva de la condición de haber sido validado, adaptado al contexto español y sometido a pruebas psicométricas para poder ser utilizada en entornos de Atención Hospitalaria y en entornos de Atención Primaria de Salud (*De Pedro-Gómez et al, 2009*) con un proceso de revalidación posterior más específico de Atención Primaria (*De Pedro-Gómez et al, 2011*). Todo ello con resultados confiables y válidos

Pero no solo por ello, sino también por haber sido sometido recientemente a otro proceso de validación de contenido en 33 hospitales de la red pública sanitaria de Sistema Nacional de Salud Español (*Fuentelsaz-Gallego, Moreno-Casbas y Gómez-García, 2013*).

Otro motivo riguroso de la fiabilidad y consistencia del cuestionario es la recomendación que hace para su utilización la *National Quality Forum* de América en el año 2004 (*Moreno, Fuentelsaz y RN4CAST, 2013; Cardona, 2011*), y por mostrar mayor solidez metodológica que el resto de cuestionarios desarrollados para la medición de las características de los entornos (*Gajewski, Boyle, Milla, Oberhelman y Dunton, 2010; Alzate, Bayer y Squires, 2014*).

Otros autores (*Bonneterre, Liaudy, Chatellier, Lang y De Gaudemaris, 2008*) han propuesto que el PES-NWI es un instrumento ideal para la medición de las características de los entornos para la práctica enfermera, al destacar sus aptitudes en validez de contenido, de constructo, discriminante y concurrente. (Ver Tabla 4).

Finalmente, la propia agencia de calidad Joint Commision americana ha incluido el cuestionario PES-NWI entre los indicadores que los centros e instituciones deben superar, si pretenden obtener su acreditación de calidad, siendo incluido asimismo en la relación de indicadores que la ANCC (*American Nurses Credentialing Center, 2014*; previamente en la versión del 2009 ya fueron incluidos), junto a otros que componen la National Database of Nursing Quality Indicators, para el reconocimiento Magnet® (*Warshawsky y Sullivan, 2011*).

VALIDEZ DE CONTENIDO: IDONEIDAD.
VALIDEZ DE CONSTRUCTO: ESTRUCTURA.
VALIDEZ DISCRIMINANTE: CAPACIDAD DE DETECTAR CARACTERÍSTICAS PRESENTES EN ALGUNOS CENTROS, Y NO EN OTROS.
VALIDEZ CONCURRENTES: CAPACIDAD DE RELACIONAR SUS RESULTADOS CON OTROS.

Tabla 4. Características del PES-NWI en su validez según Bonneterre, Liaudy, Chatellier, Lang y De Gaudemaris, (2008).

Estructura del cuestionario PES-NWI.

El cuestionario fue desarrollado por Lake (Lake, 2002) a partir de las versiones anteriormente descritas (NWI y NWI-R).

Está compuesto por 31 ítems, estructurados en 5 dimensiones o sub-escalas. Estas 5 dimensiones no son estables ni permanentes, puesto que cuando el cuestionario ha sufrido validaciones para distintos contextos, han existido variaciones (encontramos validaciones con 3 ó 4 dimensiones) (Orts, 2011). En realidad, pocos estudios en EEUU en ámbitos hospitalarios responden a la estructura original pentafactorial con los 31 ítems (Gajewski, Boyle, Millar, Oberhelman y Dunton, 2010; Liou, 2009), como asegura Rivero Sánchez (Rivero y López, 2014).

Las 5 dimensiones son (*Cardona, 2011; Lake 2002; De Pedro-Gómez et al, 2009*) -se añade para cada dimensión la consistencia interna medida mediante alfa de Cronbach – (*Pérez, Sánchez y Pancorbo-Hidalgo, 2013*):

1. Participación de las enfermeras en asuntos del centro: Está representada por 9 ítems. Hace referencia al rol que desempeña el/la profesional de enfermería dentro de la institución en relación con la gestión y la política de la empresa, dando participación a los trabajadores para obtener información valiosa del profesional asistencial.

Los ítems que incluye esta dimensión son del 1 al 9 Ver Tabla 5).

Alfa de Cronbach = 0,849

Los contenidos de estos ítems son:

1.- Las enfermeras de plantilla están formalmente involucradas en la gestión interna del centro (juntas, órganos de decisión.)
2.- Las enfermeras del centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo.
3.- Existen muchas oportunidades para el desarrollo profesional del personal de Enfermería.
4.- La Dirección escucha y da respuesta a los asuntos de sus enfermeras.
5.- El/la Director/a de Enfermería es accesible y fácilmente “visible”.
6.- Se puede desarrollar una carrera profesional o hay oportunidades de ascenso en la carrera clínica.
7.- Los gestores enfermeros consultan con las enfermeras los problemas y modos de hacer del día a día.
8.- Las enfermeras de plantilla tienen oportunidades para participar en las comisiones del centro, tales como la comisión de investigación, de ética, de infecciones...
9.- Los directivos enfermeros están al mismo nivel en poder y autoridad que el resto de directivos del centro.

Tabla 5: ítems Dimensión 1 PES-NWI.

2. Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado: 10 ítems. El contenido de esta dimensiones está directamente relacionado con los conceptos clásicos de calidad, al referirse a la competencia y capacitación profesional, su formación, y aspectos de metodología y proceso enfermero, así como organizacionales.

Los ítems de esta dimensión son del 10 al 19 (Ver Tabla 6).

Alfa de Cronbach = 0,829

Los contenidos de estos ítems son:

10.- Se usan los diagnósticos enfermeros.
11.- Hay un programa activo de garantía y mejora calidad.
12.- Existe un programa de acogida y tutelaje de enfermeras de nuevo ingreso.
13.- Los cuidados de las enfermeras están basados en un modelo enfermero, más que en un modelo biomédico.
14.- La asignación de pacientes a cada enfermera existente favorece la continuidad de los cuidados (p. ej.: la misma enfermera cuida al paciente a lo largo del tiempo)
15.- Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes
16.- Existe un plan de cuidados escrito y actualizado para cada paciente.
17.- Los gestores del centro se preocupan de que los enfermeros proporcionen cuidados de alta calidad.
18.- Se desarrollan programas de formación continuada para las enfermeras.
19.- Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada.

Tabla 6: ítems Dimensión 2 PES-NWI.

3. Aptitud, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores de enfermería (5 ítems). Se encuentra muy dirigido a la figura de la supervisión y coordinación, y según la autora del estudio de validación en Colombia

(Cardona, 2011), “describe el liderazgo y la gestión del profesional, demostrando las habilidades y conocimientos administrativos”.

Esta dimensión está compuesta por los ítems 20 al 24 (Ver tabla 7).

Alfa de Cronbach = 0,916

Los contenidos de estos ítems son:

20.- La supervisora/coordinadora es una buena gestora y líder.
21.- La supervisora/coordinadora respalda a la plantilla en sus decisiones, incluso si el conflicto es con personal médico
22.- La supervisora/coordinadora utiliza los errores como oportunidades de aprendizaje y mejora, no como crítica.
23.- La supervisora/coordinadora es comprensiva y asesora y da apoyo a las enfermeras.
24.- Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho.

Tabla 7: ítems Dimensión 3 PES-NWI.

4. Dotación de personal y recursos (4 ítems). Referido al número de profesionales, no solo de enfermería, que desempeñan su actividad en el servicio o centro, y también a la relación para la mejora de la competencia entre las enfermeras, según Cardona Alzate (Cardona, 2011).

Los ítems son del 25 al 28 (Ver Tabla 8).

Alfa de Cronbach = 0,871

Los contenidos de los ítems son los siguientes:

25.- Hay suficiente plantilla de empleados para realizar adecuadamente el trabajo.
26.- Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad.
27.- Los servicios de apoyo (celadores, administrativos...) son adecuados y facilitan estar más tiempo con los pacientes.
28.- Hay tiempo suficiente y oportunidad para discutir los problemas de cuidados con las otras enfermeras.
29.- Se realiza mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras.

Tabla 8: ítems Dimensión 4 PES-NWI.

5. Relaciones entre enfermeras y médicos. Es una dimensión corta, de sólo 3 ítems (Ver Tabla 9), que valora la calidad y características de las relaciones interdisciplinarias entre enfermeras y médicos, y del desarrollo de la práctica profesional conjunta.

Alfa de Cronbach = 0,807

29.- Se realiza mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras.
30.- Entre los médicos y las enfermeras se dan buenas relaciones de trabajo.
31.- La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración apropiada.

Tabla 9: ítems Dimensión 5 PES-NWI.

En relación con esta última dimensión, y por consenso entre investigadores europeos y americanos en relación con el PES-NWI, propusieron ciertos cambios que han estado en estudio desde el año 2006 (*Orts, 2011*):

Eliminación de 3 ítems:

- Ítem 7.- Los gestores enfermeros consultan con las enfermeras los problemas y modos de hacer del día a día.
Motivo: Considerada irrelevante.
- Ítem 10.- Se usan los diagnósticos enfermeros.
Motivo: no se usan de forma generalizada.
- Ítem 22.- La supervisora/coordinadora utiliza los errores como oportunidades de aprendizaje y mejora, no como crítica.
Motivo: al ser un cuestionario enmarcado en las teorías organizacionales, el estudio de los errores no puede ser fundamental en la cultura organizacional.

Por ello, propusieron otros 4 ítems para completar y perfeccionar la dimensión 5, Relaciones entre enfermera / médico, ítems que confeccionarían una versión del PES-NWI de 32 ítems que no ha sido objeto de estudio en nuestra tesis.

Los 4 ítems en su versión en inglés son los siguientes:

- Physicians value nurses observations and judgements.
- Physicians recognize nurses contributions to patient care.
- Physicians respect nurses as professionals.
- Physicians hold nurses in high esteem.

Esta modificación convertiría a la dimensión 5 en una dimensión de 7 ítems, reforzada en extensión si la comparamos con la versión original, y dejaría al cuestionario finalmente en 32 ítems, una vez eliminados los 3 ya citados (7, 10 y 22 en la versión española).

El cuestionario (ver Tabla 10) recoge la información en base a un sistema tipo Likert, de 4 respuestas alternativas numeradas del 1 al 4. El significado de esta numeración es el siguiente:

1. Totalmente en desacuerdo.
2. Ligeramente en desacuerdo.
3. Ligeramente de acuerdo.
4. Totalmente de acuerdo.

Como estableció la autora (*Lake, 2002*) en el estudio original, estas puntuaciones indican acuerdo / desacuerdo, midiéndose del siguiente modo:

- $\geq 2,5$: mayor acuerdo. Entornos positivos.
- $< 2,5$: desacuerdo. Entornos negativos.

DIMENSIÓN	Nº DE ÍTEM	DESCRIPCIÓN ÍTEM				
DIMENSIÓN 1: PARTICIPACIÓN EN LOS ASUNTOS DEL CENTRO.						
1	1	Las enfermeras de plantilla están formalmente involucradas en la gestión interna del centro (juntas, órganos de decisión.)	1	2	3	4
1	2	Las enfermeras del centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo.	1	2	3	4
1	3	Existen muchas oportunidades para el desarrollo profesional del personal de Enfermería.	1	2	3	4
1	4	La Dirección escucha y da respuesta a los asuntos de sus enfermeras.	1	2	3	4
1	5	El/la Director/a de Enfermería es accesible y fácilmente “visible”.	1	2	3	4
1	6	Se puede desarrollar una carrera profesional o hay oportunidades de ascenso en la carrera clínica.	1	2	3	4
1	7	Los gestores enfermeros consultan con las enfermeras los problemas y modos de hacer del día a día.	1	2	3	4
1	8	Las enfermeras de plantilla tienen oportunidades para participar en las comisiones del centro, tales como la comisión de investigación, de ética, de infecciones...	1	2	3	4
1	9	Los directivos enfermeros están al mismo nivel en poder y autoridad que el resto de directivos del centro.	1	2	3	4
DIMENSIÓN 2: FUNDAMENTO PARA LA CALIDAD DEL CUIDADO.						
2	10	Se usan los diagnósticos enfermeros.	1	2	3	4
2	11	Hay un programa activo de garantía y mejora calidad.	1	2	3	4
2	12	Existe un programa de acogida y tutelaje de enfermeras de nuevo ingreso.	1	2	3	4
2	13	Los cuidados de las enfermeras están basados en un modelo enfermero, más que en un modelo biomédico.	1	2	3	4
2	14	La asignación de pacientes a cada enfermera existente favorece la continuidad de los cuidados (p. ej.: la misma enfermera cuida al paciente a lo largo del tiempo)	1	2	3	4
2	15	Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes	1	2	3	4
2	16	Existe un plan de cuidados escrito y actualizado para cada paciente.	1	2	3	4

2	17	Los gestores del centro se preocupan de que los enfermeros proporcionen cuidados de alta calidad.	1	2	3	4
2	18	Se desarrollan programas de formación continuada para las enfermeras.	1	2	3	4
2	19	Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada.	1	2	3	4
DIMENSIÓN 3: APOYO DE LA COORDINACIÓN						
3	20	La supervisora/coordinadora es una buena gestora y líder.	1	2	3	4
3	21	La supervisora/coordinadora respalda a la plantilla en sus decisiones, incluso si el conflicto es con personal médico	1	2	3	4
3	22	La supervisora/coordinadora utiliza los errores como oportunidades de aprendizaje y mejora, no como crítica.	1	2	3	4
3	23	La supervisora/coordinadora es comprensiva y asesora y da apoyo a las enfermeras.	1	2	3	4
3	24	Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho.	1	2	3	4
DIMENSIÓN 4: RECURSOS HUMANOS						
4	25	Hay suficiente plantilla de empleados para realizar adecuadamente el trabajo.	1	2	3	4
4	26	Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad.	1	2	3	4
4	27	Los servicios de apoyo (celadores, administrativos...) son adecuados y facilitan estar más tiempo con los pacientes.	1	2	3	4
4	28	Hay tiempo suficiente y oportunidad para discutir los problemas de cuidados con las otras enfermeras.	1	2	3	4
DIMENSIÓN 5 RELACIONES MÉDICOS / ENFERMERAS.						
5	29	Se realiza mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras.	1	2	3	4
5	30	Entre los médicos y las enfermeras se dan buenas relaciones de trabajo.	1	2	3	4
5	31	La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración apropiada.	1	2	3	4

Tabla 10: Cuestionario PES-NWI para recolección de datos (de elaboración propia).

La estructura interna del test se ha medido mediante alfa de Cronbach y análisis factorial en otros profesionales del entorno norteamericano (*Shwu-Ru y Ching-Yu, 2009*) citamos como ejemplo la medición en enfermeras asiáticas que trabajan en los EEUU, llegando a la conclusión de que se reproducen las 5 dimensiones originales del cuestionario, así como que dichas enfermeras tenían una percepción distinta a las enfermeras nativas norteamericanas del entorno profesional (más positivo).

La estructura en cinco dimensiones también se reproduce más recientemente en otros entornos culturales, como en Australia (*Parker, Tuckett, Eley y Hegney, 2010*), con buenos resultados con alfa de Cronbach (0,948).

4.- ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) EN ESPAÑA: MEDIDA DE LOS AMBIENTES DE PRÁCTICA PROFESIONAL EN ESPAÑA MEDIANTE EL PES-NWI: DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA A LA ATENCIÓN PRIMARIA. ¿MAGNETISMO EN EL ÁMBITO COMUNITARIO?

Atención Primaria de Salud en España y la enfermera comunitaria.

En el año 1978, y como consecuencia de una crisis política, económica y conflictos bélicos que afectaban al mundo de la salud, tuvo lugar la conferencia mundial de Alma-Ata, como respuesta a el gasto desmedido y los resultados en salud pobres de los sistemas sanitarios a nivel mundial (*Illich, 1974*). En dicho trabajo, Illich hace una crítica calificada como “feroz” por *Martínez Riera (Martínez, 2006)* en relación a los costes de la salud y la medicina moderna.

Tras el estudio y debate sobre las propuestas de lo que debían ser nuevas propuestas en la visión de los sistemas sanitarios, en la Conferencia de Alma-Ata se consensuó una definición de Atención Primaria, en la que se definía como “la atención de salud esencial hecha universalmente accesible a los individuos y las familias por medios aceptables para ellos, mediante su total participación y con un coste que la comunidad y el país puedan afrontar” (*OMS, 1978*).

Según *Martínez Riera (Martínez, 2006)*, en lo que respecta el desarrollo de la enfermería en Atención Primaria “se ha estado más pendiente de su utilidad como reguladora de la demanda... que de las necesidades de la población... lo que ha generado demandas insatisfechas más que necesidad de asistencia...”. Por ello, define que hay un desequilibrio entre lo que la enfermería realmente es, y lo que debería ser (o “se sabe que puede ser”) en los Equipos de Atención Primaria.

En ese marco, definimos la Enfermera Comunitaria como aquella figura profesional que desde una perspectiva integral de la salud es capaz de detectar las necesidades de la comunidad para aplicar cuidados en prevención, promoción, recuperación de la salud y rehabilitación-reinserción, tanto en el centro de salud como a nivel domiciliario, con participación de la comunidad y de forma programada junto con el resto de equipo de salud (*Martínez, 2006*). El CIE (*Consejo Internacional de Enfermería, 2005*), define a

la enfermera especialista como una enfermera “preparada más allá del nivel de la generalista, preparada para trabajar como tal en un campo concreto de la enfermería”.

El modelo actual de participación multidisciplinar en atención primaria por parte de las enfermeras sigue una estructura de diferentes actores-agentes en salud. En el año 2015 sigue fundamentada en una enfermera generalista que asume el cuidado en prácticamente todas las competencias desarrolladas por las enfermeras, olvidando los nuevos roles profesionales e incorporando las aportaciones que los diferentes profesionales que conforman los equipos de atención primaria (EAP) pueden aportar a la mejora de la salud comunitaria (*Martínez y Del Pino, 2013*).

Por otro lado, la enfermera gestora de casos o enfermera de enlace surge como figura profesional más especializada en el ámbito comunitario, basada en el modelo de gestión de casos, cronicidad y complejidad (*Sánchez-Martín, 2013*) que fundamenta Kaiser en su modelo de pirámide de Kaiser (la existencia de una figura profesional enfermera cuya responsabilidad consiste en el cuidado del paciente crónico complejo). La figura profesional de la especialista en enfermería familiar y comunitaria (*RD. 405/2005, de 22 abril, sobre Especialidades en Enfermería, 2005*) sigue sin implantar con algunas excepciones (como en la Comunitat Valenciana, año 2014). Este nuevo modelo de especialidades se vislumbra como un modelo de futuro, pero actualmente sigue sin ser estructural de forma sistematizada.

En nuestro país, España, actualmente no está implantada la figura de la enfermera de práctica avanzada. Consiste en una figura especialista, con experiencia en campos concretos asistenciales, que en otros países (Reino Unido, Estados Unidos...) ha mostrado su competencia a partir de evidencias científicas en base a la asunción de roles competenciales avanzados para dar respuesta a necesidades y carencias de los sistemas sanitarios. También el CIE (*Consejo Internacional de Enfermería, 2005*) define a la figura de la enfermera de práctica avanzada, como aquella enfermera que ha alcanzado la preparación como grado de experto, con características diversas en función del país o contexto donde está autorizada para trabajar.

Podemos exponer las siguientes características para la enfermera de práctica avanzada (*INP / APN network, Sin fecha*):

- Preparación educativa avanzada.
- Reconocimiento oficial de los programas formativos realizados.
- Sistema oficial de licencia, registro y certificación.
- Habilidad para integrar la educación, práctica e investigación.
- Autonomía clínica.
- Gestión de casos.
- Posibilidad de realizar diagnósticos y prescribir medicación y tratamientos.
- Capacidad de derivación (incluye al hospital).
- Otras.

Según *Galao Malo (2009)*, la enfermera especialista y la enfermera de práctica avanzada asumen roles distintos, cuya diferencia básica radicará en las competencias que son capaces de asumir cada una de ellas. La enfermera especialista posee un conocimiento más profundo de un campo determinado de la práctica, mientras que la enfermera de práctica avanzada lo que posee son competencias y habilidades diferentes, tradicionalmente relacionadas con competencias asumidas por los médicos. De hecho, es una figura que nace en EEUU como consecuencia de la falta de médicos (*Keeling y Bigbee, 2005*). Siempre según *Galao Malo*, la carencia de médicos en atención primaria y el alto desempleo de enfermeras en España, podría verse minimizado con la implantación de la figura enfermera de práctica avanzada, que “*podría tener un impacto muy positivo para el sistema sanitario español*”, medida basada en evidencias científicas (y no en el mero hecho de sustituir a unos profesionales por otros), teniendo en cuenta que el plazo para preparar a estas enfermeras de nuevo perfil puede rondar los dos años.

Basándonos en estos datos y referencias, parece asumible la figura de la enfermera de práctica avanzada en los entornos profesionales comunitarios, creada para solucionar problemas concretos, y no como una mera demanda corporativa (*Galao Malo R, 2009*), encontrando países en los que la fuerza de trabajo enfermera ha ocupado roles tradicionales médicos sin grandes problemas y con resultados similares (*Horrocks, Anderson y Salisbury, 2002; Donald, Martin-Misener, Carter, Donald, Kaasalainen et al, 2013*).

Estudio de los entornos en enfermería en España.

Uno de los primeros trabajos relacionados con el magnetismo en nuestro país, España, el estudio “Entorno clínico de la enfermera hospitalaria” (*Havens, Labov, Faura y Aiken, 2002*), siguiendo la línea de las investigaciones americanas, estudia los elementos de los Hospitales Magnéticos en un hospital español mediante los instrumentos ya conocidos (NWI-R validado en EEUU, traducido por Morales Asencio JM), y concluye que existen características compartidas entre un hospital magnético y un no magnético, y que seguir el modelo Magnet® puede mejorar tanto la calidad de la atención al paciente como el ámbito de la práctica clínica de la enfermería. Pero también destaca que el modelo de hospital magnético puede convertirse en una opción estratégica que permita mejorar la calidad de atención al paciente, como también la práctica clínica de la enfermería. Para llegar a estas conclusiones, se exploró el entorno en un Hospital español, comparando los resultados obtenidos con los de otros estudios similares (*Aiken y Patrician, 2000*). Concluyen que los resultados en el ámbito de estudio están muy alejados de las características ideales de los hospitales magnéticos, y proponen perseguir el modelo de hospital magnético y sus características ambientales para mejorar la calidad de los cuidados.

Desde los inicios de la década del año 2000 ya surgió el interés en nuestro país por el tema del magnetismo y la mejora del cuidado (*Havens, Labov, Faura y Aiken, 2002; Galvez del Toro, 2003*), este último realizó un estudio en el que reconocía el modelo magnético y los hospitales magnéticos como la mayor garantía de calidad, excelencia y satisfacción enfermeras.

Con posterioridad, en el año 2004, García Palacios (*García, García, Vila, Torres y Moreno, 2004*) plantearon en un estudio explorar si el fenómeno magnético estaba presente en las unidades de diálisis de la Provincia de Cádiz. Este estudio, Premio Bieffe Medital a jóvenes investigadores en Enfermería Nefrológica, utilizó la evolución del cuestionario anterior: el NWI-R. En los resultados obtenidos, mostraban que el atributo mejor valorado por estas enfermeras era el apoyo de la organización, y el peor, el control sobre su práctica profesional.

En nuestro país, España, encontramos por primera vez referencias al PES-NWI con el estudio piloto de López Alonso (*López, 2005*), en el que lleva a cabo una adaptación sociocultural (validación) a través de un pilotaje de la escala de entornos de práctica enfermera, en una muestra reducida de 112 enfermeras/os. Este estudio piloto representa el punto de partida en el uso sistemático del cuestionario PES-NWI.

En ese mismo año 2005, se lleva a cabo una investigación internacional (*Flynn, Carryer y Budge, 2005*) con uno de los cuestionarios precursores del PES-NWI, el NWI-R (Nursing Work Index Revised). Este estudio resulta de interés porque se estudiaron distintas poblaciones (EEUU, Nueva Zelanda) y diferentes ámbitos de trabajo: enfermeras hospitalarias, enfermeras domiciliarias y enfermeras de distrito. En el mismo, se ofrecía a las enfermeras la posibilidad de elegir qué elementos eran importantes para su práctica profesional, en un grado de 1 a 4. Se aceptaban como elementos importantes aquellos que fueron elegidos por al menos el 80% de los participantes, considerando importante que obtuvieran una puntuación de 3 (ligeramente de acuerdo) o 4 (totalmente de acuerdo). Ese 80% de electores, sigue la condición propuesta por algunos autores (*Polit y Beck, 2004*) para considerar la validez de contenido como aceptable. En los resultados obtenidos, cabe señalar que la muestra eligió como importantes 47 de los 49 ítems, excluyendo los ítems “permanecer de forma regular al mismo equipo de trabajo” y “cada equipo de trabajo determina sus políticas y procedimientos propios”. Además, fueron los ítems en los que se puntuó más bajo por parte de las enfermeras domiciliarias y de distrito.

No se encontraron diferencias significativas ni en las puntuaciones totales medias, ni en las subescalas del test. Y por ello concluyeron que los tres grupos de enfermeras (domiciliarias, hospitalarias y comunitarias) tienen una percepción semejante sobre los elementos del cuestionario. También concluyen una información que consideramos importante: dado que en los entornos comunitarios la población está sufriendo cambios demográficos con modificaciones de pirámides poblacionales, que conlleva un envejecimiento y problemas crónicos de salud, crear y mantener entornos de trabajo enfermero saludables y adecuados es importante para el equipo de enfermería.

Posteriormente, *Juvé et al (2007)* analizaron el contexto organizativo para la prestación de cuidados en los hospitales del sistema público de salud también mediante el cuestionario NWI-R, encontrando que los factores más y mejor desarrollados fueron la

autonomía profesional y el control sobre la práctica, mientras que los factores menos desarrollados eran el reconocimiento profesional y la formación.

En cualquier caso, aportan una conclusión que consideramos clave: *“Los gestores deberían hacer una profunda reflexión sobre el coste de no considerar los aspectos que facilitan la práctica enfermera en los hospitales”*

De Pedro Gómez (*De Pedro-Gómez et al, 2009*) diseñaron un estudio de validación del cuestionario PES-NWI, partiendo de la traducción ya realizada por López (2005). Los autores valoraron que el estudio del papel de las enfermeras en las organizaciones había sido ya objeto de investigaciones para medir las consecuencias de esa participación (seguridad, mortalidad, complicaciones...) y para medir las consecuencias sobre las propias enfermeras (absentismo, accidentes laborales, burnout...). Afirman en su documento que a pesar de que la enfermera actúa con el paciente, la organización marca su forma de intervenir en la relación enfermera-paciente (lo que los autores llamaron *“modos de cuidar”*), y eso condiciona los resultados obtenidos en cuanto al producto enfermero conseguido, de mayor o menor calidad.

En este estudio de validación español del PES-NWI (*De Pedro-Gómez et al, 2009*), los resultados obtenidos en cuanto a fiabilidad fueron de alfa de Cronbach = 0,906 (0,908 si estandarizamos los valores, calificado como excelente –Rivero y Sánchez, 2014-) lo cual aporta la significación del alto grado de consistencia interna del cuestionario.

Posteriormente, midieron su comportamiento psicométrico, obteniendo valores por encima de 0,80 en todo momento (calificado como bueno –Rivero y Sánchez, 2014-). En este procedimiento de validación fue eliminado un ítem (14 original) por no mostrar fiabilidad ni validez suficientes.

Y en su adaptación y revalidación para el ámbito exclusivo de Atención Primaria de Salud en España (*De Pedro-Gómez et al, 2011*) la fiabilidad global alcanzada fue de un alfa de Cronbach de 0,913)

En sus conclusiones, los autores aportan también una información que orienta nuestro estudio, al determinar cuáles son los contenidos de ciertos ítems que aportan mayor peso dentro de cada dimensión, y que es la siguiente:

- Dimensión 1 (Participación en asuntos del centro): Depende de la capacidad de participar en la toma de decisiones en el centro.
- Dimensión 2 (Fundamento enfermero de la calidad de los cuidados): Existencia de un plan de cuidados escrito y actualizado para los pacientes.
- Dimensión 3 (Capacidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores de enfermería): el papel comprensivo y de apoyo de la coordinadora / supervisora.
- Dimensión 4 (Dimensión de la plantilla y adecuación de los recursos humanos): si existen suficientes enfermeras diplomadas para administrar cuidados enfermeros de calidad.
- Dimensión 5 (Relación médicos/enfermeras): si dicha relación sucede en un clima de colaboración adecuada.

Señalan algo opuesto a lo defendido en otros estudios que utilizan otras herramientas, en los que la autonomía enfermera fue considerada un factor clave (*Kramer y Schmalenberg, 2008a y 2008b*): no se agruparon ítems en torno a una dimensión relacionada con dicha autonomía (al igual que en la escala original de Lake).

En el año 2011, se lleva a cabo una medición del entorno de práctica profesional en las Islas Baleares con PES-NWI buscando diferencias en entornos hospitalarios y de Atención Primaria, comprobando al mismo tiempo la competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones tomadas en la práctica en Atención Primaria (*De Pedro-Gómez et al, 2011*). Para esta última medición (evidencia), se utilizó el cuestionario EBPQ: Evidence Based Practice Questionnaire. Además de medir las características de dicho entorno en atención especializada y primaria, se propusieron valorar las barreras y factores facilitadores existentes para incorporar la evidencia en las decisiones de la práctica enfermera. Los resultados obtenidos fueron que de todos los factores que componen los cuestionarios, el que mayor influencia ofrece para incorporar las evidencias científicas al trabajo es el del apoyo de los gestores.

Obtuvieron resultados significativos ($p < 0,001$) en obtención de mayores puntuaciones en profesionales noveles (0-2 años de experiencia), así como también en por parte de los gestores de enfermería, en todas las dimensiones a excepción de las relaciones médicos/enfermeras. Estas diferencias se mantienen también al medir los diferentes

ámbitos de trabajo, siempre con mejores resultados a favor del ámbito de Atención Primaria.

A la misma conclusión llegó Alonso Cuenca (*Alonso, Pancorbo-Hidalgo y Pérez, 2013*) respecto a que es el liderazgo el factor que más influye en la incorporación de evidencias, utilizando para ello una herramienta distinta, el índice de valoración de contexto (CAI), que mide la disposición de las organizaciones sanitarias para incorporar prácticas basadas en evidencias científicas.

La incorporación de prácticas basadas en evidencias a la actividad profesional ha sido también estudiada por Marshiac (*Mashiach, 2010*), quien en su estudio, llevado a cabo entre enfermeras de atención hospitalaria pero también enfermeras comunitarias del norte de Israel, se detectó que a mayor nivel formativo de las enfermeras (titulación), se utilizaban de forma más rutinaria la incorporación de prácticas basadas en evidencias. Pero no solo eso, sino que también estaba influenciado por variables como la capacidad de las enfermeras de realizar búsquedas bibliográficas y el apoyo de la empresa para la búsqueda de fuentes y su lectura. Por ello, consideraron fundamental que las enfermeras tengan un alto grado formativo, con apoyo por parte de la organización y la oportunidad para poder buscar información que posteriormente pueda ser incorporada a la actividad habitual.

De Pedro-Gómez et al (2011) llegaron a la misma conclusión: conjuntamente con los entornos de la práctica profesional, otro factor relevante en la mejora del cuidado es la incorporación de las evidencias clínicas y científicas a la práctica profesional en enfermería (PBE).

González Torrente (*González et al, 2011*) llevaron a cabo un estudio en las Islas Baleares para analizar los entornos en hospitales y atención primaria, en el que concluyeron que las enfermeras que desarrollan su práctica profesional en Atención Primaria, valoran mejor su ámbito de trabajo que las que lo hacen en entornos hospitalarios, en 4 de las 5 dimensiones (participación de las enfermeras en los asuntos del centro, fundamento enfermero en la calidad de los cuidados, capacidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por partes de los gestores enfermeros, y relaciones entre médicos y enfermeras.) (IC=95%).

En la dimensión que completa el cuestionario (dimensión de la plantilla y adecuación de los recursos humanos, fue mejor valorada en atención hospitalaria, aunque sin significación estadística.

Y además concluyeron asimismo que los profesionales de enfermería atribuyen al entorno profesional de APS una mayor capacidad para la aplicación de prácticas basadas en evidencias científicas, en la línea de De Pedro-Gómez.

En el año 2012, en el marco de un programa europeo de valoración de la movilidad de personal de enfermería, se llevó a cabo un estudio internacional multi-céntrico no solo para el estudio de los aspectos cuantitativos sino también de los cualitativos (efectos para los pacientes de esta movilidad), y poder mejorar la planificación de los recursos en enfermería; se utilizó en cuestionario PES-NWI en su versión de 32 ítems (*Sermeus et al, 2011*); el estudio fue pilotado previamente en el año 2009 (*Bruyneel, Van den Heede, Diya, Aiken y Sermeus, 2009*), si bien se materializó con el cuestionario NWI-R. Se llevó a cabo en hospitales de agudos de 12 países del entorno geográfico europeo (Bélgica, Inglaterra, Finlandia, Alemania, Grecia, Irlanda, Noruega, Polonia, España, Suiza, Suecia y Holanda). Destacan en sus conclusiones que la previsión, planificación y el adecuado manejo de los recursos enfermeros debe ser una prioridad para mejorar la seguridad y la atención de calidad a los pacientes. Dada la envergadura de las plantillas de enfermeras en toda Europa, esta adecuada planificación no solo mejorará la seguridad y calidad, sino que contribuirá al control de los costes y a la eficiencia de los servicios sanitarios. De este estudio han derivado multitud de publicaciones tanto en España como en el resto de los países, con mediciones de los entornos para la práctica enfermera (*Aiken et al, 2012*).

Un año más tarde *González et al, (2012)* desarrollaron un estudio en APS para evaluar los factores del entorno profesional que influyen en la incorporación de la práctica clínica basada en evidencias, encontrando relaciones significativas en los años de experiencia profesional y la categoría profesional de enfermeras gestoras. No encontró relaciones significativas con la edad, pero si hubo tendencia estadística, en especial entre las enfermeras más jóvenes.

En su estudio también encontraron que las puntuaciones más altas fueron para el soporte de la gestión, siendo un factor denominado clave para la práctica basada en evidencias y la mejora de los entornos.

Por todo ello, en su discusión, afirma que es posible que esa diferencia entre puntuaciones de enfermeras gestoras/clínicas pueda evidenciar el aislamiento de las gestoras de la realidad cotidiana enfermera.

El cuestionario PES-NWI también ha sido utilizado en valoraciones algo más generales, como la que se llevó a cabo en enfermeras que participan en foros en internet (*Pérez, Sánchez y Pancorbo-Hidalgo, 2013*), con muestreo por conveniencia (*foros de enfermería pediátrica y críticos, GNEAUPP –Grupo Nacional de Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión-, SEEIUC –Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias, Tablón en blanco y Forándalus*).

Se midieron los valores de consistencia interna, con un resultado global de alfa de Cronbach = 0,949. Es decir, resultados similares a estudios previos (*Lake, 2002; López, 2005; De Pedro-Gómez et al, 2009; Orts et al, 2013*) Los resultados de la diversidad de servicios y unidades distintas evaluadas con PES-NWI ofrecen la categorización de servicios “mixtos”, en alusión a la clasificación propuesta por Lake (puntuación >2,5 en 3 subescalas).

Al igual que los estudios anteriores recién citados, se encontraron diferencias significativas en la valoración del entorno según categoría profesional (supervisores y gestores puntúan más alto) y tipo de centro (servicios hospitalarios puntúan más bajo que atención primaria, apareciendo también con mayor puntuación que los servicios hospitalarios las residencias de mayores). Y del mismo modo, se mantiene la dimensión 4: Dimensión de la plantilla y recursos humanos, como la peor valorada.

Además, y habiendo mostrado ya resultados en la línea, afirman que “*el modelo de trabajo en Atención Primaria favorece una mejor percepción del entorno laboral*”.

Un estudio similar en Atención Primaria se desarrolló en la Comunidad de Madrid (*Parro et al, 2013*) con el objetivo de estudiar cuál es la percepción de los/las profesionales de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Este estudio aporta información que puede, según las autoras, “*contribuir a optimizar la provisión de cuidados, y mejorar en última instancia los resultados en salud*”.

Orts et al (2013) realizó una medición de la validez de contenido de una versión de PES-NWI de 32 ítems utilizada dentro del estudio RN4CAST, proyecto europeo para investigar como impactan las características de las enfermeras y el entorno profesional

en los resultados en los pacientes (entre otras variables), y se llevó a cabo en 11 países del entorno Europeo. En especial, esta versión potencia la dimensión 5 (Relaciones entre médicos y enfermeras), al dotarla de 7 ítems.

Los resultados de su trabajo ofrecen un CVI (resultado de la medición con la herramienta Content Validity Indexing) total de 0,82, detectando la presencia de 4 ítems problemáticos con índice Kappa < 0,60 (3 de los cuáles son los modificados pertenecientes a la dimensión 5, y otro de la dimensión 1, el 18).

Relacionado con la validez del cuestionario, ha sido sometido a una nueva validación en el año 2013 (*Fuentelsaz-Gallego, Moreno-Casbas y González-María, 2013*), con posterioridad a la llevada a cabo por De Pedro Gómez et al. El motivo fue, según exponen en su trabajo, haber modificado la primera traducción y retro-traducción llevada a cabo por *López (2005)*, así como que según este documento, afirman que en ambas validaciones no se utilizó la última versión del PES-NWI.

Tanto los trabajos de Orts, como el de Fuentelsaz-Gallego, utilizaron los cuestionarios en entornos hospitalarios.

En el pasado año 2014, se pudo comprobar que en cuidados domiciliarios en EEUU (California, Nueva Jersey y Pennsylvania), al medir las características de los entornos de trabajo enfermero en cuidados domiciliarios (*Jarrín, Flynn, Lake y Aiken, 2014*), aquellas agencias con mejores puntuaciones en los entornos profesionales medidos con PES-NWI, presentaban una menor tasa de ingresos hospitalarios agudos y mayor tasa de altas en los cuidados domiciliarios. Concluyeron así que es una necesidad mejorar tales entornos dado que suponen caros ingresos hospitalarios, menor institucionalización y mejores resultados en los pacientes.

Finalmente, y en referencia a la validez y fiabilidad del cuestionario, en el año 2014 Rivero Sánchez y López Alonso realizan un análisis de la evidencia de la adaptación española del PES-NWI a Atención Primaria (*Rivero y López, 2014*) desarrollada por *De Pedro-Gómez et al (2011)*, versión utilizada en el presente estudio, en la que concluyen que sin perjuicio de que se puedan desarrollar estudios para la mejora métrica de la

escala, para conseguir mayor solidez metodológica, el nivel de evidencia de la misma es alta.

También recientemente se publica un nuevo estudio (en un servicio de traumatología hospitalario de León) en el que se analizaba el clima laboral de dicha unidad (*Pérez y González, 2014*) dentro del entorno del estudio RN4CAST-España, catalogando la unidad como de tipo mixto por encontrar en sus resultados 2 dimensiones con buenos resultados.

En el presente año 2015 se ha publicado un estudio en entornos hospitalarios en el que se comparan las puntuaciones de los entornos de práctica profesional con PES-NWI entre unidades de críticos y de hospitalización, además de la satisfacción y el burnout (*Fuentelsaz-Gallego, Moreno-Casbas, Gómez-García y González-María, 2015*). Encontraron mayor satisfacción, con mejor valoración del entorno a favor de las unidades de hospitalización, con diferencias significativas ($p < 0,01$), a pesar de que las enfermeras de estas unidades presentan mayor burnout.

5.- FACTORES ESENCIALES DE LOS ENTORNOS PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA.

Los elementos esenciales de los entornos para la práctica profesional son aquellos que los propios profesionales de enfermería reconocen como muy importantes o significativos para la mejora de los cuidados en la búsqueda de la mejora continua y la excelencia (*Kramer, Schmalenberg y Maguire, 2004*).

Si el magnetismo supone la aplicación de cuidados de enfermería excelentes, conformar entornos adecuados de trabajo enfermero puede conseguirse si medimos y modificamos las características de esos entornos. Y conocer si existen atributos esenciales en los entornos, podría favorecer el cambio y la priorización de ese cambio en la búsqueda de la excelencia.

5.1.- Elementos esenciales derivados del cuestionario PES-NWI.

Trabajos ya comentados como el de Flynn, quién en su estudio (*Flynn, Carryer y Budge, 2005*), comparó (con el cuestionario NWI-R) los resultados obtenidos de una gran muestra de enfermeras hospitalarias, de atención domiciliaria, y enfermeras de distrito (enfermeras comunitarias de Nueva Zelanda). Los resultados obtenidos fueron que aproximadamente el 80% de las enfermeras coincidieron en 47 de los 49 ítems del NWI-R, ítems que representan los elementos importantes para la práctica profesional.

Previamente (*Mathews y Lankshear, 2003*) ya habían desarrollado un estudio en Ontario en el que exploraron la existencia de elementos esenciales en entornos profesionales de enfermería, proponiendo 4 áreas de mejora y 16 elementos esenciales que las propias enfermeras reconocían como fundamentales:

- 1.- Líneas de comunicación formales.
- 2.- Vínculos internos de comunicación adecuados en la organización.
- 3.- Estructuras estratégicas de asesoramiento/consejo en servicios concretos.
- 4.- Autoridad claramente definida en temas de práctica profesional.
- 5.- Visión estratégica.

- 6.- Interprofesionalidad.
- 7.- Atención centrada en los pacientes.
- 8.- Apoyo para el cambio.
- 9.- Apoyo por los gestores/administradores.
- 10.- Enfoque flexible en todos los programas.
- 11.- Roles multidisciplinares de todos los profesionales.
- 12.- Práctica colaborativa.
- 13.- Promoción de la competencia profesional.
- 14.- Vinculación con la misión y visión de la empresa.
- 15.- Vínculos con los médicos.
- 16.- Consideración de las características contextuales en el entorno de práctica.

Un artículo publicado por *Gardner, Thomas-Hawkins, Fogg y Latham, (2007)* evaluó la importancia de los 31 ítems para la práctica enfermera; sugirió que 28 de los 31 ítems se consideraban importantes y excluyó ‘uso de diagnósticos’, ‘actualización diaria de los planes de cuidados’ y ‘continuidad del cuidado’. Si bien, se utilizaron consensos muy elevados (superiores al 80%, según *Polit y Beck, 2004*), siendo los porcentajes de elección de estos 3 ítems del 78%, 78% y 79%, respectivamente, es decir, casi cumpliendo el criterio de alta idoneidad de consenso.

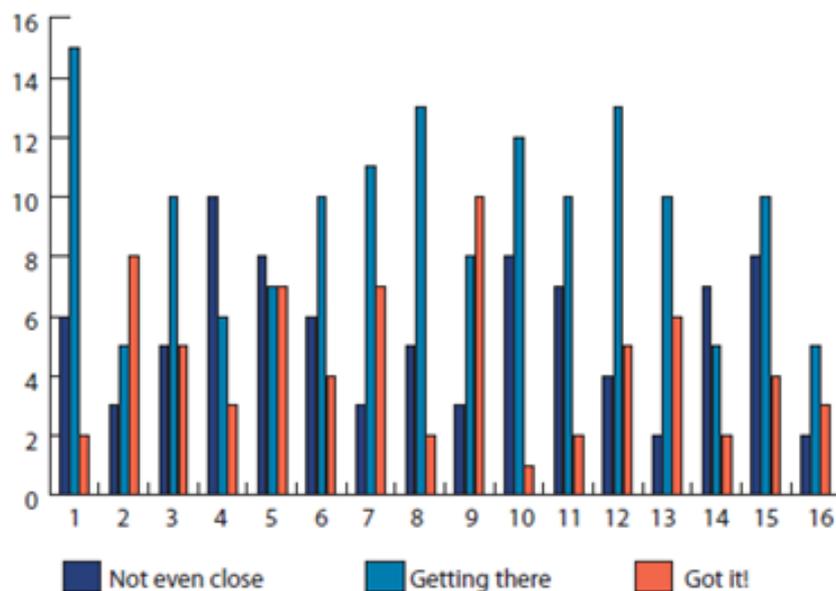


Figura 3: Elementos esenciales de la práctica profesional. Tomada de: *Mathews S, 2003*.

También *Bjørk* (*Bjork, Samdal, Hansen, Torstad y Hamilton, 2007*) en la misma línea, y explorando la satisfacción de las enfermeras con su trabajo en Noruega, concluyeron en este estudio que, entre otros factores, la autonomía clínica, la formación, la posibilidad de desarrollo profesional y la interacción (profesional) son los factores más significativos con esa satisfacción. En ese sentido, *Van den Heede et al (2011)*, en otro estudio de ámbito hospitalario en Bélgica en el que exploraba las características organizacionales que fomentaban la retención de enfermeras, concluyó que los hospitales con estructura jerárquica plana (cuadro gestor accesible a las enfermeras asistenciales), en los que las enfermeras participan en los asuntos de gestión, con programas formativos estructurados y oportunidades para desarrollar carrera profesional en el centro, eran los elementos que propiciaban mayor satisfacción en el trabajo con aumento de la fidelidad hacia la empresa. Liderazgo, líderes accesibles e incentivación para la formación eran también elementos clave de las organizaciones sanitarias según *Shirey (2006)*.

Además, encontramos (en relación con lo recién citado de la interacción profesional), evidencia de que la mala comunicación entre enfermeras y médicos sea responsable de errores de medicación y de otras consecuencias para los pacientes (*Manojlovich y Deccico, 2007*), con múltiples referencias a que las relaciones adecuadas entre médicos y enfermeras sea otro de los factores esenciales de las organizaciones (*Hoffart y Woods, 1996; Grindel, Peterson, Kinneman y Turner, 1996; Grindel, 2006; Ponte et al, 2007*).

Zelauskas (Zelauskas y Howes, 1992) ya propusieron hace 2 décadas que los 3 elementos principales de los entornos organizacionales son: autonomía profesional, control sobre la práctica e implicación en la toma de decisiones.

Por intentar enmarcar globalmente estos últimos resultados, mayor autonomía, participación activa en la toma de decisiones, mayor formación, oportunidades de desarrollarse como profesional... son componentes que generan un mayor empoderamiento de la enfermera (*Cicolini, Comparcini y Simonetti, 2014*), lo que responde de forma clara a la Teoría del empoderamiento en las organizaciones propuesta como marco conceptual de nuestro estudio.

En este estudio realizaron una revisión sistemática de 596 artículos en idioma inglés, de los que seleccionaron 12 en los que pudieron concluir que si existe empoderamiento profesional enfermero, ello conduce a la fidelización del profesional en la empresa (magnetismo), con mejores resultados para la organización y los pacientes. Además, diferenciaron entre lo que consideran empoderamiento estructural (en la empresa), del empoderamiento psicológico: el primero es condición previa para desarrollar el segundo, y el segundo es el que produce satisfacción laboral, y mejora de resultados. Por lo tanto, sentirse empoderado como profesional es esencial para la mejora de los resultados.

Posteriormente Grindel propuso que era importante como elemento clave del contexto profesional valorar la relación profesional entre enfermeras y médicos (*Grindel, Comparcini y Simonetti, 1996*).

También *Zángaro y Soeken (2007)* insisten en la importancia de que para favorecer el clima organizacional en enfermería y mejorar esos entornos de trabajo hay que potenciar la autonomía profesional.

Sin embargo, el cuestionario PES-NWI carece de una dimensión específica relacionada con la autonomía clínica.

Como ya habíamos citado anteriormente, para De Pedro Gómez et al (*De Pedro-Gómez et al, 2009*) el factor al que más consideración le asignan las enfermeras para el uso de prácticas basadas en evidencia científica (factor que mejora la calidad del cuidado) es el apoyo de los gestores, lo que dijimos guardaba relación con el estudio original de los hospitales magnéticos (*McClure, Poulin, Sovie, y Wandelt, 1983*): la calidad del liderazgo de los gestores era la Fuerza 1, la estructura de la organización como fuerza 2 (que también depende de los gestores) y la fuerza 3 el estilo de gestión.

Para Jarrín (*Jarrín, Flynn, Lake y Aiken, 2014*), la existencia de determinados requisitos es importante para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente, en relación con los cuidados de enfermería: en su estudio en el que pretendía relacionar si mejores entornos correlacionan con mejores resultados en los pacientes, afirman que es necesario disponer de recursos adecuados, el apoyo de los gestores con un liderazgo

potente, y una buenas relaciones entre médicos y enfermeras (y otros miembros del equipo, que la literatura no cita frecuentemente). Solo esas condiciones convertirán a las enfermeras en líderes y defensoras de los pacientes.

Estos últimos resultados parecen reproducirse en distintos contextos culturales, al encontrar estudios en Japón (*Anzai, Douglas y Bonner, 2014*) que utilizaron el mismo cuestionario, y que en sus resultados afirman que los elementos mejor valorados fueron las relaciones con los médicos y la calidad de la gestión enfermera. Por el contrario, los peor valorados fueron los recursos y la dotación de personal. En los análisis de regresión encontraron que las buenas puntuaciones en entornos de práctica eran un predictor significativo de la calidad del cuidado.

Kieft et al (*Kieft, de Brouwer, Franckl y Delnoij, 2014*) diseñaron un estudio cualitativo mediante grupos de discusión, que trabajó con enfermeras de cuidados comunitarios (además de salud mental, cuidados hospitalarios y geriátricos): Preguntando a las enfermeras participantes sobre qué elementos creían esenciales para mejorar la calidad del cuidado, estas fueron las respuestas:

- enfermeros clínicamente competentes,
- relaciones de trabajo en colaboración,
- práctica de enfermería autónoma,
- personal adecuado (número),
- control sobre la práctica de enfermería,
- apoyo de la gestión,
- cultura centrada en el paciente

En el estudio se concluyó que incluir estos elementos en las experiencias diarias de cuidados a los pacientes, bajo la condición de autonomía profesional, dará lugar a cuidados más positivos y con mejor percepción por los usuarios.

Al mismo tiempo, también se alegó que las actuales políticas de coste-beneficio, conllevan que las enfermeras deban rendir cuentas por sus actuaciones, generando una contradicción entre proporcionar los cuidados que creen adecuados, y esa rentabilidad que se les exige para contener costes. Lo cual les genera un conflicto entre ambos enfoques.

Éste último estudio presenta numerosas coincidencias con una selección de elementos esenciales extraídos de PES-NWI (*Gea y Martínez, 2014*) utilizando un grupo focal de expertos; al menos, la competencia clínica, las relaciones colaborativas, el número de profesionales adecuado y apoyo de gestión (entre otros).

También se ha podido observar, en ámbitos distintos a los ya revisados primaria-hospitalaria, que existen indicios en ambientes residenciales de la tercera edad (con internamiento), si bien son muy escasos. En los EEUU (*Flynn, Lian, Dickson y Aiken, 2010*) desarrollaron un estudio en 63 instituciones residenciales intentando encontrar evidencias de relación entre la calidad del entorno y los recursos de enfermería, con los indicadores de calidad. A pesar de no encontrar resultados concluyentes, afirmaron que las variaciones de personal no explicaban la diferencia en indicadores de calidad, si bien el estudio de los entornos y su relación con la mejora de esos indicadores era prometedor.

5.2.- Elementos esenciales derivados de otros cuestionarios: EOM 1 y EOM 2.

Para la obtención de la información relevante en relación con los entornos para la práctica profesional, a través de otros cuestionarios que midiesen las características de los entornos de práctica enfermera, diseñamos asimismo una revisión sistemática (Ver Anexo 2) enfocada al cuestionario Essentials of Magnetism (EOM) (Ver Anexo 3), que como ya hemos citado en el apartado 2 del presente capítulo, es la escala en la que se han investigado con más interés los elementos esenciales o prioritarios de los entornos de práctica enfermera, actualmente en su versión II, previamente versión I, desarrollado por Kramer en el año 2004 (*Kramer, Schmalenberg y Maguire, 2004; Kramer y Schmalenberg, 2004*).

Este cuestionario (al igual que el cuestionario NWI y sus posteriores evoluciones) tiene su base metodológica de control de calidad en la propuesta de Donabedian (*Donabedian, 1993*) de elementos fundamentales: estructura, proceso y resultados.

Alemán-Rivera et col (*Alemán-Rivera, López-Cruz, Torres-Santiago, García-Galindo y Zárate-Grajales, 2011*) relacionaron los 8 elementos esenciales de los entornos profesionales propuestos por *Kramer y Schmalenberg (2002)* con esta estructura de Donabedian a la que etiquetó como “trilogía”. Partiendo de que la estructura responde a las características de los proveedores, instrumentos, lugares y organizaciones (entre otros) del lugar de trabajo, incluyendo los recursos humanos; el proceso es lo básico en la evaluación para medir la calidad, lo que media entre la atención y el producto; y el resultado es el cambio atribuible a los dos anteriores (en salud), los autores propusieron la siguiente distribución de dichos elementos esenciales:

1. Estructura:

- Control de la práctica profesional enfermera.
- Percepción de una plantilla adecuada.

2. Proceso:

- Apoyo a la formación.
- Trabajo con otras enfermeras clínicamente competentes.
- Autonomía profesional.
- Relaciones entre enfermeras / médicos.

3. Resultado:

- Apoyo de la dirección de enfermería.
- Cultura organizacional de preocupación por los pacientes.

Las autoras pudieron identificar 8 dimensiones fundamentales (*Kramer y Schmalenberg, 2008*) que las propias enfermeras que conformaban la muestra definían como las esenciales para el cuidado enfermero:

Políticas de formación de las enfermeras,
ejercer junto a otras enfermeras de elevada competencia clínica,
relaciones adecuadas y positivas entre médicos y enfermeras,
autonomía para la práctica enfermera,
cultura de la institución centrada en el paciente,
control de las enfermeras sobre su práctica,
percepción de una dotación adecuada de plantilla, y
apoyo de los gestores enfermeros.

Tabla 11: 8 dimensiones esenciales para el cuidado enfermero.
(De elaboración propia).

De entre todas ellas, poder ostentar una alta autonomía profesional y ejercer el control sobre su práctica destacan sobre el resto, según la bibliografía consultada (*Kramer y Schmalenberg, 2009; Weston, 2009*).

Por ello, en el año 2008, la herramienta EOM (versión 1) fue revisada para establecer una actualización y proponer un nuevo cuestionario (EOM 2) de 58 ítems, clasificado finalmente en 8 dimensiones (*Kramer y Schmalenberg C. 2008*):

1. Valores culturales.
2. Apoyo de la gestión enfermera.
3. Control de la práctica enfermera.
4. Autonomía clínica.
5. Idoneidad de la plantilla.
6. Relación enfermera-médico
7. Competencia clínica enfermera, y
8. Apoyo a la formación.

Tabla 12: 7 dimensiones esenciales EOM II.
Traducida por el autor, tomada de *Kramer y Schamalemborg (2008)*

Del cuestionario inicial (EOM 1) las autoras solicitaron a las enfermeras encuestadas que señalaran los 10 elementos más importantes a su juicio para poder ofrecer cuidados de calidad. Se incluye en el mismo anexo propuesta de traducción del cuestionario EOM 1 (Ver Anexo 4). Se omite anexar el cuestionario EOM 2 por estar sujeto al copyright de las autoras.

Ambos cuestionarios son una escala tipo Likert con respuestas de 1 a 4, con preguntas sobre la percepción de la presencia o no de un determinado atributo presente en el cuestionario (1- Totalmente de acuerdo, a 4- Totalmente en desacuerdo).

A las enfermeras que responden el cuestionario, se les pidió que señalaran cuáles eran los 10 atributos que a su juicio, son los más importantes y relevantes para dichos entornos de práctica profesional.

Ello permitió obtener un listado con esos 10 elementos fundamentales para los entornos de la práctica profesional, basados en el cuestionario EOM 1, y que son los siguientes (Essentials of Magnetics Instruments, ver Tabla 13).

Este hallazgo se convierte en el objetivo principal de nuestro estudio, aplicado al cuestionario PES-NWI validado y adaptado a la APS en España.

Los resultados encontrados fueron los siguientes:

Artículos de primera selección de interés para el estudio: 31 documentos.

Artículos finalmente recuperados: 11 documentos.

Tipología de los artículos:

- 9 artículos originales.
- 1 revisión sistemática.
- 1 tesis doctoral.

PRESENT IN CURRENT JOB.	STRONGLY AGREE.	SOMEWHAT AGREE	SOMEWHAT DESAGREE.	STRONGLY DESAGREE.
1.Concern to the patient is paramount in this agency.	1	2	3	4
2.Good RN-MD relationships, established mechanisms of communication.	1	2	3	4
3.Adequate nurse staff.	1	2	3	4
4.Flexible work scheduling, self-scheduling	1	2	3	4
5.Working with other nurses who are clinically competent.	1	2	3	4
6.Supportive nurse managers and supervisory personnel.	1	2	3	4
7.Nurse autonomy and accountability in making decision within area of competency.	1	2	3	4
8.Adequate support services (others departments such as intake, pharmacy, HME...)	1	2	3	4
9.Continued competency in nursing practice is stressed here.	1	2	3	4
10.In service/CE Education opportunities and support for education are available.	1	2	3	4

Tabla13: Essentials of magnetics Instruments.
Tomada de *Mensik (2006)*.

Los documentos finalmente seleccionados fueron los siguientes, artículos sometidos a lectura crítica:

<p>Essentials of a Magnetic work environment. Part 1 to 4. Kramer, M, Schmalenberg C, Maguire P. (2004)</p>
<p>Essentials of a Magnetic work environment. Part 2 to 4. Kramer, M, Schmalenberg C, Maguire P. (2004)</p>
<p>Essentials of a Magnetic work environment. Part 3 to 4. Kramer, M, Schmalenberg C, Maguire P. (2004)</p>

<p>Essentials of a Magnetic work environment. Part 4 to 4. Kramer, M, Schmalenberg C, Maguire P. (2004)</p>
<p>Describing essentials of Magnetism and Quality in Home Health. Mensik JS. (2006)</p>
<p>Impact of Organizational Attributes on Nurse Satisfaction in Home Health. Mensik JS. (2007)</p>
<p>Revising the Essentials of Magnetism Tool. Kramer, M, Schmalenberg C (2005)</p>
<p>Development and evaluation of EOM Tool. Kramer, M, Schmalenberg C (2004)</p>
<p>Essentials of a Productive Nurse Work Environment. Schmalenberg C, Kramer, M. (2008)</p>
<p>Validity and reliability of the Turkish version of the Essentials of Magnetism Scale (EOM II). Yildirim, D. (2012)</p>
<p>Rural hospital nursing: results of a national survey of nurse executives. Newhouse RP, Morlock L, Pronovost P, Sproat SB. (2011)</p>
<p>Review of Magnet Hospital Research: Findings and Implications for Professional Nursing Practice. Scott JG, Sochalski J, Aiken L. (1999)</p>
<p>Wanted: Attractive hospitals for nurses in the Netherlands, aiming for excellent patient care! Fingal-Figaroa CJ. (2012)</p>
<p>Validation of the Essentials of Magnetism II in Chinese critical care settings. Jinbing B, Lily H, Qing Z. (2013)</p>

Tabla 14: Documentos seleccionados en revisión sistemática EOM.

Como antecedentes, en los EEUU se desarrolló algún estudio sobre la detección de las fuerzas de magnetismo en entornos comunitarios (más concretamente cuidados domiciliarios), salvando las distancias culturales entre la financiación, provisión y producción privada existentes entre USA y el resto de países con sistemas de salud no privados, pero también con la significación de Atención Primaria en España, y el cuidado domiciliario en Estados.

El más destacable, el desarrollado por Mensik (*Mensik, 2007*), que parte de nuestro mismo supuesto: hay un gran número de evidencias científicas que demuestran la relación existente entre la organización hospitalaria y los resultados en cuidados de calidad. Y que ha sentado un modelo para poder investigar otros ambientes-ámbitos de trabajo, como la Atención Primaria de Salud (en adelante APS). El instrumento utilizado para evaluar el ambiente de trabajo ha sido también utilizado en estudios en ámbitos hospitalarios: el EOM 1, aun conociéndose su baja fiabilidad en entornos de agudos; y además, a pesar de que este test se ha utilizado en ambientes domiciliarios, no se han publicado los análisis psicométricos que permitan evaluar su capacidad de generalizar resultados.

En la misma línea *Flynn y Deatrick (2003)* destacaban que los elementos básicos podrían ser los mismos en atención domiciliaria que en la hospitalaria.

En su estudio, Mensik encontró elevados niveles de fiabilidad en la medida del test al respecto de los atributos que las enfermeras perciben y que les permiten brindar cuidados de calidad en cuidados domiciliarios/comunitarios.

En la estructuración y diseño de su estudio, parte de que si en el estudio de las fuerzas de magnetismo del ámbito hospitalario hay una clara relación entre modelo organizativo y la calidad del cuidado, en el ámbito domiciliario puede suceder lo mismo.

Estudió finalmente esas 8 fuerzas del magnetismo principales ya detectadas en entornos hospitalarios y propuestas por las autoras originales del estudio (*Kramer y Schmalenberg, 2004*), tras encuestar a dos muestras distintas de N=106 y N=125 enfermeras del ámbito de los cuidados domiciliarios. Pudo concretar que 7 Fuerzas Magnéticas de entre las 8 seleccionadas del estudio original fueron identificadas por

las enfermeras de cuidados domiciliarios (alta confiabilidad: re-test mediante correlación Spearman-Brown=0,77).

Es decir, las enfermeras de ámbito domiciliario eligieron los mismos factores que habían elegido las enfermeras de cuidados hospitalarios, a excepción de un factor.

A continuación, propuso a las enfermeras que ordenaran, en función del grado de presencia o importancia, los factores anteriores. Con ello pretendía determinar si la fuerza intrínseca de cada uno de los elementos era el mismo en atención especializada que en la atención primaria. Sin embargo, obtuvo resultados no esperados que eran contrarios a la literatura, en determinados atributos. En la siguiente tabla (Ver Tabla 15) se exponen los resultados obtenidos en dicho estudio (*Mensik, 2006*) y se comparan con los resultados del estudio original (*Kramer y Schmalemborg, 2004*)

ORGANIZATIONAL ATTRIBUTE	Staff nurses %	Rank	HHC nurses %*	Rank
Working with other nurses who are clinically competent	80,1	1	72,6	4
Good nurses/doctors relationships and communication	79,2	2	60,4	6
Nurse autonomy and accountability	73,5	3	51,9	7
Supportive nurse manager, supervisor	69,5	4	80,2	2
Control over nursing practice	68,9	5	13,2	23
Support for education	66,2	6	38,7	10
Adequate nursing staffing	62,5	7	79,2	3
Concern for patient is paramount	62,0	8	89,6	1
Flexible work scheduling	---		67,9	5
Continued competency	---		44,3	8
Adequate support services	---		41,5	9

Tabla 15. Porcentajes de elección de elementos de práctica profesional en Atención Hospitalaria/Domiciliaria. Tomada de *Mensik (2006)*.

*HHC: Home Health Care.

Queremos destacar que para el estudio de Mensik, el 89,6% de las enfermeras eligió que el paciente es lo más importante de la institución, lo que puede ser compatible con la propia filosofía enfermera, según la entendemos en nuestro país (*Alberdi, 1992*).

Para el presente apartado, hemos desarrollado una revisión bibliográfica sistemática (Ver Anexo 2), expuesta como comunicación oral en el VIII Congreso Internacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria de España (*Gea, Colomer y Martínez, 2014*).

Posteriormente a la ejecución de la revisión sistemática, pudimos encontrar nuevos aportes científicos como la adaptación y validación al contexto de Dinamarca de la herramienta EOM II (*de Brouwer, Kaljouw, Kramer, Schmalenberg y Van Achterberg, 2013*), a China (*Bay, Hsu y Zhang, 2013*) o una publicación reciente de las autoras de la escala original EOM (*Kramer et al, 2014*) en el que siguen profundizando en la esencia de los entornos magnéticos y profesionales de enfermería, y anuncian el desarrollo de una nueva herramienta, aún en estudio y evolución, para medir las prácticas esenciales de la profesión enfermera, a la que han denominado EPNP (Essential Professional Nursing Practices).

6.- MODELOS DE GESTIÓN SANITARIA EN LA COMUNITAT VALENCIANA. LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA.

El derecho a la protección de la salud es un derecho constitucional en España (*Constitución Española, 1978*), aplicado a todos los ciudadanos del país. En su punto 2 (art. 43), además, explicita que “*Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto*”

El Sistema Nacional de Salud español, SNS, definido como el conjunto de los servicios de salud de la Administración General del Estado y de las Comunidades Autónomas, se caracteriza por ser un sistema universal, público y gratuito de protección de la salud (*Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad*), exponiendo en su artículo 7 que “*los servicios sanitarios, así como los administrativos, económicos y otros, adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad*”. La gestión de dichos servicios es responsabilidad de las Comunidades Autónomas.

En su artículo 66.3, manifiesta que el sector privado vinculado mantendrá la titularidad de los centros, así como las relaciones laborales con sus empleados. Esta vinculación, regulada por convenios específicos, será aplicada a los ciudadanos manteniendo las condiciones de gratuidad (art. 67,3).

La relación laboral de los trabajadores con las instituciones y el SNS queda regulada desde la entrada en vigor de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Ello convierte a los empleados del SNS en estatutarios, al adecuarse a tal estatuto, mientras que los anteriores empleados con la condición de funcionarios, se rigen por la *Ley 30/1984*, de medidas de reforma de la Función Pública. Los nuevos modelos de gestión contemplan relaciones laborales distintas a estas anteriores, al carecer de las características normativas del personal funcionario y/o estatutario (régimen laboral).

En el año 1990, el Congreso de los Diputados solicita al Gobierno (Centro Democrático y Social) la constitución de una comisión para la revisión del Sistema Nacional de Salud. De ahí nació el denominado “Informe Abril” (*Rubia, García, Segovia y Velarde*

2011; Sánchez, 1996), un análisis del sistema sanitario público español fundamentado en los cambios sociales y sanitarios de nuestro país (España, pero también de otros sistemas sanitarios), concluyó una serie de fortalezas y debilidades del SNS, ofreciendo una serie de recomendaciones en materia de planificación para evitar el “agotamiento” del sistema sanitario, e innovar en la planificación y modos de gestión.

Probablemente, las conclusiones del Informe Abril siguen siendo hoy vigentes, al detectar que los problemas y la necesidad de adaptarse a ellos partían del envejecimiento poblacional y otras variaciones socio-demográficas, procesos migratorios, el aumento de la demanda, la mejora de las condiciones de vida, el progreso y evolución en la tecnificación del sistema sanitario, y otros factores claves.

Todos estos cambios estaban provocando, según el Informe, una pérdida en la calidad, la eficacia y equidad del sistema.

Y en consecuencia, el Informe sentaba unas bases de reforma en las que, en lo que afecta a las estructuras de gestión del sistema, creía conveniente separar la financiación del sistema de salud, de la gestión, provisión y producción del mismo, todo ello regulado de forma conveniente por el sistema sanitario. El informe lo etiquetaba como la implementación de una estructura empresarial aplicada al campo de la gestión sanitaria.

En 1997, se publica la *Ley 15/1997 sobre Nuevas formas de gestión del SNS*, quedando clara y legalmente determinado que la gestión y prestación del sistema sanitario podrá llevarse a cabo con fórmulas alternativas a la tradicional gestión pública. La tendencia en la descentralización a través de las Comunidades Autónomas, basándose también en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (Ley 16/2003), ha aumentado la autonomía en la gestión, mediante la separación de los procesos de provisión, producción, compra y financiación de los servicios de salud.

Relacionado con la anterior información reseñada aquí de la *Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad* (reconocimiento del libre ejercicio de servicios sanitarios mediante la fórmula de la concertación con el SNS), se plantea el desarrollo de fórmulas de colaboración en las que, según la comisión del Informe Abril, se “presume” que los

costes en el modelo de gestión privada podrían ser inferiores, aunque reconocen y explicitan que los modelos de gestión pública asumen de cara al usuario otro tipo de responsabilidades que justifican el encarecimiento y la diferencia en costes, afirmando también que es necesario disponer de información transparente para poder comparar y confirmar estas afirmaciones.

De forma genérica, los modelos de gestión públicos y privados de la sanidad los clasificaremos en aquellos que implementan actuaciones de gestión directa, y de gestión indirecta (*Cabo Salvador, 2010; Sánchez-Caro. 2000*):

1. Gestión directa: la propia administración pública es la productora del servicio público.
2. Gestión indirecta: dicha producción es llevada a cabo por una empresa privada (de tipo lucrativo, o no).

Concretamente, las formas de gestión indirecta son reguladas en función de la tipología de la contratación externa (*Núñez Feijoo, 1999*), que está regulada jurídicamente en la norma legal refundida, *Ley 53/1999 de Contratos de administraciones públicas*, así como en la citada Ley General de Sanidad de 1986.

El caso que estudiamos en nuestro estudio (modelo Alzira), quedaría encuadrado dentro del marco de gestión indirecta, fórmula de contratación externa, calificado como “Nuevas fórmulas de gestión sanitaria”. En este caso se trata de una concesión administrativa, pero también existen otros modelos de gestión sanitaria mediante fórmula de contratación externa como el convenio, el concierto y el consorcio.

En este caso, se concedió la gestión a la UTE (Unión Temporal de Empresas) Riberasalud por 10 + 5 años, con un modelo de financiación per cápita (capitativa) para una población calculada de 230.000 habitantes, y que precisó de revisión y nueva inyección de capital en el año 2002.

Basándonos en este perfil legal, la colaboración público-privada en un Departamento de salud de la Comunitat Valenciana nace en el año 1999 en forma de concesión administrativa, uno de los múltiples modos creados como gestión indirecta del servicio

público (*Cabo Salvador, 2010*), que según la propia empresa (Unión Temporal de Empresas -UTE- Riberasalud, conocida como “Modelo Alzira”), consiste en la gestión privada de una prestación pública, en el primer caso a través de la gestión del Hospital de Alzira, y los centros de especialidades de las poblaciones de Sueca y Alzira (*SEDAP, 2010*). Inicialmente, la gestión sanitaria de la UTE se concertó, exclusivamente, para la función asistencial especializada (hospitalaria), excluyendo el ámbito de la atención primaria. Ello generaba una contradicción, dado que había una laguna en el control de proceso salud-enfermedad de los ciudadanos (promoción/prevención/restauración de salud y enfermedad), al centrarse, en exclusiva, sobre el proceso de enfermedad. Este inconveniente se subsanó en el año 2003, evolucionando hacia la gestión integral de los procesos sanitarios en un departamento de salud, facilitando la continuidad asistencial.

Actualmente, de los 22 departamentos de salud existentes en la Comunitat Valenciana, 5 de ellos son gestionados por esta misma fórmula (Manises, Alzira, Denia, Elx-Crevillent y Torrevieja), si bien la titularidad de la gestión está ostentada por distintas empresas. El resto (17 departamentos, siguen bajo un modelo público de gestión).

Los departamentos de gestión privada incluidos en el presente estudio son el Departamento de Elx-Crevillent y el de Torrevieja. Ambos son gestionados por la UTE Riberasalud. El departamento Xàtiva / Ontinyent es de gestión totalmente pública.

Podemos ver en la Imagen a continuación (Figura 4), la localización geográfica de los Departamentos de Salud del estudio:



Figura 4: Mapa sanitario de la Comunitat Valenciana con los Departamentos de Salud incluidos en el estudio. Modificada de de www.san.gva.es

CAPÍTULO 3

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores esenciales de los entornos de práctica profesional enfermera en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS) en 3 Departamentos de Salud de la Comunitat Valenciana, a partir del cuestionario PES-NWI, que condicionarán la existencia de condiciones ambientales imprescindibles para el desarrollo de cuidados de enfermería de calidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Conocer la valoración que los profesionales de enfermería de determinados Departamentos de salud de la Comunidad Valenciana hacen de sus entornos profesionales de trabajo en APS.
2. Valorar las diferencias en los entornos para la práctica profesional en diferentes modelos de gestión sanitaria de la Comunitat Valenciana.
3. Identificar las diferencias de los resultados de dichas mediciones con valoraciones en otros entornos nacionales y/o internacionales.
4. Contrastar la visión de expertos/as en Atención Primaria con la de profesionales asistenciales de APS, en lo referente a los elementos esenciales de los ambientes de práctica profesional.
5. Valorar la representatividad de esos ítems esenciales, en relación con el resto del cuestionario completo.

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA.

Hipótesis principal:

Es posible determinar la existencia de factores esenciales para la práctica profesional enfermera en ambientes de Atención Primaria de Salud (APS), que determinarán la existencia de condiciones idóneas imprescindibles en el lugar de trabajo para el desarrollo de una práctica de cuidados excelente, a partir de los 31 elementos propuestos en el cuestionario PES-NWI.

Diseño: Estudio mixto cuali-cuantitativo.

1. La fase cualitativa es fenomenológica, basada en los conocimientos obtenidos a partir de un grupo focal de expertos/as combinada con conteo de respuestas.
2. La fase cuantitativa es observacional, analítica, transversal, multicéntrica.

1.- METODOLOGÍA FASE CUALITATIVA:

La fase cualitativa se ha diseñado en dos fases temporalmente paralelas:

1. Actividad individual: Selección de ítems (10) previa a la discusión grupal (26 y 27/11/2013) y posterior a la sesión grupal (28/11/2013).
2. Actividad grupal: Desarrollo de grupo focal de expertos (27/11/2013) y análisis de contenido.



Figura 5: Esquema gráfico temporal de la fase cualitativa del estudio.

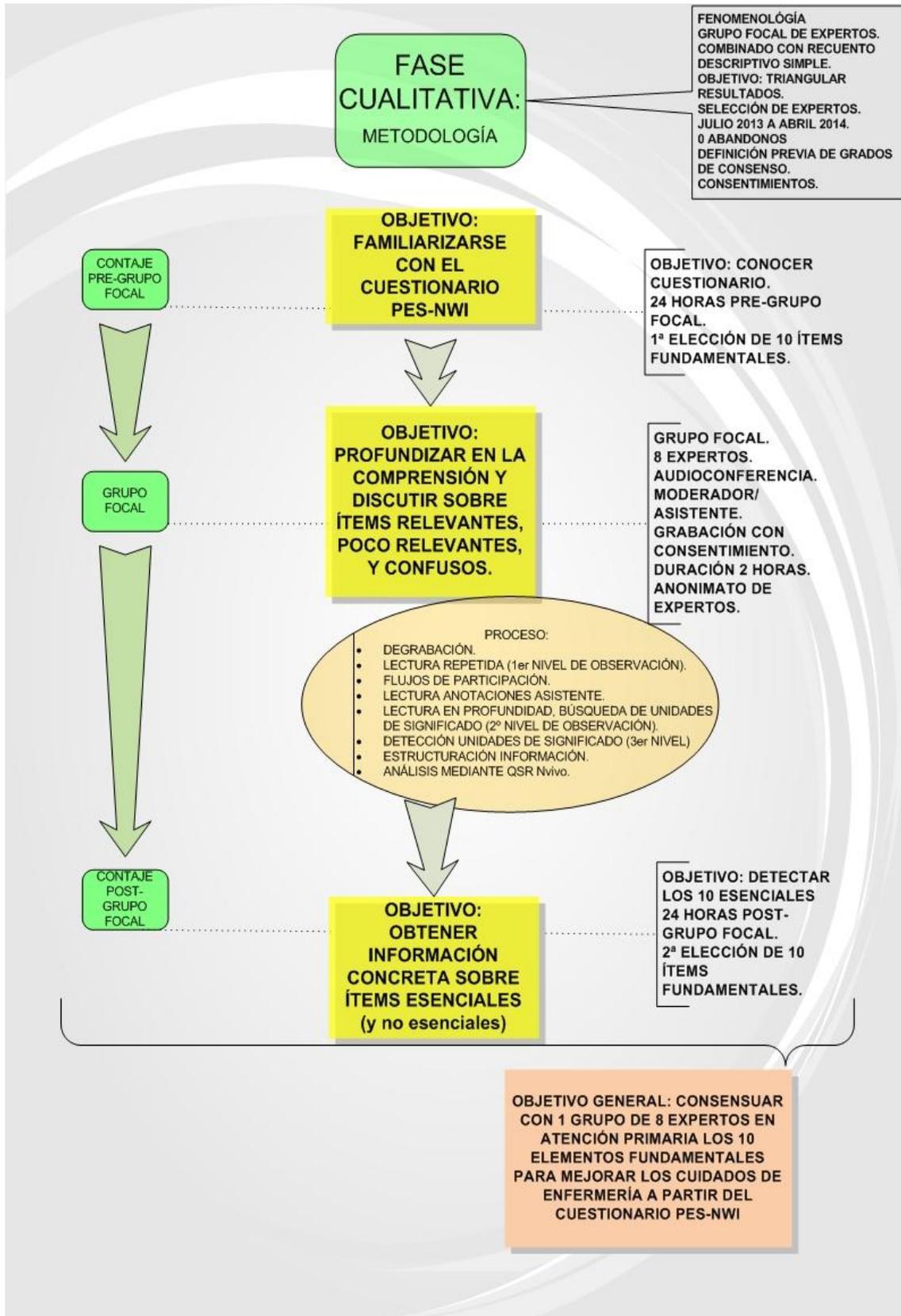


Figura 6: Mapeo del diseño cualitativo.

Los OBJETIVOS marcados para esta fase cualitativa han sido (consecuentes con el objetivo del estudio):

- Consensuar, con un grupo de expertos/as en Atención Primaria de Salud (APS) la elección de los 10 ítems que consideren fundamentales para los entornos de práctica profesional enfermera, de entre los 31 ítems que conforman el cuestionario PES-NWI en su versión validada al español (*De Pedro-Gómez, 2011*) que mide dichos entornos profesionales en APS.

También pretendemos, de forma secundaria, en esta fase cualitativa:

- Obtener un mayor conocimiento y comprensión de la visión del cuestionario PES-NWI por un grupo de expertos en atención primaria.
- Detectar ítems del cuestionario que puedan resultar problemáticos en su comprensión, según los expertos.
- Determinar qué ítems podrían ser menos influyentes en la calidad final del cuidado enfermero, de los 31 que componen el PES-NWI, según nuestros expertos.

Procedimiento de MUESTREO.

El diseño del Focus Group fue elaborado para 8 participantes, N=8 (*Johnson y Christensen, 2004*). Los 8 aceptaron la invitación para formar parte del grupo y no hubo abandono alguno ni fallo en la respuesta en ambas fases, ni en la de contaje, ni finalmente en la última sesión de resolución de dudas entre ítems; por lo que la participación ha sido del 100% sin tasa de abandono.

Se diseñó el grupo focal de expertos en julio del año 2013, eligiendo a los/las participantes mediante un muestreo intencionado (de conveniencia, 3 expertos, 37,5% de los participantes), seguido de consulta a otros expertos siguiendo un proceso parcial

de bola de nieve (5 expertos/as, 62,5 % de los/las componentes. (Ver Anexo 5, Carta de invitación de expertos/as), realizando la sesión y estudios posteriores entre noviembre del 2013 y el periodo final, el de redacción del documento final (fase cualitativa), que tuvo lugar entre marzo y abril del año 2014.

Se pretendió con este tipo de muestreo asegurar la riqueza de opiniones y la existencia de opiniones y experiencias divergentes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN en el grupo focal:

- Profesionales del ámbito de atención primaria de salud (APS) con un mínimo de 4 años de experiencia.
- Profesionales que además hayan desarrollado funciones de enfermería distintas a la asistencial, y relacionadas con el ámbito de la APS.
- En especial, haber formado parte de un equipo universitario docente en enfermería familiar y comunitaria (EFyC) pre o postgrado, haber representado o representar algún cargo en asociaciones de enfermería comunitaria de ámbito nacional (España), haber desarrollado actividad enfermera como responsable de gestión (en APS), y/o ejercer cargos técnicos sanitarios de gestión vinculados a la enfermería en el ámbito de APS.
- Los seleccionados/as tendrán (a priori) nula o escasa relación profesional y personal entre sí.
- Disponibilidad y conocimientos técnicos para poder desarrollar una audio / videoconferencia sin problemas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Experiencia asistencial < 4 años, y
- No haber desarrollado ninguna función extra-asistencial vinculada a la enfermería de atención primaria y comunitaria.

Tabla con características de los/las participantes expertos/as:

EXPERTO	TITULACIÓN	EXPERIENCIA (en años)	TRABAJO ACTUAL	OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON PRIMARIA	TÉCNICOS	PUESTOS	GESTIÓN	INVESTIGACIÓN	MIEMBRO ASOCIACIÓN CIENTÍFICA
1	DUE	7	Atención Primaria y Documentación científica.	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ
2	DUE. OTRA LICENCIATURA. DEA.	7	Adjunto Dirección Atención Primaria.	SÍ.	NO	SÍ.	SÍ	SÍ	SÍ
3	DUE. OTRA LICENCIATURA. DOCTOR.	>10	Profesor Universitario.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ.
4	DUE. OTRA LICENCIATURA.	6	Atención Primaria.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
5	DUE. OTRA LICENCIATURA. DEA.	9	Profesora Universitaria.	SÍ	SI	SI	SI	SI	NO
6	DUE. MÁSTER.	>10	Atención Primaria y Profesora Universitaria.	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ
7	DUE	>10	Dirección General Asistencia Sanitaria.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
8	DUE. MÁSTER.	>10	Atención Primaria y Profesora Universitaria.	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ

Tabla 16: Perfil profesional de los/las expertos/as seleccionados para el grupo focal.

Los/las participantes firmaron el documento de *Consentimiento Informado* correspondiente (Ver Anexo 6), y dieron su autorización verbal para ser grabados en la audio-conferencia, al inicio de la sesión.

También rellenaron una ficha con sus datos profesionales solicitados más relevantes (Ver Tabla 1 y Anexo 7) y que justificaban su inclusión. Se han usado pseudónimos para garantizar el anonimato (Experto 1, Experto 2...)

Recibieron un correo electrónico con la información básica relativa a los objetivos del estudio y del grupo focal.

La participación conseguida ha sido del 100% para todas las actividades, tanto para la sesión grupal como para la fase individual, incluyendo las segundas rondas de consultas y retroalimentaciones individuales. Por tanto, la tasa de abandono ha sido del 0%.

FASE 1: ELECCIÓN ÍTEMS MEDIANTE TÉCNICA DE RECuento-CONTEO.

Con el objetivo de conseguir la familiaridad con el cuestionario, 24 horas antes del grupo focal se les remitió por correo-e el cuestionario PES-NWI (Ver Anexo 5) solicitándoles que lo respondieran y eligieran, de entre los 31 ítems, los 10 que consideraran más relevantes para el entorno de práctica profesional enfermera.

Con posterioridad a la sesión grupal (grupo focal), se les volvió a remitir el cuestionario para que seleccionaran, ahora con un mayor conocimiento y comprensión de los ítems del cuestionario, aquellos 10 ítems que ahora consideraban más importantes para dichos entornos.

Se pretende con ello valorar si había cambios de opinión tras la interacción grupal, valorando si aumenta o disminuye el consenso del grupo.

Definimos por conveniencia los grados de consenso (total de expertos=8), basado en documentos previos para determinar lo que consideramos consenso (*Polit y Beck, 2004; Schmidt, 1997; Holey, Feeley, Dixon y Whittaker, 2007; Rade, Matic y Igor, 2011; Berg, 1989*):

1. Consenso elevado: ítem que eligen 6 o más expertos/as ($\geq 75\%$).
2. Consenso aceptable: ítem que eligen 4-5 expertos/as (50% - 74%).
3. Consenso dudoso: ítem que eligen al menos 3 expertos/as (al menos 37,5%). En este caso, se consideró más apropiado valorar el análisis cualitativo de la transcripción, evitando la técnica de recuento (*Sim, 1998*), al mismo tiempo que se consultó a los expertos/as de nuevo.
4. Consenso muy bajo: ítems elegidos por 1 ó 2 expertos/as (25% o menos). Estos ítems fueron analizados también mediante análisis de transcripción.
5. Consenso nulo: ítems no elegidos por ningún experto. Estos ítems fueron directamente eliminados de la discusión grupal.

Se utilizó el recuento descriptivo simple (*Kidd y Marshall, 2000*) (contaje o conteo) basado en la interacción de cada sujeto con el cuestionario, como método de recuento

que aporta información valiosa en relación al consenso / no consenso entre expertos. En especial, a la elección de ítems tras el desarrollo de la sesión de interacción grupal.

Pretendemos, pues, utilizar este último método como sistema mixto (combinado con el análisis de contenido del grupo focal) de análisis de información, cuya conjunción nos aporte la información suficiente para poder determinar la prioridad de unos ítems sobre otros (*Morse, 2003*).

FASE 2: GRUPO FOCAL.

Desarrollo del grupo focal de expertos, con análisis de contenido de la sesión para encontrar unidades de significado y opiniones sobre ítems considerados relevantes por los participantes.

Se parte del diseño para grupos focales de expertos recomendado por *Escobar y Bonilla-Jiménez (2009)*.

Periodo temporal y lugar: 2º semestre año 2013, en España (expertos/as seleccionados/as de diferentes provincias de distintas Comunidades Autónomas de España: Islas Canarias, Asturias, Burgos, Alicante, Valencia, Navarra, Illes Balears y Cataluña).

Duración del grupo focal: 2 horas (*Morgan, 1997*).

Se confeccionó cronograma grupal para verificar que todos los componentes pudieran asistir a la sesión, y no hubiera fallos de asistencia o imprevistos (creación de agenda doodle).

Se intentó mantener el anonimato de los/las participantes en el grupo, entre ellos. Para ello, y aprovechando que la tecnología utilizada fue la audio-conferencia, solo fueron presentados por su nombre y provincia de residencia. Dos y dos participantes se conocían personalmente entre ellos/as, no afectando aparentemente a la correcta

evolución de la interacción grupal. Otros se conocían sin relación profesional ni personal. Éste hecho ha sido expuesto en el apartado de limitaciones del estudio.

Para el análisis cualitativo se ha seguido la Guía de trabajo de técnicas de análisis grupales desarrollada por el Departamento de Psicología Social de la U.B., además de recurrir al procedimiento de Baz y Téllez de trabajo del material de contenido (Baz, 1994):

1. De-grabación: Escucha de la grabación, comparándolo con la transcripción y anotaciones.
2. Lectura repetida de la transcripción: supuso el primer análisis y el primer nivel de observación.
3. Cuantificación de las intervenciones (flujos de participación).
4. Lectura de las anotaciones de la observadora.
5. Lectura de la transcripción en busca de unidades de significado clave: Segundo nivel de observación.
6. Identificación de esas unidades de significado: Tercer nivel de observación.
7. Ordenamiento de los resultados obtenidos.
8. Análisis digital mediante software informático de la transcripción de la entrevista grupal.

El rol elegido del moderador ha sido el del modelo de Mediación Explícita (Martín 1997; Ibáñez 1994) con dirección semi-estructurada (previa presentación de la sesión, los objetivos y el estudio – Ver Anexo 8-, Desarrollo del grupo focal).

Para el desarrollo de la sesión se utilizaron como actores clave el moderador (investigador principal) y asistente (colaboradora) (Krueger y Casey, 2000).

El método de análisis empleado fue el análisis basado en la transcripción (clásico de contenido) mediante el programa informático QSR Nvivo en su versión v10, complementado con el análisis basado en notas (Krueger, 1994).

La sesión fue grabada con Microsoft Windows Real Player, y su transcripción fue llevada a cabo verbatim mediante las herramientas digitales Windows Media Converter y Express Scribe.

Se ha garantizado la intimidad y anonimato de los/las participantes, guardando todas las grabaciones y transcripciones bajo clave de seguridad; al tiempo que se solicitaron todos los permisos, tanto escritos como verbales, para participar en el grupo focal y realizar la grabación, análisis, y la difusión de los resultados obtenidos a través de los medios científicos habituales.

El análisis de transcripción revisa la estructuración en categorías de contenido, la detección de palabras claves, su frecuencia y distribución, la creación de árboles gráficos de palabras clave, la búsqueda por conceptos clave, y la selección de fragmentos en función de estas variables de análisis.

Se utilizaron formularios de registro informático en forma de tablas (Microsoft Excel) para el registro de los resultados derivados de las fases 1 y 2 (Ver Anexos 9 y 10).

Hemos pretendido conseguir la triangulación de resultados al aplicar ambos métodos de análisis (*Rodríguez, 2005*) (contaje y análisis de contenido).

2.- METODOLOGÍA FASE CUANTITATIVA.

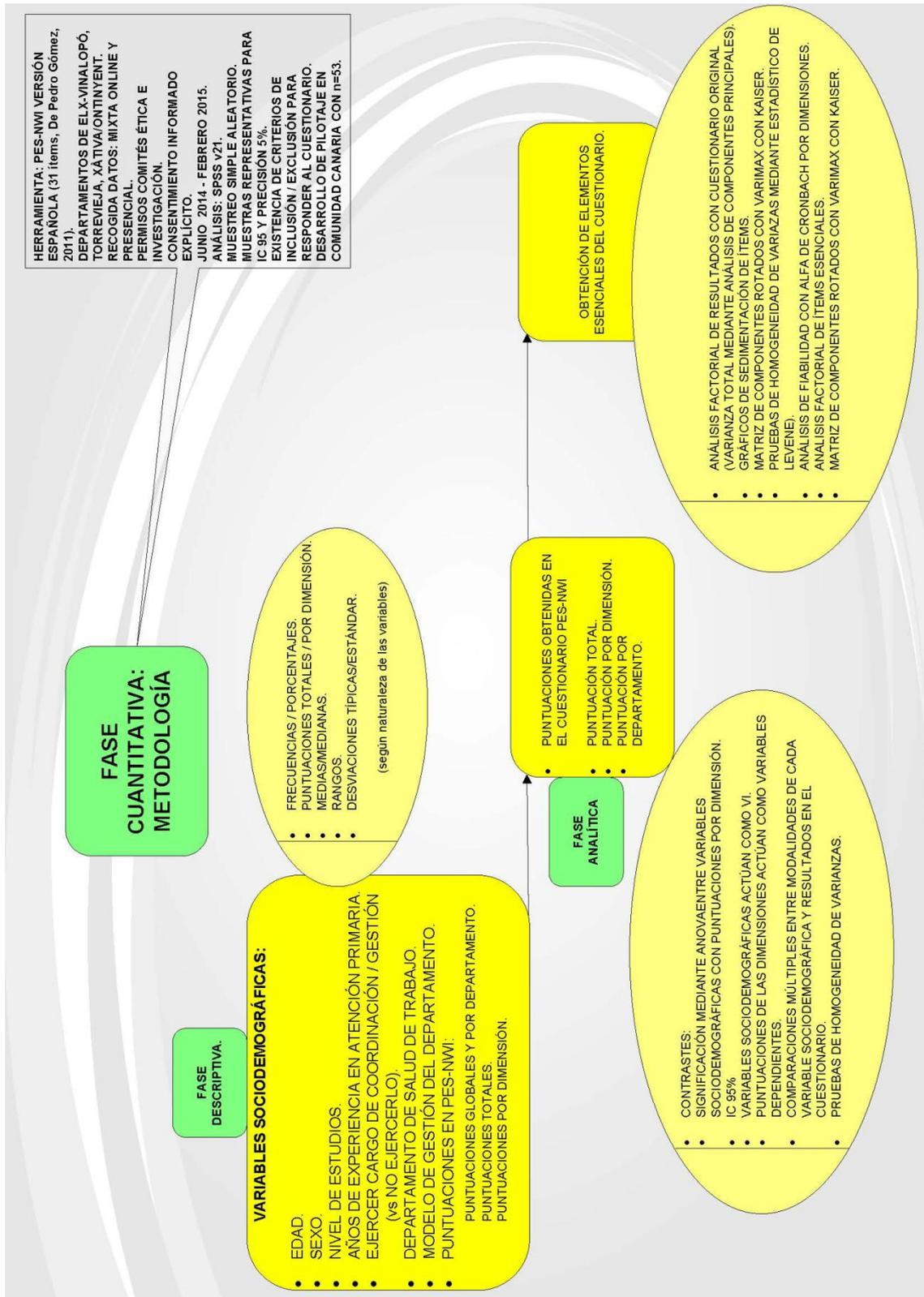


Figura 7: Mapeo del diseño cuantitativo:

Recogida de datos: Herramienta: cuestionario PES-NWI versión validada en España y adaptada transculturalmente a la Atención Primaria de Salud en España (De Pedro-Gómez, 2011), versión de 31 ítems.

La recogida ha sido combinada, mediante métodos digitales (cuestionario digital google forms®, remitido por mailing) y distribución física en centros de salud (Ve formulario físico en Anexo 11), y posteriormente introducidos los datos al formulario online por el autor del estudio.

Recogida de datos mixta (online / física):

- Departamentos de Xàtiva / Ontinyent.
- Elx-Vinalopó.

Recogida exclusiva online:

- Departamento de Torrevieja.

En la misma se hacía constar, además de solicitarles el consentimiento (Sí/No) que el envío del cuestionario suponía otorgar el consentimiento informado, explicando en la página principal el fin del estudio y que se adaptaba a las normativas éticas, deontológicas y legales establecidas. También se explicitaba que había obtenido todos los permisos de los comités departamentales y la autorización firmada por la gerencia.

Análisis de datos: SPSS v21.

Fechas: Junio 2014 hasta febrero 2015.

Población: Universo de enfermeras del ámbito de la Atención Primaria de Salud de los Departamentos de salud de Torrevieja, Elx-Vinalopó y Xàtiva / Ontinyent.

Procedimiento de muestreo: aleatorio simple.

Muestra: Para los distintos Departamentos de salud, se ha procedido al cálculo de la muestra significativa a partir de los datos suministrados por los departamentos de Recursos Humanos de los departamentos de Salud de Torrevieja y Elx-Vinalopó, y de la

Dirección de Enfermería de Atención Primaria en el departamento Xàtiva / Ontinyent, todos actualizados y facilitados en el año 2014:

1. Torrevieja: para un intervalo de confianza del 95%, con una precisión/error del 5% y una población definida de $N=89$, se calcula una muestra significativa mínima de $n=72$. Fijamos un margen de seguridad del 10% (convención) estableciendo la $n=79$.

Tasa de respuesta: 86.51%

Del total de 78 participantes que respondieron al cuestionario, 1 sujeto declinó la participación en el estudio.

Muestra final efectiva: 77.

La muestra final efectiva permite un margen de error que mejora el previsto (4,12%).

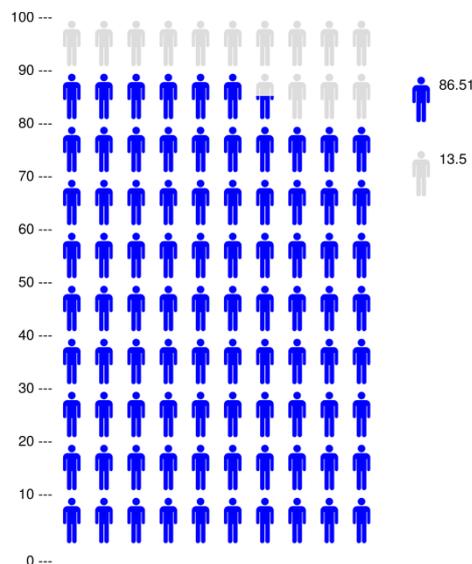


Figura 8: Tasa de respuestas Dep. Torrevieja.

2. Elx-Vinalopó: para un intervalo de confianza del 95%, con una precisión/error del 5% y una población definida de $N=78$, se calcula una muestra significativa mínima de $n=65$; fijamos un margen de seguridad del 10% (convención) estableciendo la $n=71$.

Tasa de respuesta: 92,30%

Muestra final efectiva: 72.

La muestra final efectiva permite un margen de error que mejora el previsto (3,22%).

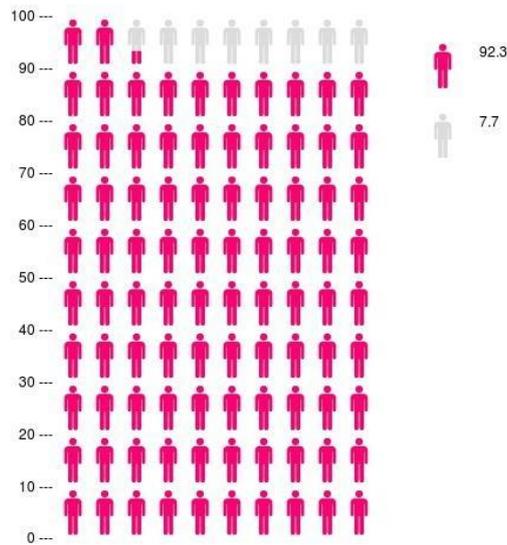


Figura 9: Tasa de respuestas Dep. Elx-Vinalopó.

3. Xàtiva / Ontinyent: para un intervalo de confianza del 95%, con una precisión/error del 5% y una población definida de $N=168$, se calcula una muestra significativa mínima de $n=117$. Fijamos un margen de seguridad del 10% (convención) estableciendo la $n=126$.

Tasa de respuesta: 71,42%

Muestra final efectiva=120.

La muestra final efectiva permite un margen de error que mejora el previsto (4,8%).

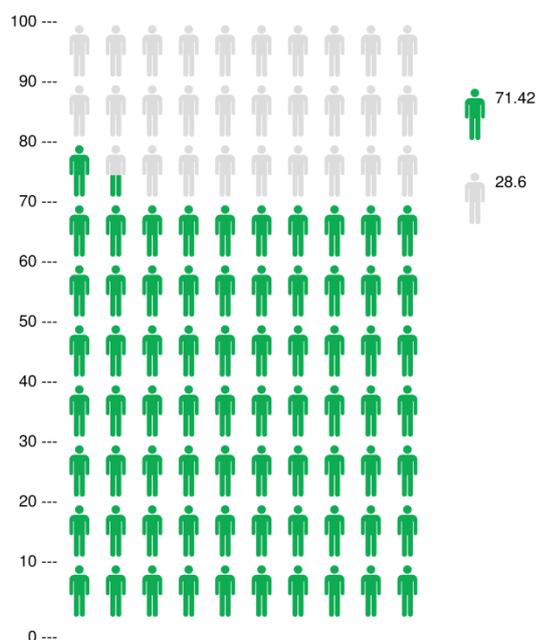


Figura 10: Tasa de respuesta Dep. Xàtiva / Ontinyent.

Los cálculos muestrales se han llevado a cabo mediante la Fuente <http://es.gmi-mr.com/solutions/sample-size-calculator.php>), y los del error mediante MDK.

Muestra Global:

Para una población total de $N=318$ sujetos, con un IC 95% y precisión / error = 5%, la muestra mínima es de $n=175$. Sumando el margen conveniado del 10% $n=192$. Con la suma global de la muestra de los 3 Departamentos, hemos obtenido 269 respuestas validas, calculando un error 2,35%.

Una vez alcanzadas las muestras mínimas, se siguieron recibiendo respuestas que fueron incorporadas al estudio, para reducir el error.

Considerando de forma global al universo de enfermeras que trabajan en APS en la Comunitat Valenciana, encontramos que al inicio de nuestra investigación (2010) la población sería de $N=3803$, incluyendo a las enfermeras matronas (299) por ejercer como enfermeras especialistas en el mismo entorno profesional que la enfermera comunitaria. Fuente de obtención de datos: *Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010)*.

Por ello, la muestra mínima para obtener representatividad con un IC = 95% y una precisión/error del 5% sería = 346. Con estas cifras, y nuestra muestra total, para la población de la Comunitat nos supondría un error del 5,76%, que consideramos inasumible.

Criterios de inclusión:

- Formar parte de la plantilla estable (en exclusiva, personal que cubre plaza estructural) del Departamento en el ámbito de Atención Primaria de Salud.
- Antigüedad superior a 3 meses en la empresa.

Criterios de exclusión:

- Denegar la participación.
- No aprobar (marcar SÍ) el consentimiento informado.
- No formar parte de la plantilla estable de la empresa (ser sustituto/a por motivos temporales de sustitución, como por ejemplo ser sustituto de verano o periodos de navidad-semana santa, y coberturas por enfermedad inferiores a 3 meses; se evitó la recogida de datos en estos periodos).
- Antigüedad inferior a 3 meses en la empresa, en cualquiera de los supuestos anteriores.

3.- INSTRUMENTOS Y VARIABLES DEL ESTUDIO.

Las variables socio-demográficas estudiadas han sido las siguientes:

- Edad (numérica por intervalos).
- Sexo (cualitativa nominal dicotómica).
- Nivel de estudios (cualitativa ordinal).
- Años de experiencia (numérica por intervalos).
- Ejercer cargo de coordinación, supervisión o gestión/dirección (cualitativa nominal dicotómica).
- Trabajar como personal de atención continuada (cualitativa nominal dicotómica).
- Departamento de Salud donde trabaja (cualitativa nominal).
- Centro de salud donde trabaja (cualitativa nominal).

Cada variable del cuestionario PES-NWI ha sido definida como variable de estudio (31), todas ellas de naturaleza cuantitativa de escala.

Las variables derivadas del cuestionario fueron presentadas en sus 5 dimensiones estructurales:

1. Participación de las enfermeras en asuntos del centro.
2. Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado.
3. Aptitud, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores de enfermería.
4. Dotación de personal y recursos.
5. Relaciones entre enfermeras y médicos

Posteriormente se construyeron 31 nuevas variables para el registro en SPSS de la elección / no elección de cada variable como fundamental (se definieron como X1, X2... hasta X31). Se configuró como variable dicotómica (SÍ / NO).

En la fase de análisis y contrastes, las variables edad, sexo, años de experiencia, nivel de estudios, ejercer coordinación, y Departamento de Salud, actuaron como variables independientes (VI). Las variables dependientes (VD) fueron las puntuaciones totales y las puntuaciones por dimensión.

Los estadísticos utilizados han sido:

Estudio descriptivo: Medias/medianas/modas, desviaciones típicas/estándar, rangos y frecuencias absolutas / relativas con sus porcentajes respectivos, según la naturaleza de cada variable.

Estudio analítico:

- Análisis factorial: se estudia la varianza total explicada tanto de los resultados al completo, como del Top Ten obtenido (elementos esenciales) mediante el análisis de componentes principales, con rotación mediante Varimax con Kaiser. Gráfico de sedimentación. Gráfico de dispersión.
- Contrastes: ANOVA con pruebas de homogeneidad de varianzas mediante estadístico de Levene. Regresiones lineales múltiples.
- Regresión lineal múltiple: Predicción del Top Ten con respecto al cuestionario PES-NWI.

El intervalo de confianza (IC) fue fijado en 95%, la precisión/ del 5%, el error máximo del 5% y la significación con valor $p < 0,05$.

Protección de datos: El cuestionario no identifica ni solicita ningún dato que pueda contribuir a la identificación de los profesionales de enfermería que decidan participar en el mismo, y no existen datos personales a excepción de los socio-demográficos típicos. Los datos, no obstante, serán anonimizados y se ajustarán a los consejos y recomendaciones de la Agencia estatal de Protección de datos, basadas en la normativa vigente en España en la *Ley Orgánica 15/1999 de 15 de diciembre*, sobre protección de datos de carácter personal, y a sus equivalentes de la Directiva 95/46/CE.

Estos datos han sido guardados digitalmente bajo contraseña segura. Solo el autor principal del estudio y el Director del proyecto han tenido acceso a los mismos. Cualquier vulneración de la protección de los datos provocará el inicio de acciones legales consecuentes.

Dispone de todos los permisos de los Comités de ética e investigación de los Departamentos en estudio (Ver Anexo 12).

La gestión bibliográfica se ha llevado a cabo con el gestor informático Mendeley enlazado con la herramienta telemática Google Docs® de Drive.

4.- PILOTAJE.

En el año 2013, se llevó a cabo un proceso de pilotaje con el objetivo de valorar la correcta cumplimentación del cuestionario PES-NWI online, así como la recepción de los datos y su organización automática en formato .xls. Además de valorar el funcionamiento mecánico, se les pidió también su opinión en relación con aspectos que, a su entender, entorpecieran o dificultaran la respuesta.

El cuestionario se diseñó utilizando medios digitales, creando un formulario digital google (Google forms®) con acceso restringido mediante contraseña segura, y solicitando consentimiento informado a todos/as las participantes. Únicamente el investigador principal y el Director del proyecto de la tesis doctoral podían acceder legalmente a los datos.

Se llevó a cabo en la Comunidad de Canarias, en una muestra totalmente aleatoria cuyo único requisito era la voluntariedad en la participación. Se contactó con la Asociación de Enfermería Comunitaria de España (AEC) a través de la vocalía autonómica en Canarias, y se distribuyó el cuestionario entre los socios/as y contactos en APS.

Se amplió posteriormente a más participantes para aumentar la muestra mediante muestreo en bola de nieve (se solicitaron reenvíos a conocidos). Con ello la muestra fue $n=52$, con población desconocida.

Esta recogida se llevó a cabo en el año 2014, y la posterior en enero 2015.

Un total de 53 enfermeras/os respondieron al cuestionario. Los resultados de la medición (valores de las variables) no eran objeto de estudio.

El diseño del cuestionario google forms® funcionó sin incidencias y se pudo replicar en el estudio principal en los 3 Departamentos de Salud de la Comunitat Valenciana.

Como aportaciones de los/las participantes en el pilotaje, destacamos las que hemos relacionado con el cuestionario:

- Dudas con la competencia profesional relacionado con la contratación directa por el gestor,
- La valoración de la calidad del cuidado debería hacerse de forma más precisa,
- Hay que valorar la cantidad (y también la calidad) de los recursos enfermeros,
- Dudas en la diferencia entre desarrollo y carrera profesional,
- Dudas entre participar en las decisiones, y participar formalmente en las comisiones o juntas que también toman decisiones...

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

RESULTADOS.

1.- FASE CUALITATIVA:

1.1. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS.

1.2. FASE 1: SELECCIÓN INDIVIDUAL DE ÍTEMS CLAVE.

7. Preguntas de investigación.
8. Resultados del análisis de expertos del cuestionario PES-NWI pre y post-grupo focal.
9. Análisis de datos del análisis de expertos pre-grupo focal.
10. Análisis de datos del análisis de expertos post-grupo focal.
11. Re-selección de expertos/as del décimo ítem para la conformación del top ten.
12. Resultados finales Fase 1: ítems fundamentales seleccionados mediante técnica de contaje.

1.3. FASE 2: ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS CONTENIDOS DE LA TRANSCRIPCIÓN DEL GRUPO FOCAL.

1. Preguntas de investigación.
2. Flujos de participación.
3. Codificación: creación de categorías de contenido.
4. Análisis de palabras clave.
5. Consulta de frecuencia de palabras.
6. Clasificación: selección de expresiones de los/las participantes y asignación a cada uno de los nodos. Análisis global.

1.4. RESULTADOS GLOBALES.

1.- DATOS EPIDEMIOLÓGICOS:

El 63% del grupo eran mujeres, frente al 37% que eran hombres. Del total, el 75% eran mayores de 40 años. Los años de experiencia en APS fue >10 años para el 75% de los participantes, y entre 5-10 años para el resto. El 100% tiene experiencia docente en enfermería, además de la asistencial en atención primaria. Todos ejercen función investigadora. El 87,5% ha desarrollado proyectos técnicos en enfermería comunitaria. También el 87,5% pertenece o ha pertenecido a alguna asociación científica enfermera.

Ver gráficos de variables socio-demográficas en Anexo 13.

2.- FASE 1: SELECCIÓN INDIVIDUAL DE ÍTEMS CLAVE.

1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

PROPUESTA PRE-GRUPO FOCAL: Señale, de entre todos los ítems del cuestionario que ya conoce, aquellos que considera los 10 fundamentales para desarrollar con excelencia su trabajo enfermero.

PROPUESTA POST-GRUPO FOCAL: Señale, de entre todos los ítems del cuestionario que ya conoce y ha debatido con otros/as expertos/as, aquellos que considera los 10 fundamentales para desarrollar con excelencia su trabajo enfermero.

2. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE EXPERTOS DEL CUESTIONARIO PES-NWI PRE Y POST-GRUPO FOCAL.

ENUNCIADO ÍTEMS	PRE	PRE	POST	POST
	(n)	(%)	(n)	(%)
1.- Las enfermeras de plantilla están formalmente involucradas en la gestión interna del centro (juntas, órganos de decisión.)	1	12,5%	1	12,5%
2.- Las enfermeras del centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo.	6	75%	8	100%
3.- Existen muchas oportunidades para el desarrollo profesional del personal de Enfermería.	1	12,5%	2	25%
4.- La Dirección escucha y da respuesta a los asuntos de sus enfermeras.	2	25%	1	12,5%

5.- El/la Director/a de Enfermería es accesible y fácilmente “visible”.	1	12,5%	0	0%
6.- Se puede desarrollar una carrera profesional o hay oportunidades de ascenso en la carrera clínica.	4	50%	4	50%
7.- Los gestores enfermeros consultan con las enfermeras los problemas y modos de hacer del día a día.	3	37,5%	2	25%
8.- Las enfermeras de plantilla tienen oportunidades para participar en las comisiones del centro, tales como la comisión de investigación, de ética, de infecciones...	3	37,5%	3	37,5%
9.- Los directivos enfermeros están al mismo nivel en poder y autoridad que el resto de directivos del centro..	3	37,5%	2	25%
10.- Se usan los diagnósticos enfermeros.	2	25%	3	37,5%
11.- Hay un programa activo de garantía y mejora calidad.	5	62,5%	4	50%
12.- Existe un programa de acogida y tutelaje de enfermeras de nuevo ingreso.	2	25%	2	25%
13.- Los cuidados de las enfermeras están basados en un modelo enfermero, más que en un modelo biomédico.	4	50%	3	37,5%
14.- La asignación de pacientes a cada enfermera existente favorece la continuidad de los cuidados (p. ej.: la misma enfermera cuida al paciente a lo largo del tiempo)	4	50%	5	62,5%
15.- Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes	5	62,5%	8	100%
16.- Existe un plan de cuidados escrito y actualizado para cada paciente.	0	0%	0	0%
17.- Los gestores del centro se preocupan de que los enfermeros proporcionen cuidados de alta calidad.	4	50%	2	25%
18.- Se desarrollan programas de formación continuada para las enfermeras.	4	50%	4	50%
19.- Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada.	5	62,5%	3	37,5%
20.- La supervisora/coordinadora es una buena gestora y líder.	5	62,5%	8	100%
21.- La supervisora/coordinadora respalda a la plantilla en sus decisiones, incluso si el conflicto es con personal médico	0	0%	0	0%
22.- La supervisora/coordinadora utiliza los errores como oportunidades de aprendizaje y mejora, no como crítica.	0	0%	0	0%
23.- La supervisora/coordinadora es comprensiva y asesora y da apoyo a las enfermeras.	0	0%	0	0%
24.- Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho.	0	0%	1	12,5%

25.- Hay suficiente plantilla de empleados para realizar adecuadamente el trabajo.	3	37,5%	2	25%
26.- Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad.	3	37,5%	4	50%
27.- Los servicios de apoyo (celadores, administrativos...) son adecuados y facilitan estar más tiempo con los pacientes.	0	0%	0	0%
28.- Hay tiempo suficiente y oportunidad para discutir los problemas de cuidados con las otras enfermeras.	4	50%	2	25%
29.- Se realiza mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras.	2	25%	0	0%
30.- Entre los médicos y las enfermeras se dan buenas relaciones de trabajo.	0	0%	0	0%
31.- La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración apropiada.	4	50%	6	75%

Tabla 17: Comparativa elecciones de ítems pre y post-grupo focal.

(En verde consenso alto, en amarillo aceptable, en naranja dudoso, en blanco nulo consenso)

3. ANÁLISIS DE DATOS DE LOS RESULTADOS DEL CUESTIONARIO PREVIO AL DESARROLLO DEL GRUPO FOCAL.

En primera instancia, y sin tener un conocimiento exhaustivo del cuestionario PES-NWI, a la mayoría de expertos les parecieron menos importantes (0, 1 ó 2 votos de 8 posibles) para los ambientes de práctica profesional enfermera un total de 14 ítems que fueron: 1, 3, 4, 5, 10, 12, 16, 21, 22, 23, 24, 27, 29 y 30.

Los ítems que ningún profesional experto eligió como importantes (7, representando el 22,5% del cuestionario) fueron directamente eliminados para ser debatidos (este hecho fue decidido por unanimidad de los participantes), ya que había especial consenso en que NO eran los más decisivos para la calidad del cuidado.

Se seleccionaron a priori como de especial relevancia los ítems elegidos por 5 o más expertos, aunque este hecho no fue comunicado a los expertos en el desarrollo del Grupo Focal.

Fueron un total de 5 ítems, que son los siguientes: 2, 11, 15, 19 y 20.

5 ítems quedaron con dudoso consenso tras la sesión (elegidos por 3 expertos): ítems 7, 8, 9, 25 y 26.

7 ítems tuvieron un consenso aceptable al ser elegidos por 4 expertos, que fueron los siguientes: 6, 13, 14, 17, 18, 28 y 31.

4. ANÁLISIS DE DATOS DE LOS RESULTADOS DEL CUESTIONARIO POSTERIOR AL GRUPO FOCAL.

Una vez se desarrolló la sesión Grupo Focal, y por lo tanto con un conocimiento más exhaustivo del cuestionario PES-NWI por parte de los/las participantes, a la mayoría de expertos les parecieron menos importantes para los ambientes de práctica profesional enfermera (0, 1 ó 2 votos de 8 posibles) un total de 18 ítems, que fueron: 1, 3, 4, 5, 7 (nuevo), 12, 16, 17 (nuevo), 21, 22, 23, 24, 25 (nuevo), 27, 28 (nuevo), 29 y 30.

El ítem 10 (3 electores) aumentó el número tras la discusión grupal, por lo que se incluyó como posible para una selección del top ten del cuestionario.

Se mantuvieron 5 ítems (coincide el número de ítems) con alto consenso, pero el ítem 11 fue elegido por un experto menos (solo 4), y tras el grupo focal los elegidos fueron: 2, 14, 15, 20 y 31.

Los ítems con consenso aceptable (elegidos por 4 expertos), se redujeron a 4, que fueron los siguientes: 6, 11, 18 y 26.

4 ítems quedaron con dudoso consenso tras la sesión (elegidos por 3 expertos): ítems 8, 10, 13 y 19.

5. RE-SELECCIÓN DE EXPERTOS/AS DEL DÉCIMO ÍTEM PARA LA CONFORMACIÓN DEL TOP TEN.

Con posterioridad (3 meses) a la cumplimentación del cuestionario post-sesión, se remitió a los participantes el resumen resultados obtenidos, a los que se les expuso la necesidad de priorizar otro ítem, entre los 5 que habían obtenido bajo consenso (elegidos por solo 3 expertos/as), que eran los siguientes ítems: 3, 8, 10, 13 y 19.

Se les solicitó que, si lo consideraban pertinente, **eligieran un solo ítem de entre estos 5**, para valorar si se podía de nuevo conseguir otro consenso aceptable entre los/las participantes.

Por participante, las decisiones de cada experto fueron (n° ítem elegido):

EXP 1	EXP 2	EXP 3	EXP 4	EXP 5	EXP 6	EXP 7	EXP 8
19	19	13	13	10	8	13	19

Tabla 18: Elecciones de ítems en 3ª sesión, re-selección de ítem décimo.

Los resultados obtenidos de forma acumulada en esta última elección fueron los siguientes:

Nº ÍTEM	Nº ELECCIONES (frecuencia absoluta)	%
3	0	0
8	1	12,5
10	1	12,5
13	3	37,5
19	3	37,5
TOTAL	8	100

Tabla 19: Porcentajes de elección de ítems de 3ª ronda.

Podemos observar que hay una focalización entre los/las expertos/as en 2 ítems concretos:

- **El ítem nº 13** (Los cuidados de las enfermeras están basados en un modelo enfermero, más que en un modelo biomédico).

El comportamiento de este ítem evolucionó, desde 2 elecciones en la valoración PRE grupal, a 3 en la POST grupal, y se ha mantenido en la segunda intervención en 3 (37,5%), resultando en uno de los dos más elegidos.

- **El ítem nº 19** (Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada).

Este ítem ha sufrido un proceso distinto al del resto de los analizados en esta segunda intervención.

En la selección PRE grupo focal, resultó ser uno de los más elegidos (5 expertos/as con el 62,5% de las elecciones), disminuyendo el grado de consenso hasta ser elegido solo por 3 en la elección POST grupo focal (37,5%).

En segunda intervención, ha mantenido el número de elecciones para ser considerado factor fundamental, (3 expertos/as y el 37,5%), no mostrando variación.

No obstante, ha resultado ser, junto con el ítem 13, el más elegido.

Ítems 13 y 19, pues, son los ítems que en esta 2ª intervención más han destacado por encima del resto como importantes, pero ambos sin suficiente fortaleza según nuestro criterio.

Con respecto al resto de los ítems, la opinión de expertos/ ha sido la siguiente:

- **Ítem 3** (Existen muchas oportunidades para el desarrollo profesional del personal de Enfermería): ningún profesional ha creído que fuera fundamental en su influencia para mejorar los cuidados enfermeros.

En la elección PRE grupo focal, este ítem fue elegido por un solo experto (12,5% del total), y tras la discusión grupal (POST grupo focal), aumentó a 2 (25%).

Finalmente, queda eliminado del TOP TEN de elementos fundamentales, al no ser ítem de elección en segunda intervención.

- **Ítem 8** (Las enfermeras de plantilla tienen oportunidades para participar en las comisiones del centro, tales como la comisión de investigación, de ética, de infecciones...): Un solo profesional lo ha elegido como fundamental (12,5%).

Éste ítem en intervención PRE grupal obtuvo un 37,5 % de elecciones, 3 profesionales. Tras la discusión (POST grupo focal), mantuvo los resultados.

Pero tras ser sometido a segunda intervención, no reunió los requisitos que los/las expertos consideraron para elegirlo como elemento fundamental, reduciendo sensiblemente la tasa de elección. Se elimina de los prioritarios.

- **Ítem 10** (Se usan los diagnósticos enfermeros): Un solo profesional lo ha elegido como fundamental.

Inicialmente (PRE grupo focal), dos expertos/as consideraron conveniente incluirlo como elemento clave, lo que aumentó a tres (37,5%) tras el grupo focal.

Finalmente, en segunda intervención, ha resultado eliminado del grupo de factores clave, al reducir su elección por solo 1 profesional experto (12,5%)

Dado que el objetivo de esta segunda intervención era poder consensuar un solo ítem de entre los 5 que se les ofreció a los/las expertos/as, no se ha podido concluir un ítem en solitario.

Se consigue un consenso débil o DUDOSO en los ítems 13 y 19 (según los criterios marcados en la metodología), y esperamos al análisis de contenido, producto del grupo focal para poder confirmar si alguno de ellos correspondería con un factor esencial de los entornos para la práctica profesional en enfermería.

6. RESULTADOS FINALES FASE 1: ÍTEMS FUNDAMENTALES MEDIANTE TÉCNICA DE CONTAJE.

Por dimensiones del cuestionario, los resultados son los siguientes, en base al conteo de elecciones de cada experto/experta: proponemos **9 de los 10 ítems (TOP TEN)** que pretendemos consensuar, a partir de los 31 propuestos en el cuestionario PES-NWI (ver Tabla 20)

Además, consiguiendo un consenso débil entre 2 ítems (ambos de la Dimensión 2) que podrían completar el TOP TEN tras continuar con los procesos de análisis de datos cualitativos (Ver Tabla 21).

DIMENSIÓN	Nº ÍTEMS POR DIMENSIÓN	ÍTEMS
1	2	2.- Las enfermeras del centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo. 6.- Se puede desarrollar una carrera profesional o hay oportunidades de ascenso en la carrera clínica.
2	4	11.- Hay un programa activo de garantía y mejora calidad. 14.- La asignación de pacientes a cada enfermera existente favorece la continuidad de los cuidados (p. ej.: la misma enfermera cuida al paciente a lo largo del tiempo) 15.- Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes 18.- Se desarrollan programas de formación continuada para las enfermeras.
3	1	20.- La supervisora/coordinadora es una buena gestora y líder.
4	1	26.- Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad.
5	1	31.- La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración apropiada.

Tabla 20: Relación de ítems consensuados en primera fase (9 ítems) clasificados en dimensiones del cuestionario PES-NWI.

13.- Los cuidados de las enfermeras están basados en un modelo enfermero, más que en un modelo biomédico.

19.- Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada.

Tabla 21: ítems re-seleccionados en 3ª ronda de decisiones.

La discriminación entre estos 2 últimos ítems (13 o 19) se debatirá en la Fase 2 del estudio cualitativo, el análisis de contenido.

3.- FASE 2: ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS CONTENIDOS DE LA TRANSCRIPCIÓN DEL GRUPO FOCAL (TRANSCRIPCIÓN, Ver Anexo 14).

El método de análisis elegido sigue el itinerario estándar sugerido por la guía nVivo 10 (*Qsrinternational, 2014*), y que puede detallarse gráficamente del siguiente modo:

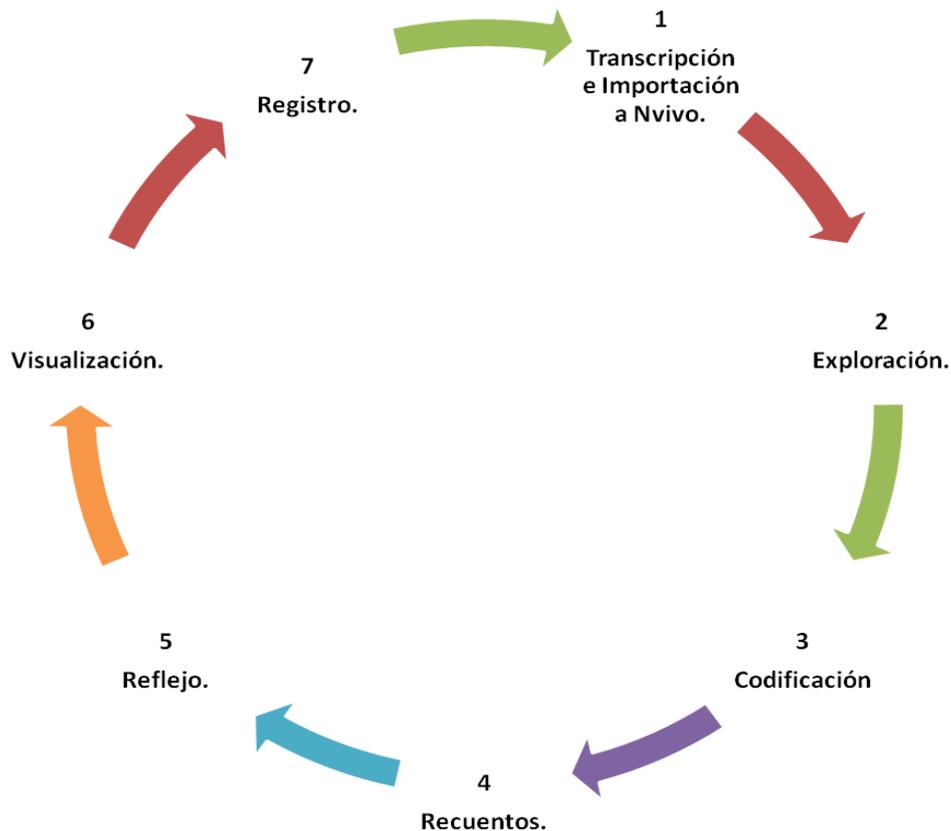


Figura 11: Etapas de análisis de contenido del grupo focal.

La descripción de cada una de estas etapas sería la siguiente:

1. Importar: Incorporar la transcripción de la entrevista al programa de análisis.
2. Explorar: revisión inicial de la transcripción.
3. Código (codificar): encontrar referencias significativas y crear “nodos” (unidades de significado).
4. Consulta: valorar cuántos participantes hablan de esos nodos.

5. Reflejar: trasladar la información de la entrevista al mismo nodo (todo lo relacionado con cada unidad de significado, se copiará de forma aditiva y conjuntamente).
6. Visualizar: Crear un árbol de palabras con los que los/las participantes describen cada nodo.
7. Redactar / registro: Registro de ideas y de expresiones clave, dispuestas en los nodos definidos, y sub-clasificados a nivel inferior en los ítems debatidos.

3.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

Las preguntas clave de investigación para la dirección de la interacción grupal fueron las siguientes (aplicadas a todos los ítems elegidos para discusión):

¿Cree usted que este ítem es fundamental para garantizar la excelencia del cuidado enfermero en su entorno de práctica profesional?

La pregunta de investigación lleva implícitas las siguientes:

1. ¿Cree usted que este ítem es fundamental para garantizar la excelencia del cuidado enfermero en su entorno de práctica profesional? (pregunta central)
2. ¿Cree usted que este ítem u otros pueden no ser relevante en la consecución de cuidados enfermeros de excelencia en su entorno de práctica profesional?
3. ¿Cree que este ítem puede tener gran relación con el otro/otros ítems que ya hemos debatido, o que vayamos a debatir posteriormente?

Se construyó una cuarta categoría de contenido tras el análisis de datos, por evidencia de contenido y opinión explícita en todos/as los/las expertos/as.

Ésta 4ª categoría se considera complementaria y no excluyente, siendo referencia únicamente para hacer constar 2 ítems que han generado dudas de contenido (ítems 3 y 6, desarrollo profesional y carrera profesional respectivamente):

4. ¿Es posible que este ítem genere dudas de comprensión en referencia a lo que pretende medir?

3.2. FLUJOS DE PARTICIPACIÓN.

En el conteo global, las participaciones personales fueron las siguientes:

<i>MODERADOR</i>	56
<i>EXPERTO 1</i>	23
<i>EXPERTO 2</i>	21
<i>EXPERTO 3</i>	26
<i>EXPERTO 4</i>	16
<i>EXPERTO 5</i>	17
<i>EXPERTO 6</i>	11
<i>EXPERTO 7</i>	28
<i>EXPERTO 8</i>	20

Tabla 22: Recuento de intervenciones de expertos/as en Grupo Focal.

No se han contabilizado las participaciones generales en las que todo el grupo asiente, niega o no hay respuesta a una propuesta del moderador. Sin embargo, estas

participaciones SÍ se han incluido como elemento de contenido, puesto que asentir o negar supone estar de acuerdo o en contra con una determinada opinión, pudiendo ser claves para el análisis del contenido.

Exceptuando al moderador, el total de las intervenciones de los/las participantes ha sido de 162, con una media de entre 20 y 21 intervenciones por participante.

Este dato aporta información referente a la existencia de, en especial, 2 participantes que han liderado ligeramente la participación, y por ello, la exposición de opinión.

3.3. CODIFICACIÓN: CREACIÓN DE CATEGORÍAS DE CONTENIDO.

El proceso de codificación consistirá en reunir toda la información sobre un mismo tema y asignarle un nombre que constituirá el nodo.

Posteriormente, se buscarán patrones en el estudio de cada nodo.

Se estructura el análisis en 4 categorías de información, derivadas de las 4 preguntas implícitas en el estudio (4ª incluida a posteriori), dando formato a la CODIFICACIÓN POR CATEGORÍAS (NODOS, Ver Figura 12).



Figura 12: Nodos de información (categorías de contenido).

El proceso de análisis ha comenzado con la codificación en las 4 categorías de contenido conocidas (NODOS), a las que se ha etiquetado de forma breve:

1. ÍTEMS NO RELEVANTES.

¿Cree usted que este ítem u otros pueden no ser relevante en la consecución de cuidados enfermeros de excelencia en su entorno de práctica profesional?

2. ÍTEMS RELEVANTES.

¿Cree usted que este ítem es fundamental para garantizar la excelencia del cuidado enfermero en su entorno de práctica profesional?

3. ÍTEMS RELACIONADOS CON OTROS.

¿Cree que este ítem puede tener gran relación con el ítem X que ya hemos debatido, o que vayamos a debatir posteriormente?

4. ÍTEMS QUE PUEDEN GENERAR CONFUSIÓN EN SU COMPRENSIÓN.

¿Es posible que este ítem genere dudas de comprensión en referencia a lo que pretende medir?

3.4. ANÁLISIS DE PALABRAS CLAVE

Se ha pretendido, con el análisis de palabras clave, relacionar determinados conceptos que pueden ser significativos para el proceso de selección de ítems claves. Dicho proceso de análisis se llevó a cabo sobre el documento global de las verbalizaciones de los/las expertos/as, seleccionado previamente para su uso y trabajo con el software.

En el proceso de búsqueda de palabras clave dentro del texto, la selección de conceptos elegidos han sido los siguientes, planteando coincidencias EXACTAS (las consideramos sinónimos a efectos de relevancia del ítem):

1. **IMPORTANTE:** El total de resultados compatibles con nuestra propuesta ha sido de 73 referencias encontradas, con una cobertura del 1,70%.
2. **FUNDAMENTAL:** El total de resultados compatibles con nuestra propuesta ha sido de 16 referencias encontradas, con una cobertura del 0,40%.
3. **RELEVANTE:** El total de resultados compatibles con nuestra propuesta ha sido de 3 referencias encontradas, con una cobertura del 0,06%.
4. **IMPRESINDIBLE:** El total de resultados compatibles con nuestra propuesta ha sido de 4 referencias encontradas, con una cobertura del 0,13%.

Se pueden consultar los árboles gráficos de palabras clave relacionadas con el contexto en el Anexo 15.

3.5. CONSULTA DE FRECUENCIA DE PALABRAS.

Para ello se programó la consulta hasta un máximo de 1000 palabras distintas, con un mínimo de 5 caracteres (para evitar artículos, preposiciones de uso frecuente, etc.), y la búsqueda se aplicó al documento general importado.

Se consideró apropiado limitarlo a las 25 palabras más citadas en el texto, para concentrar el trabajo de investigación en los conceptos más notorios.

Resultados obtenidos (ponderados gráficamente):



Figura 13: Mapa gráfico de frecuencia de palabras en análisis de grupo focal.

Entre estas 25 primeras palabras por frecuencia, hemos destacado aquellas que se corresponden claramente con el objetivo de esta parte del estudio, y que tienen relación con la priorización y significado de la excelencia del cuidado y la actividad desarrollada para priorizar ítems.

Palabra	Conteo	Porcentaje ponderado (%)
enfermeras	46	0,68
grupo	41	0,60
importante	41	0,60
ítems	37	0,55
cuidados	34	0,50
dimensión	27	0,40
expertos	25	0,37
debate	23	0,34
relación	22	0,32
forma	21	0,31
calidad	20	0,29
enfermeros	20	0,29
entre	20	0,29
porque	19	0,28
gestores	18	0,27
parece	18	0,27
contenido	17	0,25
cuidado	17	0,25
consenso	16	0,24
decisiones	16	0,24
fundamental	16	0,24
modelo	16	0,24
plantilla	16	0,24
profesional	16	0,24
asuntos	15	0,22

Tabla 23: Análisis de frecuencias de palabras más frecuentes.

3.6. SELECCIÓN DE EXPRESIONES DE LOS/LAS PARTICIPANTES Y ASIGNACIÓN A CADA UNO DE LOS NODOS (CLASIFICACIÓN). ANÁLISIS GLOBAL.

Esta fase ha producido 3 documentos de texto completos, en los que cada una de las manifestaciones individuales o grupales han sido remarcadas, seleccionadas y asignadas a cada NODO (Ver Figura 14. Ver Anexo 11, DE NODOS Y CONTENIDOS DEL NODO)

Los resultados que podemos aportar es la siguiente:

RESULTADOS FASE 2 CITAS POR NODO. ANÁLISIS DE TRANSCRIPCIÓN.



Figura 14: Referencias relacionadas con los nodos de información.

CATEGORÍA 1: ÍTEMS NO RELEVANTES.

ANÁLISIS DE CONTENIDO.

Para ello se expresó del siguiente modo:

“Los ítems que nadie ha elegido, ¿creéis interesante debatirlos, o pensáis que si NADIE (se enfatiza el nadie) de los 8 expertos los ha elegido, **es porque no son elementos ESENCIALES (se enfatiza)** dentro de los ambientes de práctica profesional?”

La respuesta obtenida por parte de los/las componentes del grupo fue la siguiente:

- Los participantes reflexionan (silencio, tiempo, indicado por colaboradora externa) y verbalizan que “...si nadie los ha elegido, es porque parecen menos importantes que otros” (GRUPO COMPLETO).
- Se propone que “...en todo caso **podemos dejarlos para el final, si no se consensuan el resto de ítems**, que podríamos discutir el porqué no se han elegido, que podría ser interesante”.
- “...Centrarse en el resto y después discutirlo puede enriquecer el debate...”.

Se acuerda (el propio grupo) que si hay tiempo (sesión programada para dos horas) se abordará.

RESULTADO: Los ítems inicialmente descartados por el grupo focal han sido 7, los ítems **16, 21, 22, 23, 24, 27 y 30**.

Los contenidos analizados concuerdan con los resultados descriptivos del contaje realizados en la fase 1 cualitativa.

A continuación se exponen los resultados de ítems descartados inicialmente, como respuesta a la primera pregunta de investigación (ver Tabla 24):

DIMENSIÓN	Nº ÍTEM	DESCRIPCIÓN ÍTEM
2 Fundamento enfermero de la calidad de los cuidados.	16	Existe un plan de cuidados estricto y actualizado para cada paciente.
3 Capacidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores enfermeros.	21	La supervisora/coordinadora respalda a la plantilla en sus decisiones, incluso si el conflicto es con personal médico.
3 Capacidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores enfermeros.	22	La supervisora/coordinadora utiliza los errores como oportunidades de aprendizaje y mejora, no como crítica.
3 Capacidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores enfermeros.	23	La supervisora/coordinadora es comprensiva y asesora y da apoyo a las enfermeras.
3 Capacidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores enfermeros.	24	Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho.
4 Dimensión de la plantilla y adecuación de los recursos humanos.	27	Los servicios de apoyo (celadores, administrativos...) son adecuados y facilitan estar más tiempo con los pacientes.
5 Relaciones entre médicos y enfermeras	30	Entre los médicos y las enfermeras se dan buenas relaciones de trabajo.

Tabla 24: Ítems directamente descartados por decisión de expertos/as.

CATEGORÍA 2 Y CATEGORÍA 3:

Las CATEGORÍAS 2 y 3 de información se abordan de forma conjunta, ya que a lo largo del desarrollo del grupo focal han ido apareciendo comentarios y propuestas de semejanza en el referente del ítem, así lo han entendido los/las expertos/as consultados.

En este apartado, se plantea la revisión de los contenidos y su análisis posterior de forma estructurada por Dimensiones naturales del cuestionario PES-NWI.

Se pueden consultar los extractos del grupo focal, consecuencia del análisis de contenido en el Anexo 16.

- **DIMENSIÓN 1: PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LOS ASUNTOS DEL CENTRO.**

Ítem 1: “Las enfermeras de plantilla están formalmente involucradas en los asuntos de gestión, juntas y órganos de decisión”.

Genera un escaso debate, porque degeneró rápidamente en una posible relación de contenido con el ítem 2 (Las enfermeras del centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo).

Estas opiniones pasaron a crear la **CATEGORÍA 3** (tiene relación con otro ítem), al ser esta última propuesta una reflexión sobre las decisiones políticas que se toman, las que se toman a otro nivel y no en juntas ni en órganos de decisión.

Se estimó de forma mayoritaria que los ítems 1 y 2 tienen gran relación, y que es posible que hubiera que priorizar entre uno de ellos dos.

Se priorizó por ello el ítem 2 frente al 1, considerando los/las expertos/as que tenían gran relación pero que es más importante el 2 al ser las decisiones políticas las que más pueden contribuir a mejorar el cuidado.

Ítem 3: “Existen muchas oportunidades para el desarrollo profesional del personal de enfermería”.

Anticipamos que ha generado gran controversia, al no tener (los expertos/as) absolutamente clara la diferencia de su contenido con el contenido del **ítem 6 (Se puede desarrollar una carrera profesional o hay oportunidades de ascenso en la carrera clínica)**.

Por ello, los ítems 3 y 6 entran a formar parte de la **CATEGORÍA 3 DE CONTENIDO**, puesto que los/las expertos/as han considerado que tienen gran

relación, aún asumiendo que no significan lo mismo pero sí forman parte de la misma dimensión.

Consideran que ambos pueden ser importantes, pero que se debería delimitar mejor cuál es el contenido de cada uno de ellos en el enunciado del ítem (**CATEGORÍA 4**).

Se eligió la posibilidad de desarrollar una carrera clínica, por delante del desarrollo profesional, si bien todo el grupo insiste en que es un factor confusional y debería especificarse más claramente a qué se refiere cada una de ellas.

Ítem 4: “La dirección escucha y da respuesta a los asuntos de sus enfermeras”.

De forma general se ha entendido como un ítem DE CATEGORÍA 2, al encontrar relación directa con el **ítem 5 (EL/La director de enfermería es accesible y fácilmente “visible”)**.

Se da la paradoja de que es una categoría de contenido que relaciona a estos dos ítems anteriores (el 4 y el 5) tienen clara relación de contenido con el **ítem 7 (Los gestores enfermeros consultan con las enfermeras los problemas y modos de hacer del día a día)**.

A continuación, los ítems 4, 5 y 7 se ligaron con el **ítem 20 (La supervisora es una buena gestora y líder)**, aunque se trata de una dimensión distinta que representa a actores distintos en el mapa laboral (coordinadora y supervisora frente a gestores/as).

En concreto el ítem 5 quedó rápidamente diluido en este debate (ver cortes del ítem 5)

Ha habido coincidencias grupales referentes a la escasa idoneidad de la expresión “LOS ASUNTOS”. Hubo un extenso debate en éste ítem 4, que creció **al relacionarlo con los ítems 5 y 7, y obtener referencias a la DIMENSIÓN 3 y más concretamente el ítem 20**.

Sobre el ítem 5, escasas aportaciones, posiblemente por la afirmación del moderador en respuesta a las reflexiones del grupo, lanzada en forma de hipótesis, y que pasamos a ofrecer junto con el ítem 7, derivando finalmente en el 20.

Se ha valorado con cierta confusión los ítems 4, 5 y 7, y **no ha habido claridad ni unanimidad en la decisión de priorizar ningún ítem.**

El ítem 8: “Las enfermeras de plantilla tienen oportunidades en participar en las comisiones del centro (investigación, infecciones...)”.

Este ítem fue debatido de forma breve porque los/las expertos consideraron que simplemente era básico, importante. Hubo unanimidad en ello, pero en la priorización consideraron que no era prioritario, únicamente 3 expertos/as lo eligieron en primera instancia (pre), pero tras el debate se redujo su priorización a un solo experto/a.

Como elemento de reflexión, aportamos que se citó que **podría tener relación con los ítems 1 y 2** (ampliamente debatidos para acabar seleccionando el 2) si bien los/las participantes asumían que tratándose de la misma dimensión, puede no tener el mismo fondo de contenido.

Ítem 9: “Los directivos enfermeros están al mismo nivel de poder y autoridad que el resto de directivos del centro”.

El ítem por contaje no recibió excesivas elecciones, si bien ha generado un debate con gran contenido. En general, se aprecia como un ítem importante, a pesar de que se entiende que el problema es que podemos alcanzar el mismo grado de poder jerárquico, aunque los gestores y directivos no ostentan ni el liderazgo, ni el conocimiento de filosofía enfermera y del cuidado.

- **DIMENSIÓN 2: FUNDAMENTO ENFERMERO DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS.**

Ítem 10: “Se usan los diagnósticos enfermeros”. Fue un ítem de debate rápido y corto, dado que los/las expertos/as se pronunciaron de forma breve a favor o en contra de su uso, y su relación con la calidad. Las explicaciones fueron claras, y en general, se rechaza como ítem clave para la excelencia del cuidado.

No obstante, y a pesar que de forma mayoritaria en la interacción grupal se manifestaron en contra de su importancia, en el conteo aumentó su elección de 2 (pre-grupo focal) a 3 (Post).

Ítem 11: “Hay un programa activo de garantía y mejora de calidad”.

El debate de este ítem generó una sensación de unanimidad inicial, por el que el grupo transmite la sensación de que nos encontramos ante un ítem de notable importancia.

El debate fue muy breve, porque los/las expertos/as no dudaron excesivamente en considerarlo muy importante, a pesar de que algunos/as no se pronunciaron al respecto. Fue significativo que hicieron constar su opinión aquellos que no lo habían priorizado, opiniones que registramos en la tabla de este ítem. Estas opiniones iban en el sentido de refuerzo de la importancia de considerarlo esencial.

En el análisis de conteos, en todo momento generó al menos con la mitad de las decisiones de considerarlo como prioritario, tanto a nivel pre-grupo focal (62,5% de expertos lo consideraron fundamental) como post-focal (50%).

Ha generado un consenso importante como ítem fundamental, tanto en conteo como en análisis de contenido.

Ítem 12: “Existe un programa de acogida y tutelaje de enfermeras de nuevo ingreso”.

Este ítem tampoco fue debatido en exceso al apoyar el grupo de forma general que no era importante, en el momento en que un experto propuso que puede ser importante, pero no fundamental.

De hecho, hubo exposición de motivaciones para elegirlo entre 2 profesionales, que coincide con las elecciones para ítem fundamental tanto pre como post-grupo focal.

Sin embargo también hubo explicitaciones claras en contra de elegirlo como fundamental.

Ítem 13: “Los cuidados de las enfermeras están basados en un modelo enfermero, más que en un modelos biomédico”.

El análisis de contenidos del ítem nº 13 se convierte en prioritario, ya que es uno de los 2 ítems que generó consenso dudoso en el análisis descriptivo de la selección de expertos/as (conteo de resultados).

El ítem es: “Los cuidados de las enfermeras están basados en modelos enfermeros, más que en modelos médicos”.

Éste ítem obtuvo en la fase pre-grupo focal un resultado de 4 elecciones (50% de expertos/as), porcentaje que disminuyó a 3 elecciones (37,5%) tras desarrollar el grupo focal y ver, por lo tanto, reducido su importancia para los/las componentes del grupo.

Según los criterios de consenso establecido, pasó pues de obtener un consenso aceptable a un consenso débil o dudoso.

En la interacción grupal se divide el grupo en 2 posturas, las que están a favor del ítem como prioritario para mejorar el cuidado, y los que no creen que sea importante.

Podemos observar posiciones opuestas que refuerzan los resultados obtenidos en la fase 1 del proyecto cualitativo, al encontrar 4 manifestaciones a favor del ítem y 3 en contra del ítem.

La octava opinión restante da pie a introducir la CATEGORÍA 3 DE INFORMACIÓN, (¿Cree que este ítem puede tener gran relación con el **ítem 15** que vamos a debatir posteriormente? - **“Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes”**-).

Esta afirmación resulta clave para desechar el ítem como fundamental, dado que enfrenta los conceptos de modelo y filosofía.

Las afirmaciones generaron la desviación del grupo hacia la elección del ítem 15, como prioritario por delante del 13.

Por lo tanto, y para resumir el ítem 13, generó mucha controversia que parece eliminarse si se prioriza el ítem 15 por delante del 13. Es conveniente recordar que en la segunda elección de ítems post-grupo focal, el ítem 15 fue seleccionado por la totalidad de los/las expertos/as (8), que representan el 100 del grupo.

Por ello, y a falta del análisis del resto de ítems, consideramos que **EL ÍTEM 13 NO GENERA EL SUFICIENTE CONSENSO** para ser incluido en un listado de ítems fundamentales TOP TEN.

Ítem 14: “La asignación de pacientes a cada enfermera existente favorece la continuidad de los cuidados (ej: la misma enfermera cuida al paciente a lo largo del tiempo).

Éste ha sido un ítem que ha generado gran unanimidad y escaso debate, en lo referente a atención primaria de salud, dado que el diseño del trabajo enfermero hace que se trabaje con cupos o asignaciones de pacientes, y menos por tareas.

De forma mayoritaria y el resto del grupo lo apoya, han hecho notorio que tal vez no fuera un ítem importante sino un requisito para poder desarrollar cuidados de excelencia. Si no está presente, es complicado poder hacerlo porque no habrá personalización.

Las afirmaciones refuerzan los resultados del contaje que han permitido observar que de forma previa al debate grupal, el 50% de los/las expertos/as lo habían elegido, porcentaje que aumento al 62,5% tras el debate (5 de 8 miembros lo consideraron requisito).

Es por lo tanto, un **ítem que se selecciona como fundamental y esencial**, en la medida en que si la organización del trabajo no es por asignación de enfermera, no será posible conseguir dicha excelencia.

Ítem 15: “Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes”

Ha generado un **CONTENIDO DE INFORMACIÓN DE CATEGORÍA 3**, al haberse debatido junto con el ítem 13, forzando una relación propia que el grupo así entendía y que generó el debate entre si lo importante para la excelencia del cuidado era trabajar con un modelo enfermero, o con una filosofía enfermera.

Ya se ha elegido este ítem como fundamental, al entender que es preferible una filosofía común enfermera, antes que un modelo enfermero” (explicitado junto al ítem 13).

Ítem 17: “Los gestores del centro se preocupan de que los enfermeros proporcionen cuidados de alta calidad”.

Éste ítem genera un debate poco resaltable, al considerar los expertos/as que es un ítem que siendo importante, perfectamente y pese a formar parte de otra dimensión, está directamente relacionado con el ítem 20, SIENDO ASIGNADO POR LO TANTO A

UNA CATEGORÍA DE CONTENIDO 3. La justificación viene razonada en que si los gestores se preocupan de que las enfermeras presten cuidados de calidad, eso se transmitirá a través de sus coordinadoras / supervisoras, lo cuál hace que pueda quedar incluida en cuanto a contenido con el ítem 20.

También se propone que pudiera tener relación con el ítem 11, dado que si los gestores prestan cuidados de calidad, ese acto de seguimiento y atención se verá incluido en el plan de calidad, que ya fue elegido como ÍTEM FUNDAMENTAL.

Como conclusión, no genera unanimidad final; de forma mayoritaria se acepta que puede formar parte o puede ceder su importancia ante otros ítems como el 20 o el 11, y relacionando el contenido de lo expuesto con el contaje previo y posterior, observamos como inicialmente la mitad del grupo lo prioriza como importante, pero tras el debate solo 2 expertos/as han considerado conveniente seguir opinando que es fundamental.

Ítem 18: “Se desarrollan programas de atención continuada para las enfermeras”.

También fue un ítem que generó nula discusión, al afirmar la casi totalidad de los expertos/as participantes que lo consideran muy importante, y cuatro de ellos/as hacen público que lo han priorizado.

El resto de participantes dice que no lo ha priorizado, pero que en su listado personal de selección sería el ítem 11, y por lo tanto reconocen la importancia intrínseca que tiene para que los cuidados de enfermería sean excelentes.

Las expresiones en general han sido unánimes, del tipo “...es muy importante...” y “...yo lo prioricé...)

En relación con el contaje de elecciones, permaneció inalterable a nivel pre y post grupo focal, pudiendo ser llamativo que a pesar de que el grupo dejó bien claro que es un ítem especialmente importante y no generó debate porque así lo entendían casi todos/as, no hubo un aumento de las elecciones como ítem esencial, siendo el 50% de las elecciones tanto pre como post-grupal (4 expertos/as lo seleccionaron).

Basándonos en los datos del contaje (consenso aceptable) y la claridad que han mostrado los/las participantes en el debate, se SELECCIONA EL ÍTEM 18 COMO ESENCIAL PARA LA EXCELENCIA DEL CUIDADO.

Ítem 19: “Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada (para la calidad final)”

El análisis del ítem 19 también es importante, dado que el ítem 13 ya analizado no generó el consenso suficiente para poder ser componente del Top Ten.

La valoración que los componentes del grupo aportan pueden considerarse claves:

El resto de compañeros/as asintieron claramente a estas manifestaciones de otros miembros (verbalizando “sí, sí, sí”).

Solo se obtuvieron 2 manifestaciones que podían poner en duda la idoneidad de este ítem 19 como prioritario, y que fueron enunciadas por una misma participante:

Podemos concluir que el ítem 19 ha obtenido un alto nivel de consenso, al conseguir manifestaciones explícitas de ítem prioritario de 5 componentes, con otras 2 que apoyan la decisión, y solo un participante que no se manifiesta en contra, pero sí lo considera algo utópico o poco creíble.

En relación con la fase 1 de selección de ítems, esta conclusión parcial refuerza los resultados obtenidos en la selección pre-grupo focal, ya que obtiene el mismo número de participantes a favor de considerarlo un ítem prioritario (5, 62,5% del total).

Resulta interesante como en la selección de ítems post-grupo focal el resultado suponga una disminución de elecciones (3), cuando el contenido determina que hay un buen consenso al respecto (consenso aceptable si valoramos las manifestaciones explícitas de los participantes, y alto si consideramos el respaldo del resto del grupo -supondría 7 elecciones-).

La opinión clave resultó ser la siguiente:

“... a mí no me parece que sea un ítem tan sencillo... en el momento actual hablamos de enfermeras de práctica avanzada y de las especialidades... yo sí seleccioné este ítem... la gestión por competencias me parece básica, es clave, y si hablamos de competencias, hay que hablar de competencias básicas, de clínica avanzada, de especialistas... a mí sí me parece importante...”

...dado que fue la que provocó el apoyo grupal de forma explícita.

- **DIMENSIÓN 3: CAPACIDAD, LIDERAZGO Y APOYO A LAS ENFERMERAS POR PARTE DE LOS GESTORES ENFERMEROS.**

Esta dimensión había sido comenzada a debatir dentro de la dimensión 1, al considerar que podía existir relación entre la dimensión de gestión y asuntos del centro, con la de liderazgo de los gestores (ítems 4 y 5).

El aporte más significativo al respecto de la posible relación entre los ítems citados de la dimensión 1, y el actual 20 es el siguiente:

Dado que el ítem 20 ha sido elegido por unanimidad directa del 100% de los expertos/as, se asigna a una **CATEGORÍA DE CONTENIDO 3**. En relación con el ítem 20, a pesar de formar parte de la DIMENSIÓN 3, se expone aquí ya que el discurrir natural del debate así lo ha presentado:

Puesto que ha habido unanimidad entre expertos/as en aceptar el ítem 20 como prioritario, se procede a prescindir de los ítems restantes de la dimensión 3, al considerar que el ítem 20 engloba todos los contenidos de los ítems 21, 22, 23 y 24.

21.- La supervisora/coordinadora respalda a la plantilla en sus decisiones, incluso si el conflicto es con personal médico.

22.- La supervisora/coordinadora utiliza los errores como oportunidades de aprendizaje y mejora, no como crítica.

23.- La supervisora/coordinadora es comprensiva y asesora y da apoyo a las enfermeras.

24.- Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho.

Éste último había sido descartado de inicio, al no ser considerado relevante por ningún experto/a.

Quedan pues eliminados de la jerarquización de ítems fundamentales por consenso máximo.

También, y como hemos expresado anteriormente en el ítem 17 (“Los gestores del centro se preocupan de que los enfermeros proporcionen cuidados de alta calidad”), éste ítem 20 podría relacionarse con él 17, ya que los buenos coordinadores son extensión de los gestores y si se preocupan de la calidad del cuidado, serán buenos líderes.

17.- “Los gestores del centro se preocupan de que los enfermeros proporcionen cuidados de alta calidad”

Se consensua por unanimidad que si la coordinadora es una buena gestora y líder, significa que reúne todos los condicionantes de los ítems 17, 21, 22, 23 y 24, asumiendo que el ítem 17 pertenece a una dimensión diferente.

- **DIMENSIÓN 4: DIMENSIÓN DE LA PLANTILLA Y ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS.**

La presente dimensión se planteó para el debate con el mismo criterio de análisis que el resto, es decir, ítem por ítem a excepción de los que ningún experto/a, o solo uno/a, habían considerado prioritarios o importantes.

La interacción grupal en su desarrollo alteró este planteamiento al abordar el debate de la dimensión de forma conjunta, generando un enriquecedor diálogo que no respondía al formato anterior pero que es considerado totalmente aceptable y válido por los investigadores.

El planteamiento cambia en concreto al tener lugar la primera intervención de un experto, ante la pregunta del moderador ¿Cuánto influye este ítem para la calidad del cuidado? Y siempre aceptando que es una dimensión “corta” (4 ítems, de los cuáles 1 de ellos había sido excluido para su análisis y discusión, el 27).

Si en la primera intervención ya se habían relacionado los ítems 25 y 26, es en la 6ª intervención de expertos cuando ya se introduce también el ítem 28.

Los enunciados de los ítems son los siguientes:

Ítem 25: “Hay suficiente plantilla de empleados en general para realizar el trabajo”.

Ítem 26.- Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad.

Ítem 28.- Hay tiempo suficiente y oportunidad para discutir los problemas de cuidados con las otras enfermeras.

En el análisis de esta dimensión, de forma global, podemos observar que no ha habido una claridad o uniformidad de elección. Se realizan diversas reflexiones que aportan un sentido lógico: Si consideramos fundamental que precisamos suficientes enfermeras y plantilla para que el cuidado sea óptimo, obvio que ello permitirá discutir entre enfermeras los problemas de cuidados. Al mismo tiempo, si priorizamos que es necesaria y fundamental que las enfermeras discutan entre sí los problemas de cuidados, ello puede suponer que si se hace es porque hay suficiente plantilla de enfermeras.

Las referencias se centran más en la importancia de los recursos de enfermería, priorizándolo frente a otras opciones (plantilla general, médicos, personal auxiliar-administrativo... pero también que se consulten problemas entre compañeros.

Entramos pues en una elección difusa y ambigua, que sugería la importancia de la plantilla de enfermeras, pero que nos obligó a revisar los datos de contaje para poder tomar una decisión en lo referente al consenso.

Básicamente, la discusión ha ido dirigida a los ítems 26 y 28, quedando excluido el ítem número 27 al no centrar el objeto de debate de los/las participantes.

En los conteos el proceso ha resultado similar al anterior: en elección pre-grupo focal, solo 3 expertos/as eligieron el ítem 26, mientras que fueron 4 los/las que eligieron el 28. En cambio, hubo una transformación post-grupal por lo cual las cifras se invirtieron y solo 2 expertos/as eligieron el ítem 28, mientras que pasaron a ser 4 los/las que eligieron el grupo 26.

Por ello, finalmente, y basándonos en los datos del análisis de contenido, **se decide elegir el ítem 26 COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL DE LOS AMBIENTES PROFESIONALES ENFERMEROS, que consigue un consenso aceptable** por contaje y que se ve respaldado por las intervenciones y opiniones de los expertos/as.

- **DIMENSIÓN 5: RELACIONES ENTRE MÉDICOS Y ENFERMERAS.**

Esta dimensión ha seguido un proceso similar al anterior, pero de forma simplificada, ya que únicamente está compuesto por 3 ítems (29, 30 y 31), si bien el ítem número 30 fue eliminado en primera instancia por no ser elegido por NINGÚN/A experto /a.

ÍTEM 29: “Se realiza mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras”.

ÍTEM 30: “Entre los médicos y las enfermeras se dan buenas relaciones de trabajo”. (Este ítem no se ha discutido al ser eliminado).

ÍTEM 31: “La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración apropiada”.

Por lo tanto, se discutió la importancia en sí de la dimensión (es decir, si era fundamental algún ítem del cuestionario correspondiente a la dimensión 5), y si ello era así, cuál de los 2 ítems seleccionados a priori (29 ó 31) podría formar parte de los 10 factores esenciales para los ambientes de práctica profesional. O, por qué no, si los 2 ítems podrían merecer formar parte de los 10 esenciales.

El debate, análisis y discusión fue breve dado que los/las participantes no discreparon de forma radical en sus planteamientos y opiniones.

Además, la referencia a los datos de conteo ha mostrado resultados muy concluyentes, al conseguir el ítem 31 un consenso elevado (75% de los/las expertos lo eligió tras la discusión grupal), teniendo cero elecciones el ítem 29 tras la discusión grupal.

Ya en la priorización de ítems previa a la sesión grupal, el ítem 29 únicamente contaba con 2 elecciones, mientras que el ítem 31 ya conseguía un consenso aceptable con 4 elecciones, que aumentó a 6 como ya dijimos, tras la discusión grupal.

Ha habido unanimidad en priorizar el ítem 31 para la elección de factores clave.

1.4. RESULTADOS GLOBALES DE LA FASE CUALITATIVA:

Tras el análisis de resultados globales (fase 1 y fase 2), podemos proponer el TOP TEN de los elementos más importantes que configuran los entornos para la práctica profesional en enfermería, para 8 expertos/as en APS, y que sería el siguiente:

DIMENSIÓN	Nº ÍTEMS ELEGIDOS POR DIMENSIÓN	ÍTEMS
1 PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN ASUNTOS DEL CENTRO.	2	2.- Las enfermeras del centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo. 6.- Se puede desarrollar una carrera profesional o hay oportunidades de ascenso en la carrera clínica.
2 FUNDAMENTO ENFERMERO DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS.	5	11.- Hay un programa activo de garantía y mejora calidad. 14.- La asignación de pacientes a cada enfermera existente favorece la continuidad de los cuidados (p. ej.: la misma enfermera cuida al paciente a lo largo del tiempo) 15.- Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes 18.- Se desarrollan programas de formación continuada para las enfermeras. 19.- Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada.
3 CAPACIDAD, LIDERAZGO Y APOYO A LAS ENFERMERAS POR LOS GESTORES	1	20.- La supervisora/coordinadora es una buena gestora y líder.
4 DIMENSIÓN DE LA PLANTILLA Y ADECUACIÓN DE RRHH	1	26.- Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad.
5 RELACIÓN ENTRE MÉDICOS Y ENFERMERAS.	1	31.- La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración apropiada.

Tabla 25: Relación de 10 ítems fundamentales del cuestionario PES-NWI (según expertos).

2.- RESULTADOS FASE CUANTITATIVA

2.1.RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DESCRIPTIVOS.

2.2.RESULTADOS ANALÍTICOS: CONTRASTES.

2.3.ANÁLISIS FACTORIAL.

2.4.ANÁLISIS FACTORIAL DE ELEMENTOS ESENCIALES.

2.1.- RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DESCRIPTIVOS.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

En cuanto a las cifras globales, solo el 16,7% de los participantes tienen 30 años o menos, siendo los dos grupos con mayor frecuencia de edad los comprendidos entre 31 y 40 años (el más numeroso, 33,1%) y de 51 a 60 años (30,1%). El 64,7% son mujeres. En cuanto al nivel de estudios, el 79,6% es diplomado en enfermería. El 75,5% tiene más de 5 años de experiencia exclusivamente en APS, siendo el 44,6% los que tienen más de 10 años de experiencia. Sólo el 10,4% ejercen cargos de coordinación o gestión. El 44,6% son enfermeras que trabajan en un departamento de salud de gestión pública, mientras que el resto (55,4%) trabajan en un departamento de salud de gestión privada.

Por departamentos, podemos exponer que:

1.- Departamento de Elx-Vinalopó (Modelo de gestión privado):

El grupo de edad con más componentes es el de ≤ 30 años (32,4%). El segundo en frecuencia, el de 31 a 40 años (26,8%). Lo que significa que el 59,2% de las enfermeras del departamento tienen 40 años o menos. El 62% son mujeres. El 70,4% tiene título de diplomado en enfermería. El 69% tiene 5 o más años de experiencia, siendo el 33,8% los que tienen más de 10 años de experiencia. El 5,6 % ejerce cargos de coordinación/gestión.

2.- Departamento de Torre Vieja (Modelo de gestión privado):

En el Departamento de Torre Vieja destaca el grupo de edad entre 31 y 40 años con un 60,3% de las enfermeras, que junto con el 15,4% de 30 o menos años, hace que el 65,7 de las enfermeras tengan 40 años o menos. El 67,9% son mujeres. El 92,3% con título de diplomatura. En cuanto a los años de experiencia profesional, el 76,9% tiene 5 o más años, siendo el 35,9 los que tienen 10 o más años de experiencia. El 15,4% desempeñan cargos de coordinación/gestión.

3.- Departamento de Xàtiva / Ontinyen(Modelo de gestión público):

En este Departamento, el 50% de las enfermeras son > 50 años, siendo el 64,2% mujeres. El 76,7% son diplomadas en enfermería. El 78,4% tiene 5 o más años de experiencia, siendo el 56,7% los que tienen más de 10 años de experiencia. El 10 % ejerce cargos de coordinación/gestión.

DATOS DESCRIPTIVOS DERIVADOS DEL CUESTIONARIO PES-NWI.

Resultados globales (todos los Departamentos de Salud).

La media de los resultados totales por Departamento de salud son las siguientes (Tabla 26):

	ELX- VINALOPÓ Me/ DE	TORREVIEJA Me/ DE	XÀTIVA / ONTINYENT Me/ DE	MEDIA GLOBAL Me/ DE
PUNTUACIÓN TOTAL PES-NWI	88.6 ±16,8	90.7 ± 15,6	82,2 ± 19,4	86,4 ± 17,3

Tabla 26: Puntuaciones totales obtenidas con PES-NWI.

Podemos observar que la puntuación más elevada, que se corresponde con mejores entornos profesionales para la práctica de cuidados de calidad, ha correspondido al Departamento de Torrevieja, a continuación el departamento de Elx-Vinalopó con 2,1 puntos menos, y en tercer lugar el Departamento de Xàtiva/Ontinyent, a 8,5 puntos del primero (Recordaremos que la puntuación máxima de la escala ese de 124 puntos).

En la siguiente imagen vemos las puntuaciones medias finales por departamento (Ver Figura 15):

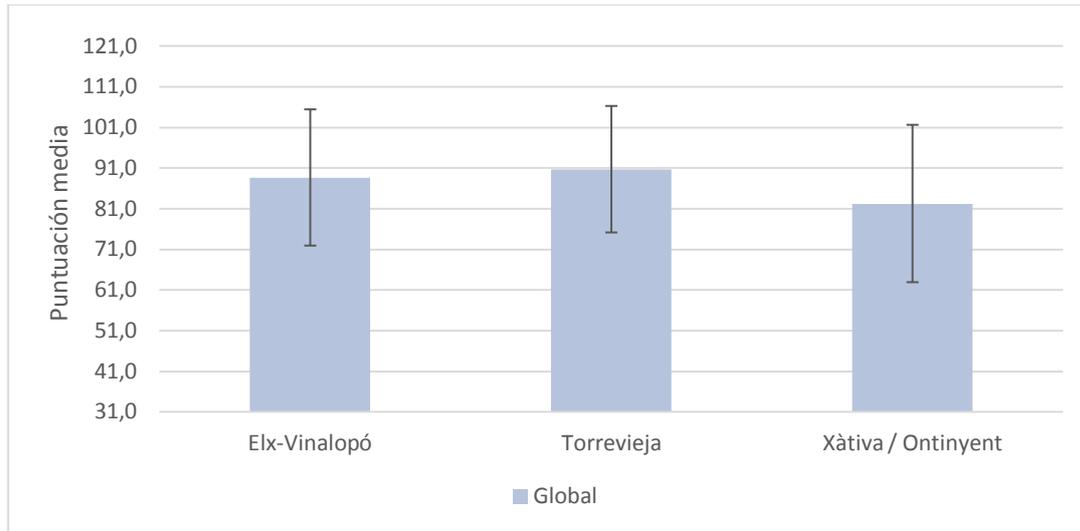


Figura 15: Puntuaciones globales de cada Departamento de Salud.

Estos resultados confirman que el entorno de práctica profesional mejor valorado por las enfermeras ha sido el de Torrevieja, seguido de Elx-Vinalopó y de Xàtiva / Ontinyent, siendo en general buenos resultados para todos los departamentos.

Vemos a continuación (Tabla 27) la puntuación media de cada departamento, para cada Dimensión:

	D 1	D 2	D3	D4	D5	TOTAL
MEDIA COMUNITAT VALENCIANA	2,62	2,96	3,02	2,33	3,1	2,8
ELX / VINALOPÓ	2,68	3,1	2,94	2,25	3,23	2,84
TORREVIEJA	2,82	3,09	3,22	2,23	3,07	2,88
XÀTIVA/ONTINYENT	2,36	2,71	2,91	2,52	3,01	2,7

Tabla 27: Puntuaciones en PES-NWI por Dimensión y Departamento de salud.

Resultados que expresamos gráficamente a continuación (Ver Figura 16):

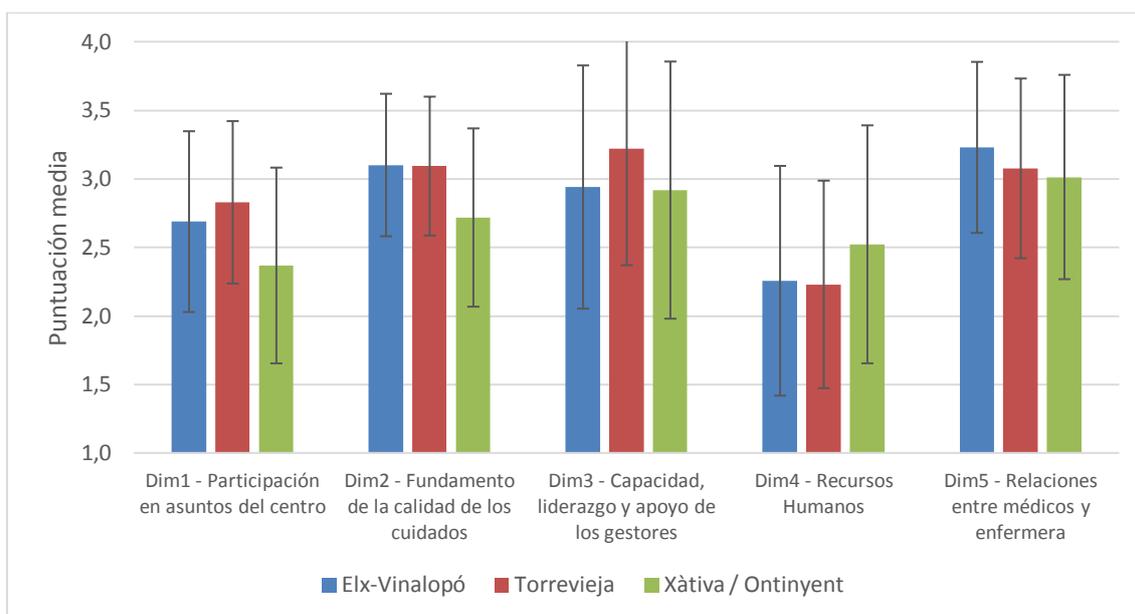


Figura16: Puntuaciones en PES-NWI por Dimensión y Departamento de salud.

Las puntuaciones medias globales en todas las dimensiones superan la puntuación de 2,5, a excepción de la Dimensión 4 de recursos humanos, que es la peor valorada (2,36). La Dimensión mejor valorada fue la 5, relaciones enfermeras/médicos (3,08).

Por Departamentos de Salud:

1.- Elx-Vinalopó.

Las puntuaciones medias en todas las dimensiones superan la puntuación de 2,5, a excepción de la Dimensión 4 de recursos humanos, que es la peor valorada (2,25). La Dimensión mejor valorada fue la 5, relaciones enfermeras/médicos (3,23). Las Dimensiones 2, 3 y 5 superan los 3 puntos de media.

2.- Torrevieja.

Las puntuaciones medias en todas las dimensiones superan la puntuación de 2,5, a excepción de la Dimensión 4 de recursos humanos, que es la peor valorada (2,23). La Dimensión mejor valorada fue la 3, liderazgo y apoyo de los gestores (3,22). Las Dimensiones 2, 3 y 5 superan los 3 puntos de media.

3.- Xàtiva / Ontinyent:

Las puntuaciones medias en todas las dimensiones superan la puntuación de 2,5, a excepción de la Dimensión 1, Participación en asuntos del centro, que es la peor valorada (2,36). La Dimensión mejor valorada fue la 5, relaciones enfermeras/médicos (3,01), siendo la única dimensión que supera los 3 puntos. La Dimensión 4, recursos humanos, es superior a 2,5 (2,52), a diferencia del resto de Departamentos.

SELECCIÓN DE ELEMENTOS FUNDAMENTALES: RESULTADOS DESCRIPTIVOS.

Para la última pregunta de nuestro cuestionario, seleccione los 10 ítems que considera más relevantes para propiciar la mejora del cuidado prestado por las enfermeras en Atención Primaria de Salud, los resultados obtenidos fueron los siguientes (se destacan en negro y negrita los más elegidos porcentualmente; Ver Tabla 28 y Figura 17):

DIM	Nº ÍTEM	DESCRIPCIÓN ÍTEM	% ELECCIONES
1	1	Las enfermeras de plantilla están formalmente involucradas en la gestión interna del centro (juntas, órganos de decisión.)	34,2
1	2	Las enfermeras del centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo.	50,6
1	3	Existen muchas oportunidades para el desarrollo profesional del personal de Enfermería.	31,9
1	4	La Dirección escucha y da respuesta a los asuntos de sus enfermeras.	32,3
1	5	El/la Director/a de Enfermería es accesible y fácilmente “visible”.	18,3
1	6	Se puede desarrollar una carrera profesional o hay oportunidades de ascenso en la carrera clínica.	33,8
1	7	Los gestores enfermeros consultan con las enfermeras los problemas y modos de hacer del día a día.	26,2
1	8	Las enfermeras de plantilla tienen oportunidades para participar en las comisiones del centro, tales como la comisión de investigación, de ética, de infecciones...	22,1
1	9	Los directivos enfermeros están al mismo nivel en poder y autoridad que el	12,2

		resto de directivos del centro.	
2	10	Se usan los diagnósticos enfermeros.	29,7
2	11	Hay un programa activo de garantía y mejora calidad.	51,7
2	12	Existe un programa de acogida y tutelaje de enfermeras de nuevo ingreso.	16,3
2	13	Los cuidados de las enfermeras están basados en un modelo enfermero, más que en un modelo biomédico.	22,4
2	14	La asignación de pacientes a cada enfermera existente favorece la continuidad de los cuidados (p. ej.: la misma enfermera cuida al paciente a lo largo del tiempo)	58,9
2	15	Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes	46
2	16	Existe un plan de cuidados escrito y actualizado para cada paciente.	28,1
2	17	Los gestores del centro se preocupan de que los enfermeros proporcionen cuidados de alta calidad.	14,1
2	18	Se desarrollan programas de formación continuada para las enfermeras.	44,5
2	19	Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada.	44,5
3	20	La supervisora/coordinadora es una buena gestora y líder.	60,5
3	21	La supervisora/coordinadora respalda a la plantilla en sus decisiones, incluso si el conflicto es con personal médico	23,6
3	22	La supervisora/coordinadora utiliza los errores como oportunidades de aprendizaje y mejora, no como crítica.	20,2
3	23	La supervisora/coordinadora es comprensiva y asesora y da apoyo a las enfermeras.	15,6
3	24	Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho.	22,4
4	25	Hay suficiente plantilla de empleados para realizar adecuadamente el trabajo.	41,1
4	26	Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad.	47,1
4	27	Los servicios de apoyo (celadores, administrativos...) son adecuados y facilitan estar más tiempo con los pacientes.	12,2
4	28	Hay tiempo suficiente y oportunidad para discutir los problemas de cuidados con las otras enfermeras.	25,5
5	29	Se realiza mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras.	31,9
5	30	Entre los médicos y las enfermeras se dan buenas relaciones de trabajo.	20,5
5	31	La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración apropiada.	56,3

Tabla 28: Porcentajes de elección de los elementos que conforman los entornos según PES-NWI (destacados los 10 más elegidos).

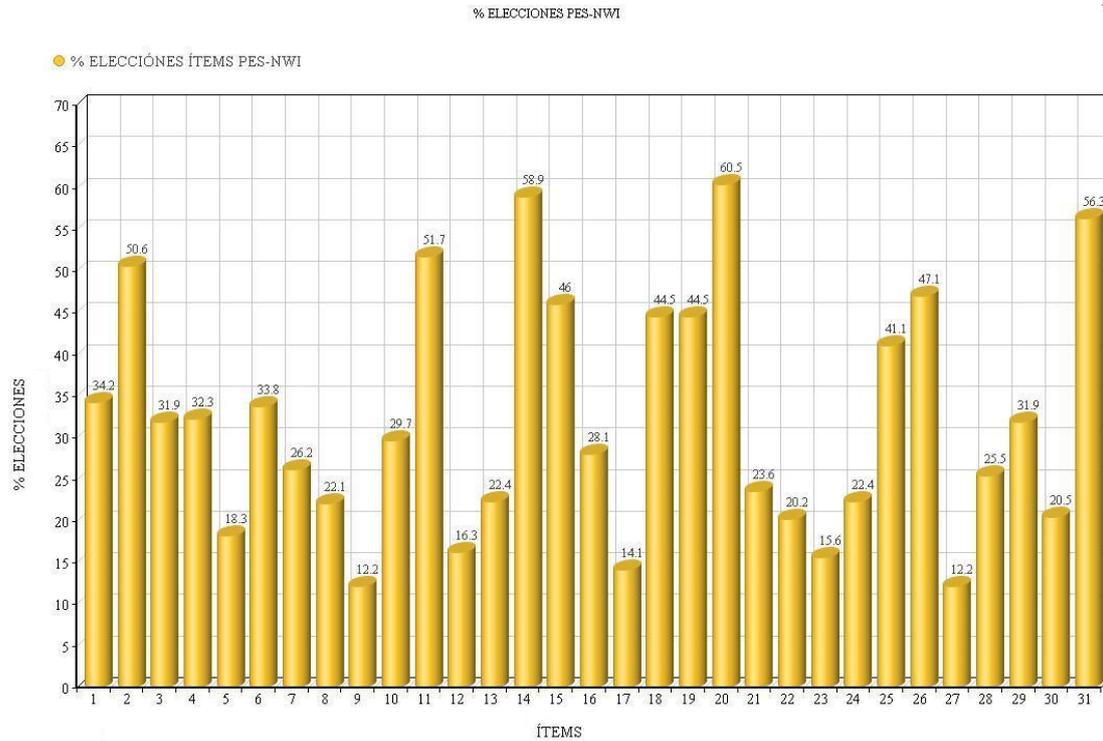


Figura 17: Porcentaje de elecciones de cada ítem del cuestionario PES-NWI.

El top ten, es decir, los 10 elementos más importantes que las enfermeras de nuestro estudio han considerado, son los que más contribuyen a crear entornos adecuados para prestar cuidados de enfermería excelente, pues, serían los siguientes (Ver Tabla 29).

A continuación exponemos los resultados de forma priorizada, es decir, en importancia de mayor a menor en su contribución a la adecuación u optimización de dichos entornos profesionales, según las elecciones hechas por las enfermeras del estudio, quedaría del siguiente modo (Ver Tabla 30).

ÍTEM	DESCRIPCIÓN ÍTEM	%
2	Las enfermeras del centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo	50,6
11	Hay un programa activo de garantía y mejora calidad.	51,7
14	La asignación de pacientes a cada enfermera existente favorece la continuidad de los cuidados (p. ej.: la misma enfermera cuida al paciente a lo largo del tiempo)	58,9
15	Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes	46
18	Se desarrollan programas de formación continuada para las enfermeras.	44,5
19	Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada.	44,5
20	La supervisora/coordinadora es una buena gestora y líder.	60,5
25	Hay suficiente plantilla de empleados en general para realizar el trabajo	41,1
26	Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad.	47,1
31	La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración apropiada.	56,3

Tabla 29: Top Ten PES-NWI elegido por enfermeras asistenciales de APS.

ÍTEM	DESCRIPCIÓN ÍTEM	%
20	La supervisora/coordinadora es una buena gestora y líder.	60,5
14	La asignación de pacientes a cada enfermera existente favorece la continuidad de los cuidados (p. ej.: la misma enfermera cuida al paciente a lo largo del tiempo)	58,9
31	La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración apropiada.	56,3
11	Hay un programa activo de garantía y mejora calidad.	51,7
2	Las enfermeras del centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo	50,6
26	Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad.	47,1
15	Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes	46
18	Se desarrollan programas de formación continuada para las enfermeras.	44,5
19	Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada.	44,5
25	Hay suficiente plantilla de empleados en general para realizar el trabajo	41,1

Tabla 30: Ítems Top Ten priorizados según % elecciones.

2.2.- RESULTADOS ANALÍTICOS: CONTRASTES ENTRE VARIABLES.

Hemos utilizado el estadístico ANOVA para valorar la relación entre variables y sus diferentes modalidades. Para todos los cálculos hemos establecido Intervalos de confianza del 95% y precisiones del 5%.

Las variables independientes (VI) han sido las socio-demográficas estudiadas.

Las variables dependientes (VD) han sido las puntuaciones en el cuestionario para cada dimensión.

Se han llevado a cabo comparaciones múltiples entre las modalidades de cada variable sociodemográfica y los resultados en el cuestionario, aplicando pruebas de homogeneidad de las varianzas obtenidas.

CONTRASTES ENTRE VARIABLES.

En la siguiente tabla (Ver Tabla 31) podemos observar las relaciones entre las variables sociodemográficas estudiadas y la puntuación global del test, así como con todas las dimensiones del cuestionario.

Se exponen las medias, desviaciones estándares y la significación calculada con ANOVA.

Variable	Categorías	D1		D2		D3		D4		D5:		Global	
		Me±DE	p	Me±DE	p								
sexo			0,45		0,38		0,34		0,09		0,45		0,56
	Hombre	2,5±0,7		2,9±0,6		2,9±0,9		2,5±0,9		3,0±0,8		85,5±18,7	
	Mujer	2,6±0,7		3,0±0,6		3,1±0,9		2,3±0,8		3,1±0,6		86,8±17,6	
Edad			<0,001		<0,001		0,002		0,019		<0,001		<0,001
	≤30 años	2,9±0,6		3,2±0,4		3,2±0,8		2,6±0,8		3,3±0,6		94,2±14,0	
	31-40 años	2,8±0,6		3,1±0,6		3,2±0,8		2,5±0,8		3,3±0,6		91,7±16,0	
	41-50 años	2,4±0,7		2,8±0,6		2,8±1,0		2,2±0,8		3,0±0,6		81,6±17,2	
	51-60 años	2,3±0,7		2,7±0,6		2,8±0,9		2,2±0,9		2,8±0,8		78,7±18,8	
	>60 años	2,7±0,9		3,2±0,4		3,0±1,3		3,1±1,1		3,7±0,5		94,5±22,7	
Estudios			0,55		0,47		0,10		0,62		0,54		0,48
	Diplomado	2,6±0,7		3,0±0,6		3,1±0,9		2,4±0,9		3,1±0,7		87,2±18,3	
	Grado	2,6±0,7		2,9±0,5		2,7±0,9		2,6±0,6		3,2±0,6		84,9±16,0	
	Especialista	2,4±0,5		2,7±0,7		2,9±0,8		2,4±0,8		2,8±0,6		81,8±14,8	
	Máster/Doctor	2,4±0,6		2,9±0,7		2,7±0,9		2,2±0,8		3,1±0,8		82,8±18,5	
Experiencia			0,09		0,006		0,02		0,15		0,29		0,017
	<2 años	2,9±0,6		3,2±0,5		3,4±0,7		2,7±0,8		3,3±0,6		96,2±15,5	
	2 – 4 años	2,6±0,7		2,9±0,6		3,0±0,8		2,4±0,8		3,1±0,7		87,2±17,4	
	5-10 años	2,6±0,6		3,0±0,5		3,1±0,8		2,3±0,8		3,1±0,7		87,9±15,8	
	>10 años	2,5±0,7		2,8±0,6		2,8±1,0		2,4±0,9		3,0±0,7		83,3±19,4	
Coordinac. /supervis.			<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		0,049		<0,001
	Sí	3,3±0,5		3,4±0,5		3,7±0,6		3,0±0,8		3,3±0,5		104,0±13,2	
	No	2,5±0,7		2,9±0,6		2,9±0,9		2,3±0,8		3,1±0,7		84,3±17,4	
Atención continua			0,60		0,72		0,96		0,016		0,11		0,58
	Sí	2,5±0,6		3,0±0,6		3,0±1,0		2,9±0,8		3,4±0,7		89,0±16,9	
	No	2,6±0,7		2,9±0,6		3,0±0,9		2,3±0,8		3,1±0,7		86,2±18,1	

Tabla 31: Contrastes mediante ANOVA entre variables sociodemográficas y puntuaciones del Cuestionario. (Me±DE :Media±Desviación estándar)

Podemos observar que la variable edad (en intervalos) tiene una relación estadísticamente significativa con los resultados obtenidos en todas las dimensiones del cuestionario y en la puntuación total. En las dimensiones 1, 2 y 3 las puntuaciones son más elevadas en los grupos de menor edad, y en las dimensiones 4 y 5, son más elevadas en grupos de menor y mayor edad que en edades intermedias.

En lo que se refiere al sexo del sujeto participante, podemos afirmar que no hemos obtenido relaciones significativas entre el sexo y las puntuaciones obtenidas en las diferentes dimensiones y la total del test, obteniendo no obstante puntuaciones más altas para las mujeres en todas las dimensiones excepto en la dimensión 4 (recursos humanos) en la que puntúan más alto los hombres (recordamos que sin significación estadísticas).

En la relación nivel de estudios y puntuaciones del cuestionario, podemos afirmar que tampoco hemos encontrado relaciones significativas en nuestra muestra. En todas las dimensiones excepto en la 4 (recursos humanos) los sujetos con menor nivel de estudios puntúan con resultados más elevados. Es en la dimensión 4 en la que los sujetos con mayor nivel de estudios puntúan más alto.

En la correlación años de experiencia y puntuaciones en las dimensiones del test, hemos podido observar relaciones significativas globales y en las dimensiones 2 y 3, y tendentes a la significación en la dimensión 1. En el resto de dimensiones las relaciones no se han podido confirmar con significación. En cualquier caso, en todos los casos los sujetos con menor experiencia han mostrado puntuaciones más altas en todas las dimensiones. En algunas con significación, y en otras sin significación.

En la relación esperada entre ejercer/no ejercer cargo de coordinación o gestión y los resultados del cuestionario, podemos afirmar que en nuestra muestra hemos encontrado relaciones significativas para todas las dimensiones del cuestionario y la puntuación total. Siempre, ejercer un cargo de coordinación o gestión supone obtener puntuaciones más elevadas en todas las dimensiones.

En la siguiente gráfica, representamos las medias en puntuación global distribuidas por grupos de edad (Fig. 18).

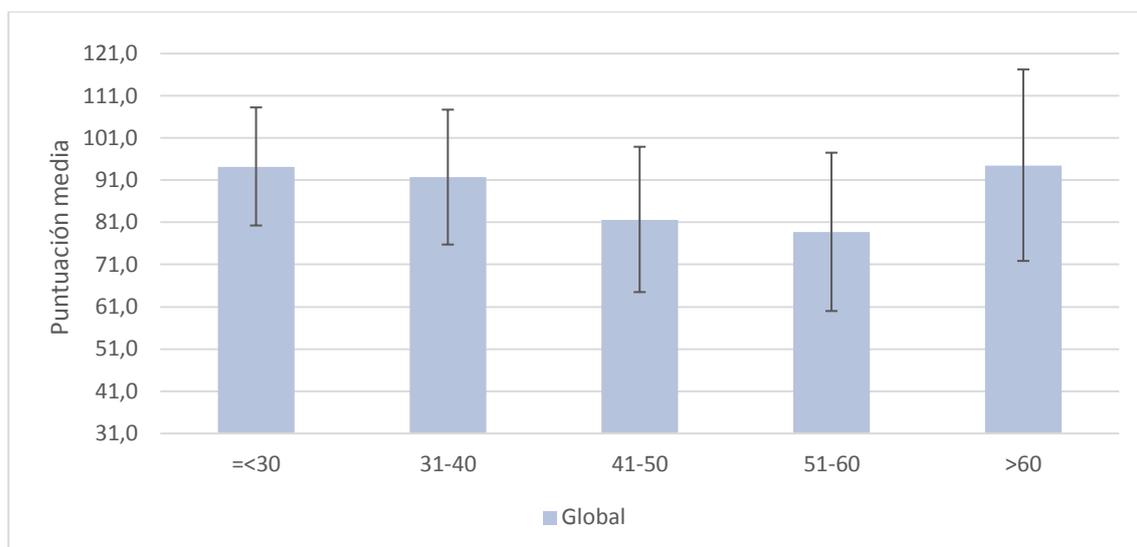


Figura18: Diferencias en puntuación global del test, en función de la edad del profesional.

En la imagen siguiente (Fig. 19) encontramos las variaciones en puntuación de cada dimensión del cuestionario, en función de la edad del profesional, observando cómo normalmente, a menor edad de la enfermera (pero también el grupo de >60 años), mayor es la puntuación en todas las dimensiones.

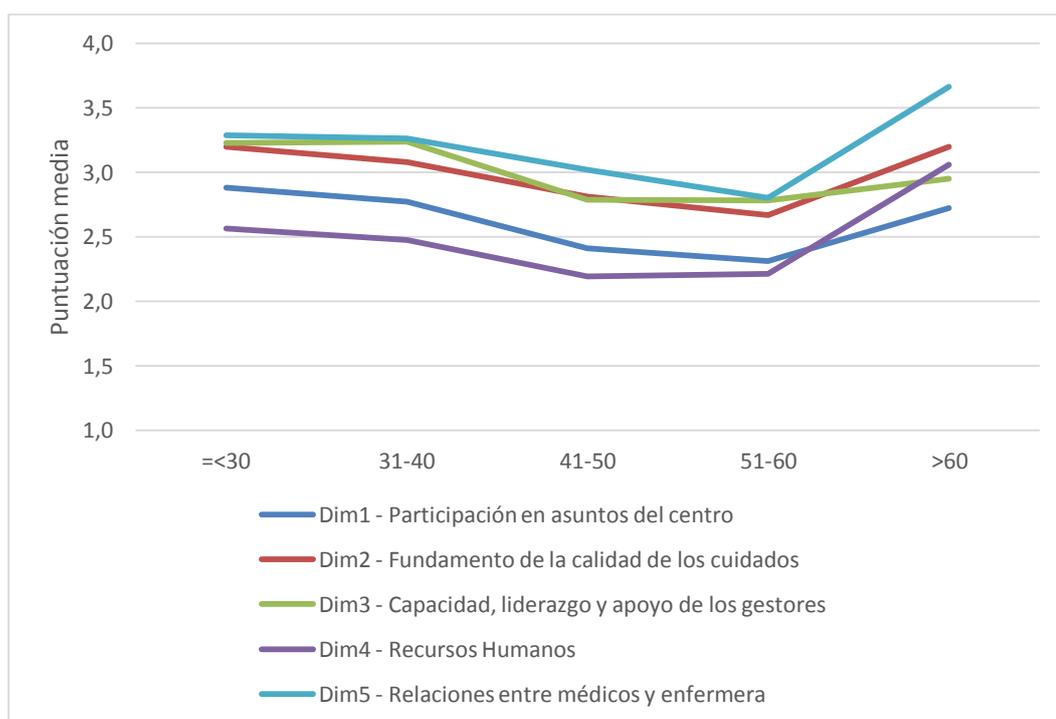


Figura 19: Puntuaciones por dimensión y grupo de edad.

A continuación (Ver Tabla 32) podemos observar las diferencias entre los 3 Departamentos de Salud, y también según modelo de gestión público / privado, para las puntuaciones globales del cuestionario y para cada dimensión.

En esta tabla podemos advertir que las diferencias en puntuación global del cuestionario, es decir, valoración de cada entorno profesional de trabajo en APS, ha obtenido relaciones significativas tanto estudiadas por departamento, como por modelo de gestión.

Se presentan también las diferencias por Dimensión, que en muchos de los casos también son significativas: Dimensiones 1, 2 y 4, y presenta tendencia a la significación en las dimensiones 3 y 5 (en especial en la 3 por Departamento de Salud).

En las dimensiones 1, 2, 3 y 5, el modelo de gestión puntúa con resultados más altos que el modelo de gestión público. Solo en la dimensión 4 (recursos humanos) el modelo de gestión público obtiene puntuaciones más elevadas, con significación.

Variable	Categorías	D1: Participación en asuntos del centro		D2: Fundamento de la calidad de los cuidados		D3: Capacidad, liderazgo y apoyo de los gestores		D4: Recursos Humanos		D5: Relaciones entre médicos y enfermeras		Global	
		Me±DE	p	Me±DE	p	Me±DE	p	Me±DE	p	Me±DE	p	Me±DE	p
Departamento			<0,001		<0,001		0,051		0,024		0,11		0,002
	Elx-Vinalopó	2.7±0.7		3.1±0.5		2.9±0.9		2.3±0.8		3.2±0.6		88.6±16.8	
	Torreveija	2.8±0.6		3.1±0.5		3.2±0.9		2.2±0.8		3.1±0.7		90.7±15.6	
	Xàtiva/Ontinyent	2.4±0.7		2.7±0.7		2.9±0.9		2.5±0.9		3.0±0.7		82.2±19.4	
Modelo de gestión			<0,001		<0,001		0,13		0,006		0,11		0,001
	Privada	2.8±0.6		3.1±0.5		3.1±0.9		2.2±0.8		3.1±0.6		89.7±16.1	
	Pública	2.4±0.7		2.7±0.7		2.9±0.9		2.5±0.9		3.0±0.7		82.2±19.4	

Tabla 32: Diferencias entre Departamentos y modelos de gestión público/privado, y puntuaciones en PES-NWI.

A continuación presentamos los gráficos con las diferencias entre Departamentos de salud, y posteriormente por modelo de gestión privado o público (Ver Tablas 20 a 24):

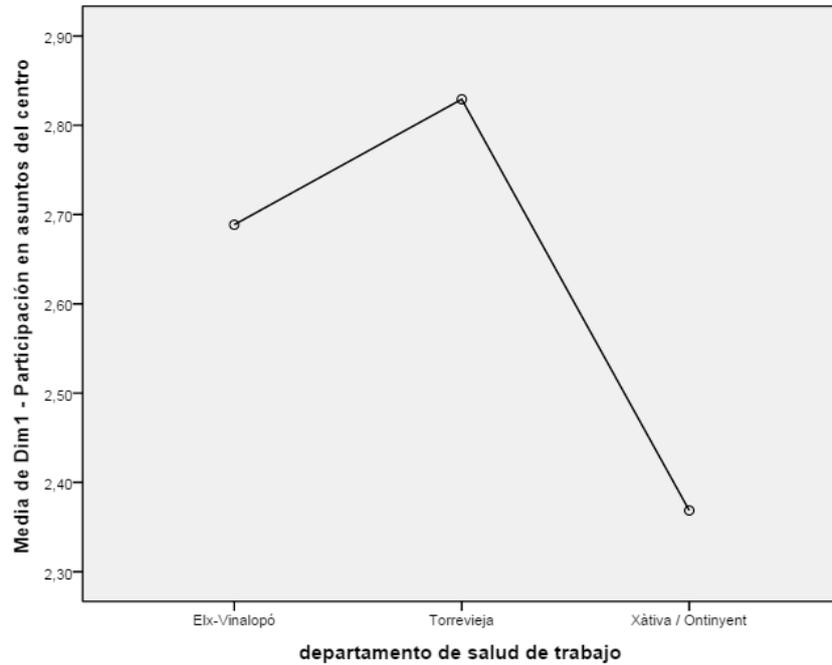


Figura 20: Diferencias en D1 (Participación) por Departamentos de Salud.

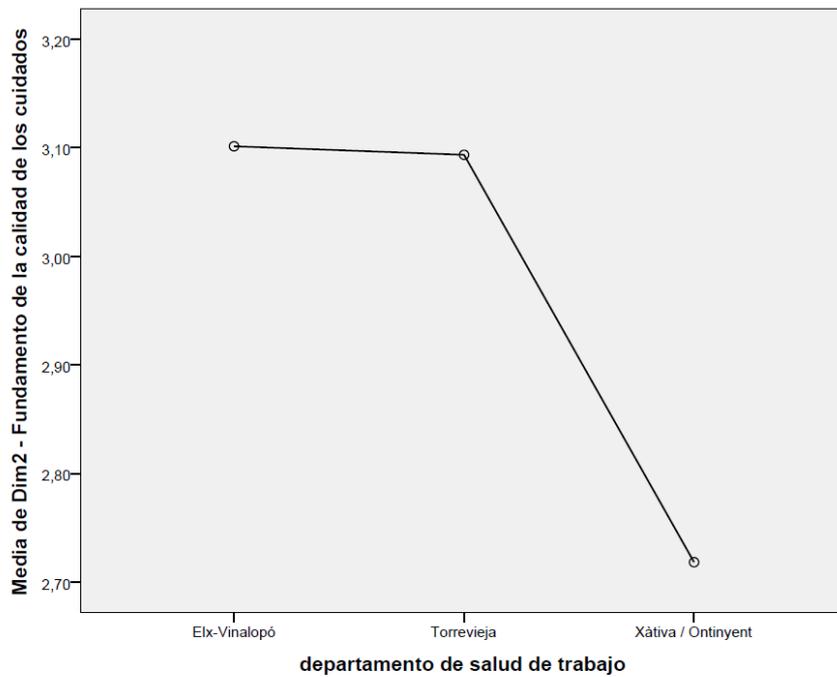


Figura 21: Diferencias en D2 (Fundamentos) por Departamento de Salud.

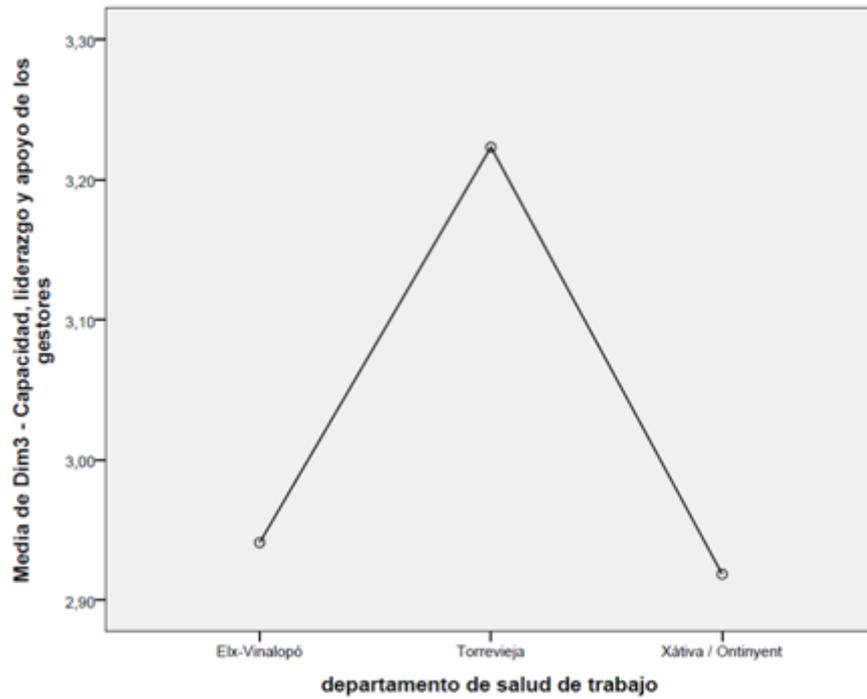


Figura 22: Diferencias en D3 (liderazgo) por Departamento de Salud.

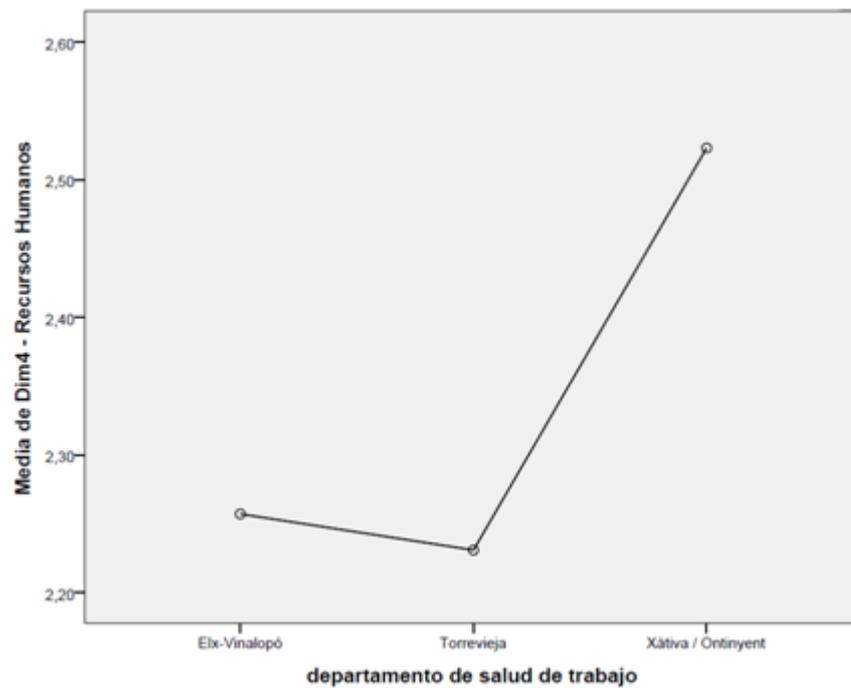


Figura 23: Diferencias en D4 (RRHH) por Departamento de Salud.

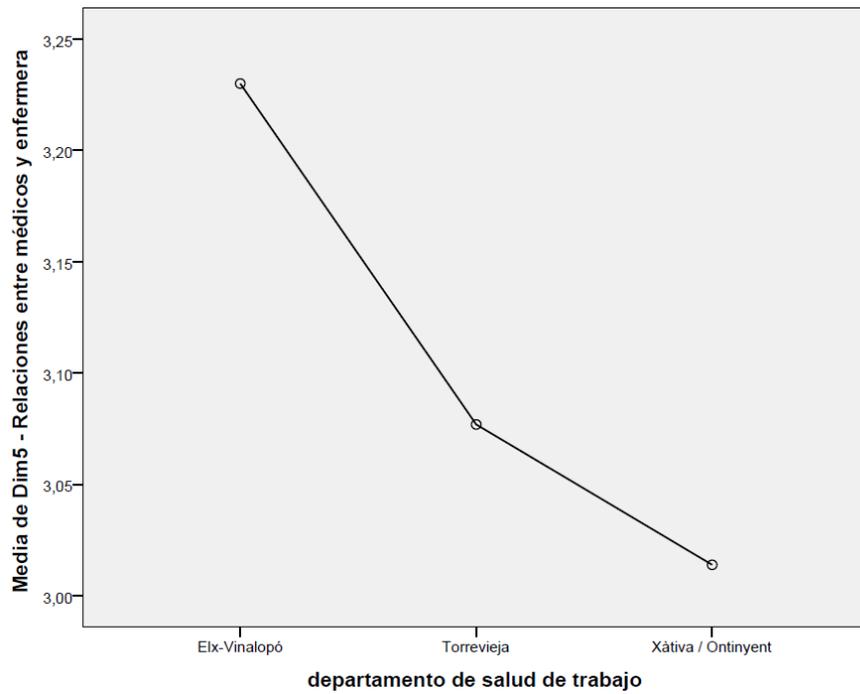


Figura 24: Diferencias en D5 (Relaciones E/M) por Departamento de Salud.

Y por modelo de gestión (Ver Tablas 25 a 29):

Gráfico de las medias

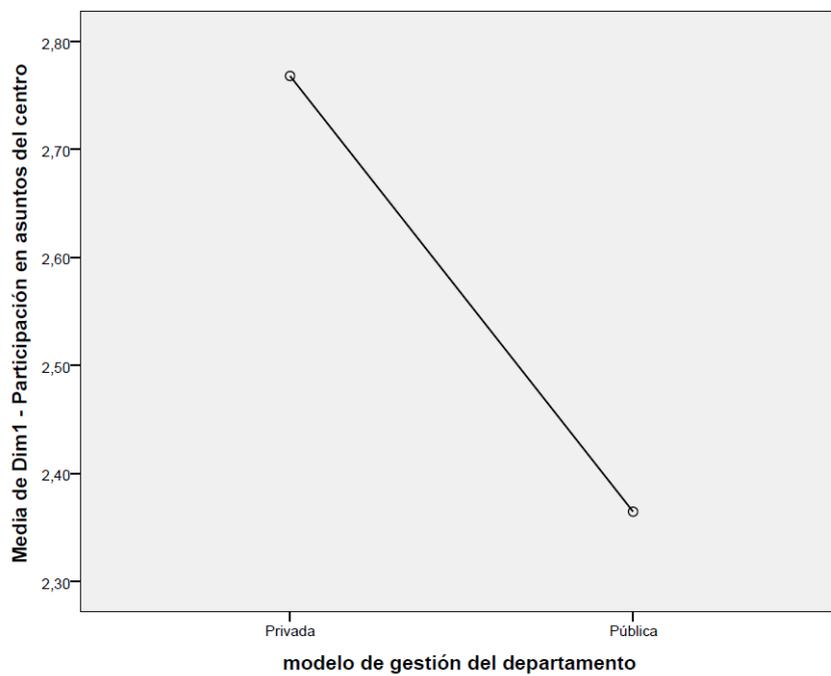


Figura 25: Diferencias en D1 (Participación) por Modelo de gestión.

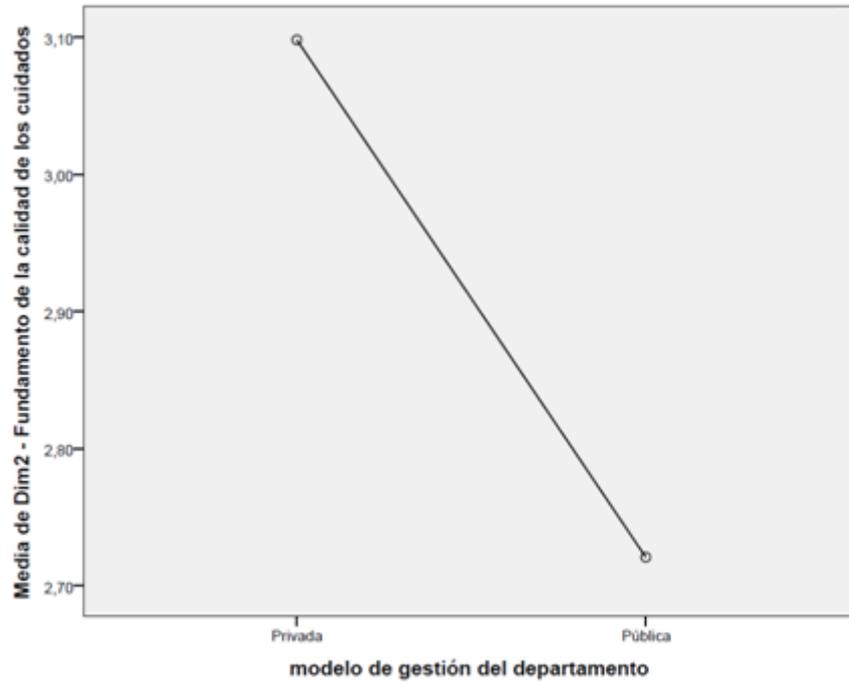


Figura 26: Diferencias en D2 (Fundamentos) por Modelo de gestión.

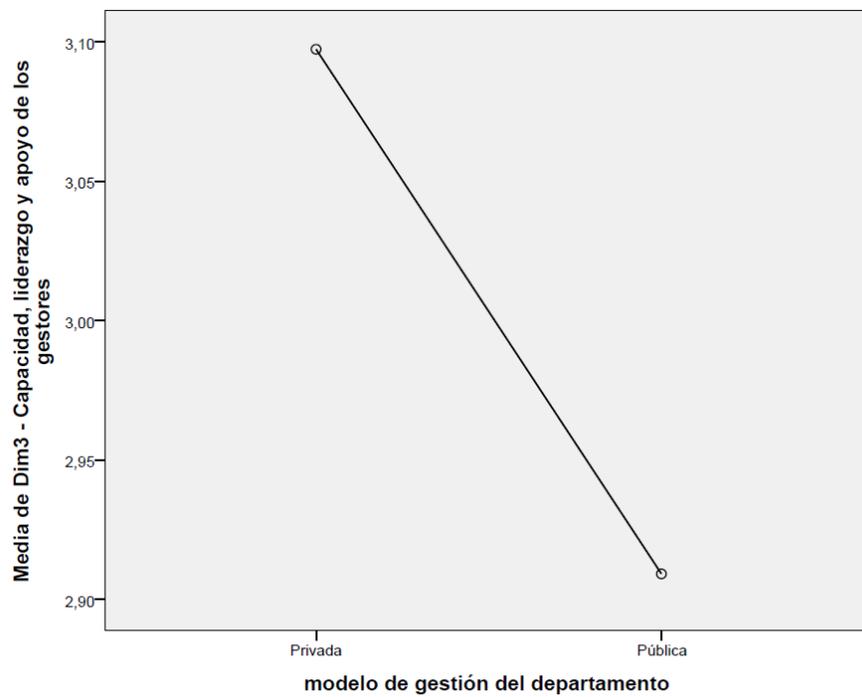


Figura 27: Diferencias en D3 (Liderazgo) por Modelo de gestión.

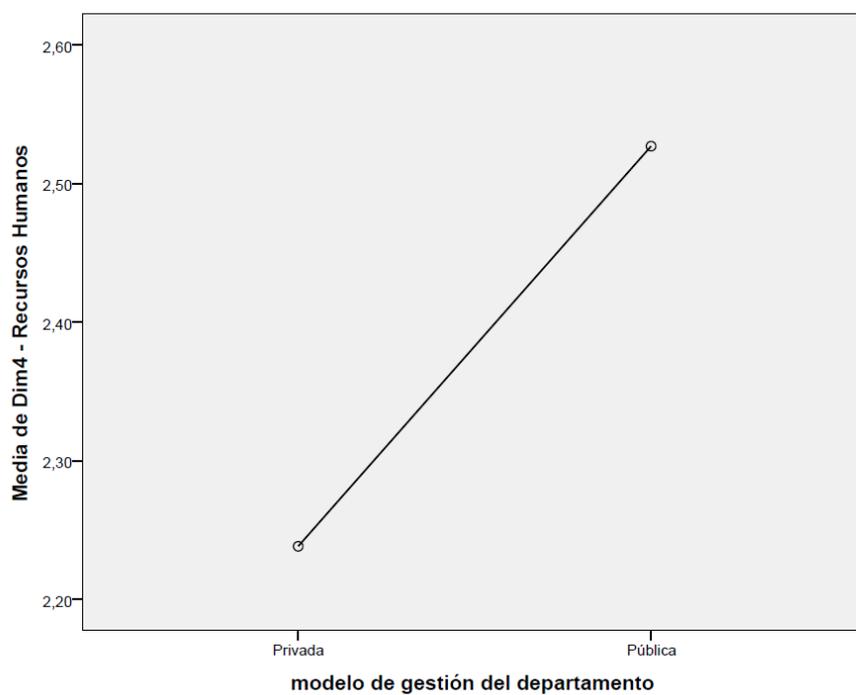


Figura 28: Diferencias en D4 (RRHH) por Modelo de gestión

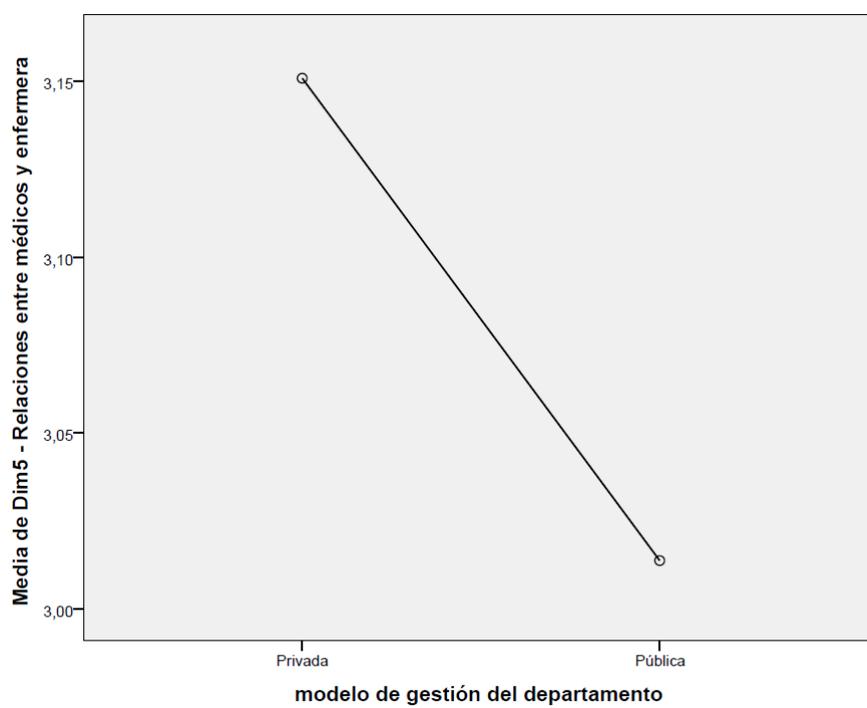


Figura 29: Diferencias en D5 (Relaciones E/M) por Modelo de gestión.

En la siguiente tabla (Ver Tabla 33) podemos apreciar las diferencias y significaciones en puntuaciones entre modelos de gestión, no ajustadas y ajustadas en función de las variables independientes que mostraron influencia sobre la puntuación global.

	Diferencias no ajustadas (IC95%)	P	Diferencias ajustadas (IC95%)	p
Modelo de gestión		0,001		0,21
Pública (ref)	--		--	
Privada	7,5 (3,2 a 11,7)		2,7 (-1,5 a 7,0)	
Edad		<0,001		0,001
≤30 años (ref)	--		--	
31-40 años	-2,5 (-8,6 a 3,6)		-2,3 (-8,7 – 3,9)	
41-50 años	-12,6 (-19,4 a -5,7)		-10,9 (-18,6 a -3,1)	
51-60 años	-15,5 (-21,7 a --,3)		-12,9 (-20,45 a -5,4)	
>60 años	0,3 (-17,1 a 17,7)		-0,3 (-17,3 a 16,7)	
Experiencia		0,017		0,33
<2 años	--		--	
2 – 4 años	-9,1 (-18,4 a 0,3)		-7,0 (-15,6 a 1,6)	
5-10 años	-8,3 (-17,1 a 0,4)		-7,1 (-15,6 a 1,6)	
>10 años	-12,9 (-21,4 a -4,5)		-8,4 (-17,5 a 0,7)	
Coordinación/supervisión		<0,001		<0,001
No (ref)	--		--	
Sí	19,6 (13,0 a 26,3)		21,6 (15,1 a 28,0)	

Tabla 33: Modelo de regresión múltiple para estimar la asociación con la puntuación global (resultados antes y después del ajuste).

(Resultados expresados como diferencias en la puntuación global del test en relación a la categoría de referencia (ref). IC95%: intervalo de confianza del 95%).

Podemos apreciar que las puntuaciones son superiores en la valoración de las enfermeras, con relación significativa, para el modelo privado. Sin embargo, una vez ajustadas las variables que hemos comprobado que influyen, vemos que esa significación desaparece, reduciéndose de forma concreta la puntuación de 7,5 a 2,7 (es decir, sigue siendo superior a favor del modelo privado, pero de forma muy ajustada y sin significación estadística).

Edad, años de experiencia, y ser/no ser gestor o coordinador presenta relaciones significativas con la puntuación global, antes de ajustar las diferencias en estas variables para cada departamento. Una vez ajustadas, la edad del profesional y la coordinación, siguen mostrando relaciones estadísticas significativas.

Por lo tanto: en el análisis bivariante (sin ajustar) se observa una diferencia importante y estadísticamente significativa entre ambos modelos de gestión en la puntuación global del test.

Sin embargo, gran parte de esta diferencia se pierde al ajustar por otras variables, como la edad, la experiencia y la coordinación.

La edad y el ejercicio de un cargo de coordinación son los factores que se asocian de forma independiente y significativa con la puntuación global del test.

2.3.- ANÁLISIS FACTORIAL.

El análisis factorial de los resultados obtenidos utilizando el cuestionario PES-NWI en diferentes Departamentos de Salud de la Comunitat Valenciana ha obtenido una estructura interna que reproduce la original del cuestionario en otros contextos, al replicarse la estructura penta factorial del cuestionario, con ligeras variaciones respecto al original en la asignación de algunos ítems a cada dimensión, y explicando el 61,02 de la varianza total.

ELEMENTOS PES-NWI original	COMPONENTES				
	1	2	3	4	5
1.-Las enfermeras de plantilla están formalmente involucradas en la gestión interna del centro (juntas, órganos de decisión.)	,662	,191	,112	,199	,023
2.- Las enfermeras del centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo.	,664	,175	,088	,184	,013
3.- Existen muchas oportunidades para el desarrollo profesional del personal de Enfermería.	,710	,115	,113	,144	,195
4.- La Dirección escucha y da respuesta a los asuntos de sus enfermeras.	,588	,369	,029	,287	,256
5.- El/la Director/a de Enfermería es accesible y fácilmente “visible”.	,451*	,365	,044	,264	,200
6.- Se puede desarrollar una carrera profesional o hay oportunidades de ascenso en la carrera clínica.	,652	,172	,120	,002	,226
7.- Los gestores enfermeros consultan con las enfermeras los problemas y modos de hacer del día a día.	,553	,321	,204	,138	,095
8.- Las enfermeras de plantilla tienen oportunidades para participar en las comisiones del centro, tales como la comisión de investigación, de ética, de infecciones...	,651	,279	,198	-,033	,112
9.- Los directivos enfermeros están al mismo nivel en poder y autoridad que el resto de directivos del centro.	,521	,196	,075	,236	,362
10.- Se usan los diagnósticos enfermeros.	,187	,065	,607	-,162	,165
11.- Hay un programa activo de garantía y mejora calidad.	,524*	,206	,441*	,080	,219
12.- Existe un programa de acogida y tutelaje de enfermeras de nuevo ingreso.	,615*	,171	,260*	,057	,012
13.- Los cuidados de las enfermeras están basados en un modelo enfermero, más que en un modelo biomédico.	,334	,258	,389*	,112	,169

14.- La asignación de pacientes a cada enfermera existente favorece la continuidad de los cuidados (p. ej.: la misma enfermera cuida al paciente a lo largo del tiempo)	-,131	,076	,676	,247	,012
15.- Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes	,254	,161	,684	,265	,145
16.- Existe un plan de cuidados escrito y actualizado para cada paciente.	,290	,116	,696	,118	,088
17.- Los gestores del centro se preocupan de que los enfermeros proporcionen cuidados de alta calidad.	,388	,488	,508	,152	,223
18.- Se desarrollan programas de formación continuada para las enfermeras.	,479* y	,185	,462*	,014	,163
19.- Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada.	,185	,185	,389	,008	,406
20.- La supervisora/coordinadora es una buena gestora y líder.	,313	,821	,206	,156	-,012
21.- La supervisora/coordinadora respalda a la plantilla en sus decisiones, incluso si el conflicto es con personal médico	,248	,787	,180	,244	,085
22.- La supervisora/coordinadora utiliza los errores como oportunidades de aprendizaje y mejora, no como crítica.	,285	,829	,152	,106	,123
23.- La supervisora/coordinadora es comprensiva y asesora y da apoyo a las enfermeras.	,263	,842	,139	,169	,077
24.- Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho.	,266	,785	,106	,159	,144
25.- Hay suficiente plantilla de empleados para realizar adecuadamente el trabajo.	,118	,108	,016	,887	,041
26.- Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad.	,182	,175	,126	,818	,134
27.- Los servicios de apoyo (celadores, administrativos...) son adecuados y facilitan estar más tiempo con los pacientes.	,122	,292	,142	,605	,242
28.- Hay tiempo suficiente y oportunidad para discutir los problemas de cuidados con las otras enfermeras.	,199	,178	,153	,699	,171
29.- Se realiza mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras.	,213	,072	,237	,329	,627
30.- Entre los médicos y las enfermeras se dan buenas relaciones de trabajo.	,102	,098	,139	,105	,845
31.- La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración apropiada.	,208	,066	,125	,159	,835

Tabla34: Matriz de componentes rotados^a resultados PES-NWI.

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Se destacan las asignaciones a dimensiones (resultados $\geq 0,5$).

*Ítems con dudas de asignación a su dimensión original.

La dimensión 1 puntúa más alto con los 9 primeros ítems, tal como la escala original, a pesar de que el ítem 5 (el director/a de enfermería es fácilmente visible y accesible) plantea dudas, pero con tendencia estadística. En las dimensiones 3, 4 y 5, se reproduce totalmente la estructura original en lo referente a la asignación de ítems por dimensión.

Algunos ítems no alcanzan determinada fortaleza pero siguen puntuando más alto para su dimensión original (ejemplo ítems 5, 13, 19). El resto reproducen la estructura original. El ítem 12 en nuestros resultados queda asignado a la D1.

La dimensión más controvertida es la 2 (fundamentos), en la que 5 de los 10 ítems plantean dudas estadísticas (ítems 11, 12, 13, 18 y 19)., de los cuáles 3 serían asignados a esta dimensión al obtener la máxima puntuación, aunque sin fortaleza (13, 18 y 19).

Consideramos que al menos 28 ítems se asignan de forma fiel a las dimensiones originales del cuestionario, con los matices recién citados.

Para obtener estos resultados se exploraron los componentes rotados (análisis de componentes principales) y aplicando para la rotación el estadístico varimax con Kaiser.

A continuación (Ver Tabla 35), exponemos la varianza explicada por dimensiones en nuestros resultados.

COMPONENTE	Sumas de las saturaciones al cuadrado	Sumas de las saturaciones al cuadrado rotadas		
	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	37,834	5,319	17,158	17,158
2	44,831	4,541	14,649	31,807
3	51,749	3,230	10,421	42,227
4	56,839	3,143	10,138	52,366
5	61,023	2,684	8,658	61,023

Tabla 35: Varianza total explicada del PES-NWI en nuestra muestra.

Se procedió asimismo a estudiar la fiabilidad del cuestionario a partir de nuestros resultados, mediante el estadístico alfa de Cronbach. Se obtuvieron para todas las dimensiones Cronbach $> 0,8$ (Ver Tabla 36):

DIMENSIÓN	Alfa de Cronbach
1	0,87
2	0,85
3	0,93
4	0,84
5	0,81

Tabla 36: Fiabilidad obtenida de las Dimensiones de PES-NWI.

2.4.- ANÁLISIS FACTORIAL DE ELEMENTOS ESENCIALES.

Tras someter a análisis factorial el Top Ten, encontramos una estructura interna de 3 dimensiones (Ver Tabla 37), que explica el 62,11% de la varianza (referido a estos 10 ítems), rotando el Top Ten con normalización Varimax - Kaiser (Ver Tabla 38):

COMPONENTE	SUMA DE LAS SATURACIONES AL CUADRADO DE LA ROTACIÓN	
	% varianza	% acumulado
1	24,076	24,076
2	19,066	43,142
3	18,977	62,119

Tabla 37: Varianza total explicada del Top Ten de elementos esenciales.
Método de extracción: Análisis de Componentes Principales.

ELEMENTOS ESENCIALES (Top Ten) PES-NWI	COMPONENTES		
	1	2	3
1.- Las enfermeras del centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo.	,753	-,098	,195
2.- Hay un programa activo de garantía y mejora calidad.	,666	,327	,118
3.- La asignación de pacientes a cada enfermera existente favorece la continuidad de los cuidados (p. ej.: la misma enfermera cuida al paciente a lo largo del tiempo)	-,104	,804	,183
4.- Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes	,411	,649	,207
5.- Se desarrollan programas de formación continuada para las enfermeras.	,639	,383	-,058
6.- Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada.	,410	,582	-,079
7.- La supervisora/coordinadora es una buena gestora y líder.	,685	,163	,214
8.- Hay suficiente plantilla de empleados para realizar adecuadamente el trabajo.	,104	,082	,939
9.- Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad.	,224	,206	,890
10.- La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración apropiada.	,333	,401*	197

Tabla38: Matriz de componentes rotados^a resultados TOP TEN.

*Sin significación, con tendencia.

Con este estudio de la varianza total explicada, mediante análisis de componentes principales, hemos obtenido una estructura interna que propondríamos en 3 dimensiones (Ver Tabla 39):

DIMENSIÓN	ÍTEM	NORMALIZACIÓN
1	1	.753
	2	.666
	5	.639
	7	.685
2	3	.804
	4	.649
	6	.582
	10	.401* (sin significación)
3	8	.939
	9	.890

Tabla 39: Asignación de ítems esenciales a la estructura de 3 dimensiones.

* (<.5 débil correlación interna con el resto de elementos de la dimensión).

El único ítem con asignación dudosa sería el 31 (relaciones adecuadas entre médicos y enfermeras), que en el cuestionario original corresponde a la dimensión 5, la más corta del cuestionario PES-NWI.

El resultado del Top Ten, sería pues el siguiente (Ver Tabla 40):

DIMENSIÓN	ÍTEMS
1	2.- Las enfermeras del centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo. 11.- Hay un programa activo de garantía y mejora calidad. 18.- Se desarrollan programas de formación continuada para las enfermeras. 20.- La supervisora/coordinadora es una buena gestora y líder.
2	14.- La asignación de pacientes a cada enfermera existente favorece la continuidad de los cuidados (p. ej.: la misma enfermera cuida al paciente a lo largo del tiempo) 15.- Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes. 19.- Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada. 31.- La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración apropiada.
3	25.- Hay suficiente plantilla de empleados en general para realizar el trabajo 26.- Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad.

Tabla 40: Ítems esenciales (Top Ten) y asignación a su Dimensión correspondiente.

Se valoró mediante un modelo de regresión lineal múltiple (utilizando como variables explicativas los tres factores de la escala reducida de 10 ítems) cuál era la capacidad explicativa sobre la puntuación global del test y las 5 dimensiones del mismo obtenidas con los 31 ítems (ver tabla siguiente), es decir, el valor de predicción que tiene el Top Ten en relación con la puntuación global del PES-NWI en nuestra muestra:

	% variabilidad explicada*
Puntuación global	90,7%
Participación en asuntos del centro	74,7%
Fundamento de la calidad de los cuidados	86,5%
Capacidad, liderazgo y apoyo de los gestores	55,0%
Recursos humanos	85,1%
Relaciones entre médicos y enfermeras	38,0%

Tabla 41: Variabilidad total explicada por el Top Ten.
(R² corregida del modelo de regresión lineal múltiple)

Hemos podido determinar que la escala reducida es capaz de predecir con muy poco margen de error las puntuaciones globales obtenidas con el test completo. La escala reducida también sería útil para estimar 3 de las 5 dimensiones del test (Dimensiones 1, 2 y 4). Con las dimensiones 3 y 5 se produciría pérdida de información en relación con el cuestionario completo.

Finalmente, exponemos el gráfico de dispersión de las puntuaciones predichas por el Top Ten, sobre las puntuaciones reales del PES-NWI:

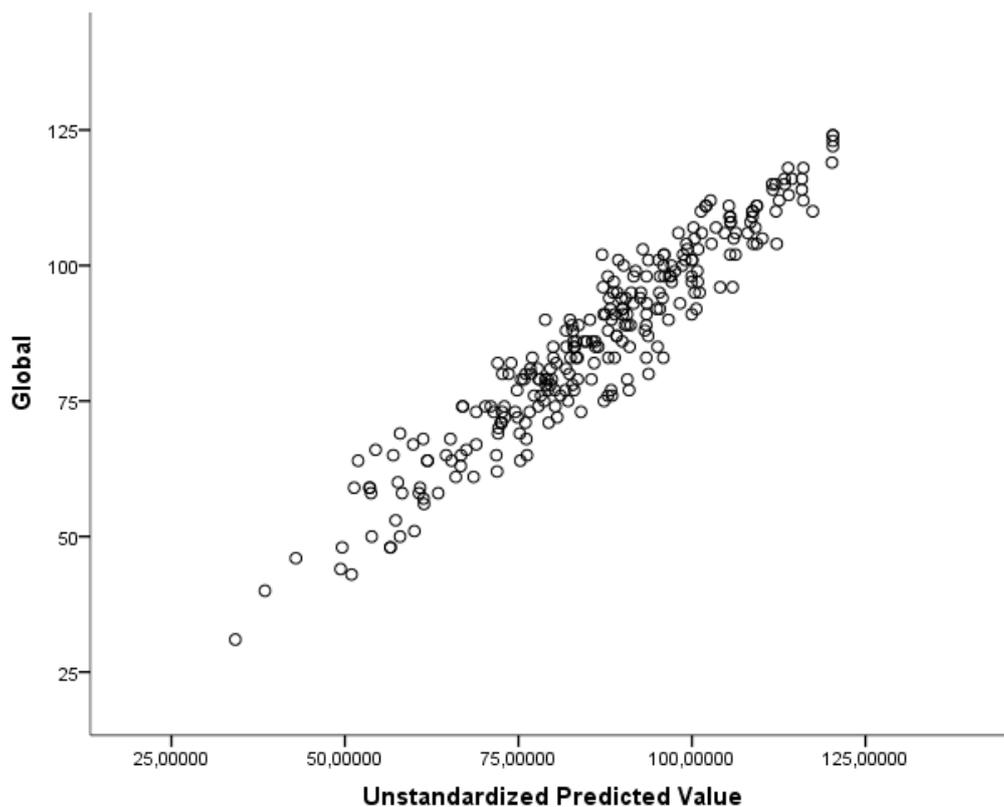


Figura 30. Diagrama de dispersión de las puntuaciones predichas por el Top Ten sobre las puntuaciones obtenidas con el test completo (31 ítems)

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN.

Ante la complejidad del estudio que hemos realizado, y con el fin de estructurar adecuadamente la discusión para facilitar el seguimiento de la misma, se identifican y describen algunos de los criterios metodológicos del estudio que han servido de guía en su desarrollo. Entendemos que de esta forma se podrán entender mejor las diferentes partes de la discusión, aunque finalmente formen parte de un todo. La estructura creada es la siguiente:

1. Introducción a la discusión.
2. Elementos esenciales de los entornos en APS.
3. Elementos no seleccionados como esenciales de los entornos en APS.
4. Resultados de las mediciones de los entornos en los Departamentos de Salud del estudio.

1.- Introducción a la discusión.

Con nuestro estudio, hemos pretendido sintetizar y priorizar los ítems clave del cuestionario PES-NWI (versión española validada y adaptada a APS por *De Pedro-Gómez, 2011*) diseñando para ello un estudio mixto cuali-cuantitativo, donde la fase cualitativa partía del análisis de la información aportada por un grupo de expertos, y la cuantitativa a partir de las respuestas de enfermeras de la Comunitat Valenciana, consiguiendo consensuar y elegir los que consideramos 10 ítems fundamentales, de entre los 31 incluidos en el cuestionario PES-NWI.

Otros objetivos de nuestro estudio han consistido en medir la calidad de los entornos profesionales en los 3 Departamentos de salud, que además y dadas las características intrínsecas de la Comunitat Valenciana en cuanto a modelos de gestión de dichos Departamentos, nos ha permitido valorar la existencia de ciertas diferencias al contrastar los resultados obtenidos en función del modelo de gestión. Por ello, se abordó desde la perspectiva cuantitativa en 3 departamentos de salud de la Comunitat Valenciana,

midieron sus entornos de trabajo enfermero y solicitando al mismo tiempo a los participantes que seleccionaran los 10 atributos más esenciales, que permitirían a las enfermeras mejorar la calidad del cuidado en su entorno profesional de atención primaria.

Todo ello nos ha permitido conocer qué áreas concretas puntúan de manera positiva o negativa, obteniendo un mapa del desarrollo de cada Departamento en las dimensiones del cuestionario.

Planteamos un diseño mixto cuali-cuantitativo para poder triangular los resultados obtenidos desde dos puntos de vista metodológicos, el de la visión de los expertos por una parte, y el de profesionales asistenciales por otro.

Es importante hacer mención a la significación de la muestra en los 3 Departamentos de salud investigados, obteniendo tasas de respuesta superiores a la mayoría de los estudios encontrados como referencias: 53,46% en el estudio de *González (2011)*; 60,9% en *González (2012)*; 56,02% para *De Pedro Gómez (2011)*; 69,7% para *Parro Moreno (2013)*.

Aún con ello, asumimos que las muestras manejadas no nos permiten generalizar los resultados a todos los Departamentos de salud de la Comunitat Valenciana (nos supondría un error del 5,76%), y aún menos al territorio nacional (España). Probablemente sea la mayor limitación del estudio.

Sin embargo, el rigor metodológico que hemos intentado mantener en todo momento, nos hace confiar en los resultados, para destacar la necesidad de implementar más estudios en esta línea de investigación, confirmando los resultados (o refutarlos). Nos gustaría añadir que, tal y como señala *Parro Moreno (2013)* en su estudio en la Comunidad de Madrid, consideremos factible que a pesar de que nuestra investigación no pueda ser tomada como representativa de toda la Comunidad Valenciana, los Departamentos de salud elegidos pueden ser considerados como conglomerados del resto de Departamentos de la Comunitat Valenciana, en lo relativo a la organización sanitaria y su estructura funcional.

2.- *Elementos esenciales para la práctica profesional obtenidos del estudio en APS.*

Como objetivo principal de nuestra investigación, hemos pretendido determinar cuáles son los elementos ambientales más importantes que pueden propiciar la mejora sensible de los entornos de práctica profesional, elementos calificados como “esenciales” para poder mejorar los cuidados de enfermería, y sin los cuales no es posible hablar de excelencia en el cuidado en el ámbito de la atención primaria de salud.

Como ya es sabido, es probable que esos elementos esenciales sean comunes o muy similares en ámbitos tan distintos de trabajo como la atención hospitalaria y en entornos domiciliarios / comunitarios (*Mensik, 2006*), lo cual podría llevarnos a sospechar que puede convertirse en una línea de investigación futura, dado que podría determinar que existan (o no) elementos fundamentales de carácter universal en los que poder basarnos para buscar la excelencia y la mejora continua en el cuidado.

Hemos conseguido seleccionar los 10 ítems (atributos de los entornos) que consideramos clave para poder convertir en óptimos los entornos de práctica enfermera, y que mejorarán los cuidados de enfermería. Creemos además que en base a los resultados estadísticos obtenidos, la medición en los centros asistenciales de estos 10 elementos (Top Ten) se convierte en una nueva herramienta de valoración, dada su buena capacidad de predicción de puntuación total (90,7%) en relación al cuestionario completo PES-NWI de 31 ítems.

Creemos que la fase cuantitativa aporta, con mayor capacidad de generalización, la selección de los ítems que son importantes para optimizar los entornos y mejorar el cuidado, por encima de la decisión de un grupo de 8 expertos. Pero además hemos observado cómo los resultados obtenidos en la fase cualitativa respaldan con firmeza los obtenidos en la fase cuantitativa, aportándole validez interna.

En el año 2005, *Flynn (2005)* ya pretendió determinar con el cuestionario precursor del PES-NWI, el NWI-R, los atributos esenciales de los entornos de enfermería. En sus resultados, concluyeron que 47 de los 49 ítems del cuestionario eran importantes para

las enfermeras de atención domiciliaria y enfermeras de distrito. Con ello, proponían que esos elementos podían constituir un conjunto básico de atributos de la organización, así considerados por las enfermeras. Nuestro estudio ha pretendido ser más sintético, al determinar unos pocos elementos especialmente básicos, considerados atributos de los entornos que si no son bien valorados o no están presentes, complicarán potencialmente el desarrollo de cuidados excelentes o de alta calidad.

En su estudio, valoraron de 1 a 4 si estaban de acuerdo en que cada elemento era importante para conformar entornos profesionales óptimos. Se tomaron como aceptables las modalidades de respuesta 3 y 4. Y solo cuando fueron elegidos por más del 80% de las enfermeras, se consideró que era un elemento básico. Por lo tanto, no hemos podido seguir los criterios de selección de ítems de Flynn, puesto que dichos criterios no se adecuaban a las necesidades de nuestro diseño ya que nosotros buscamos la esencia de esos atributos, un número reducido de elementos ambientales básicos.

En la fase cualitativa de nuestro estudio, hemos recurrido a fuentes distintas para crear un criterio de consenso en las elecciones (*Schmidt, 1997; Holey, 2007; Rade, 2011; Berg, 1989*) además de la utilizada por Flynn y otros (*Gardner, Thomas-Hawkins, Fogg y Latham, 2007; Poli y Beck, 2004*). Entre otros motivos, porque nuestra elección fue directa, y no por puntuación o grados, es decir, se pidió a los participantes que eligieran los 10 elementos que creían fundamentales para conformar esos entornos organizacionales ideales para la mejora del cuidado en APS (Sí/ No para cada ítem).

Así, decidimos crear nuestro propio criterio de conveniencia, calificando los grados de consenso en base a tales antecedentes, y que se aplicó al grupo focal de expertos, con unos resultados que al compararlos con la fase cuantitativa, podemos considerar relevantes.

Es importante destacar que, en nuestro grupo focal, a mayor unanimidad en la elección de un ítem, menor discusión generaba. O lo que hemos entendido, derivado de tal afirmación: cuanto más fundamental es un elemento, más claridad en su elección, y en consecuencia, inexistencia de discusión, puesto que todos los expertos coinciden en ello.

En lo referente a la fase cuantitativa, y el análisis factorial, encontramos que nuestros resultados, una vez sometidos al análisis factorial, reproducen las 5 dimensiones originales del cuestionario PES-NWI, que explican el 61,02% de la varianza total.

Por ello, nuestro análisis estadístico muestra resultados que son muy coherentes con la estructura original del cuestionario, así como también con la distribución de ítems a cada dimensión, a pesar de que hemos encontrado algunos que no gozan de la misma fortaleza en la asignación a su dimensión.

En general consideramos buenos los resultados métricos, con las siguientes consideraciones:

- La dimensión 1 puntúa más alto con los 9 primeros ítems, tal como la escala original, a pesar de que el ítem 5 (el director/a de enfermería es fácilmente visible y accesible) plantea dudas de fortaleza, pero sí señala tendencia estadística.
- En las dimensiones 3, 4 y 5, se reproduce totalmente la estructura original en lo referente a la asignación de ítems por dimensión.
- La dimensión más controvertida, pues, es la 2 (fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado), en la que 5 de los 10 ítems han mostrado dudas estadísticas (ítems 11, 12, 13, 18 y 19), de los cuáles 3 serían asignados a esta dimensión al obtener la máxima puntuación, aunque sin fortaleza (13, 18 y 19).
- En relación con el ítem 11, existencia de un programa de calidad, planteamos que es un ítem que plantea dudas porque dicho programa depende en exceso de su puesta en marcha por los gestores, y puede que los profesionales asistenciales lo consideren importante, pero no que pueda depender de ellos su puesta en marcha y continuidad en las mediciones; pensamos que por ello puntúa con significación en la asignación a la dimensión 1.
- No estamos en condiciones de explicar los motivos por los que el ítem 12 (existencia de un programa de tutelaje de nuevas enfermeras) presenta significación para su inclusión en la dimensión 1.
- El ítem 13 (cuidados basados en un modelo de enfermería) puntúa más alto en la asignación a la dimensión original (2), pero sin significación. Desconocemos el motivo de esta falta de correlación interna, dado que por contenidos, consideramos adecuada la estructura original.
- El ítem 18 (se desarrollan programas formativos) presenta dudas estadísticas en su asignación a la dimensión 1 o la 3 (esta última es la original). No encontramos explicación clara a esta distorsión, pues consideramos adecuada su

estructura original que ha sido confirmada en múltiples estudios. Sin un aumento de la muestra, no podemos definir su asignación en nuestro estudio.

- El ítem 19 puntúa claramente más alto en su dimensión original (2), pero no obtiene suficiente significación, pero muestra su tendencia adecuada.
- En general, podemos esperar que para los ítems dudosos, un aumento de muestra podría aclarar dichas dudas métricas.

A pesar de estas dudas, la consistencia interna del test obtenida en nuestro estudio es alta (presentamos en los resultados alfa de Cronbach $> 0,8$ en todas las dimensiones). Si las dimensiones no hubieran tenido los ítems/componentes que deberían tener, dicha consistencia se habría resentido y sería baja.

En nuestro “Top Ten” de elementos esenciales, que hemos conseguido seleccionar, consideramos que los resultados obtenidos han presentado de una fortaleza importante, dado que la varianza explicada es del 61,02%.

Queremos destacar que el estudio por separado en sus fases cualitativa y cuantitativa ha confluído en elementos esenciales comunes en el 90% de los resultados; 9 de 10 elementos han sido coincidentes en nuestro estudio, primero entre expertos desde un diseño cualitativo, y posteriormente entre profesionales asistenciales desde un diseño cuantitativo.

Creemos que es un resultado significativo que 9 de 10 factores hayan sido los mismos, independientemente del diseño planificado para investigarlo, de modo que es coherente plantear estos ítems como realmente fundamentales para la mejora del cuidado.

En cuanto a la diferencia en el ítem 10º (el no coincidente entre profesionales asistenciales y expertos en APS), queremos aclarar que el grupo de expertos en APS consideró relevante la inclusión entre los factores esenciales de un atributo que permitiera a los/las profesionales de enfermería crecer como profesionales (optaron por el ítem 6: “Se puede desarrollar una carrera profesional o hay oportunidades de ascenso en la carrera clínica”). Sin embargo, los profesionales asistenciales no lo consideraron un elemento esencial para la mejora del cuidado. Por el contrario, los profesionales de enfermería que desempeñan su actividad en la función asistencial, creyeron conveniente

considerar un factor fundamental la existencia de suficiente personal de todo tipo para la mejora del cuidado de enfermería (ítem 25) y no solo la existencia de suficientes enfermeras para desempeñar esos cuidados (ítem 26).

Durante el desarrollo del grupo focal, este ítem fue un punto de discusión especial, si era esencial que hubieran suficientes enfermeras para obtener calidad en el cuidado, o si lo era que existiera personal de todo tipo suficiente (*Gea y Martínez, 2014*).

Creemos que la fase cualitativa de nuestro estudio ha ayudado y aportado conocimiento y comprensión-razonamiento de los motivos por el que los ítems son o no importantes para la mejora del cuidado.

Exponemos a continuación (Ver Tabla 42) los ítems finales elegidos en ambas fases de nuestra investigación, agrupadas por dimensiones ordenadas (de la 1 a la 5).

Como podemos observar en la tabla, la única discrepancia encontrada entre ambos diseños de investigación (fase cualitativa – fase cuantitativa) ha sido la de los ítems correspondientes a la existencia de un desarrollo profesional vs la necesidad de la existencia de suficientes recursos humanos de todo tipo, y no solo de enfermeras, para poder desarrollar cuidados de calidad excelente.

También nos ha resultado interesante el elevado peso ponderado que la Dimensión 2 del cuestionario original (fundamento para la calidad del cuidado) ha tenido en la selección final del Top Ten. Aporta 5 ítems esenciales, es decir, los mismos que el resto de dimensiones juntas. Por ello, tiene una consideración de dimensión especial para nuestro análisis. El resto de dimensiones (D1, D3, D5) aportan 1 elemento a excepción de la Dimensión 4, que aporta 2. La D1 es una dimensión larga, 9 ítems en la escala original, que únicamente se ve representada también por 1 solo elemento. Reflexionamos este último punto en el apartado 2 de esta discusión, en el apartado de Adecuación de recursos humanos (página 239)

<p style="text-align: center;">ÍTEMS</p> <p style="text-align: center;">FASE CUALITATIVA</p> <p style="text-align: center;">(EXPERTOS)</p>	<p style="text-align: center;">ÍTEMS</p> <p style="text-align: center;">FASE CUANTITATIVA</p> <p style="text-align: center;">(PROFESIONALES ASISTENCIALES)</p>
<p>2.- Las enfermeras del centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo.</p> <p>6.- Se puede desarrollar una carrera profesional o hay oportunidades de ascenso en la carrera clínica.</p>	<p>2.- Las enfermeras del centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo</p>
<p>11.- Hay un programa activo de garantía y mejora calidad.</p> <p>14.- La asignación de pacientes a cada enfermera existente favorece la continuidad de los cuidados (p. ej.: la misma enfermera cuida al paciente a lo largo del tiempo)</p> <p>15.- Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes</p> <p>18.- Se desarrollan programas de formación continuada para las enfermeras.</p> <p>19.- Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada.</p>	<p>11.- Hay un programa activo de garantía y mejora calidad.</p> <p>14.- La asignación de pacientes a cada enfermera existente favorece la continuidad de los cuidados (p. ej.: la misma enfermera cuida al paciente a lo largo del tiempo)</p> <p>15.- Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes</p> <p>18.- Se desarrollan programas de formación continuada para las enfermeras.</p> <p>19.- Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada.</p>
<p>20.- La supervisora/coordinadora es una buena gestora y líder.</p>	<p>20.- La supervisora/coordinadora es una buena gestora y líder.</p>
<p>26.- Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad.</p>	<p>25.- Hay suficiente plantilla de empleados en general para realizar el trabajo.</p> <p>26.- Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad.</p>
<p>31.- La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración apropiada.</p>	<p>31.- La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración apropiada.</p>

Tabla 42: Relación de ítems esenciales elegidos en las fases cualitativa y cuantitativa.
(en negrita, los únicos ítems divergentes según el grupo expertos o el grupo asistencial).

Creemos que la información extraída al aislar estos 10 ítems del resto del cuestionario, ha obtenido una capacidad de predicción muy alta (90,7%) en relación con la puntuación total cruda del cuestionario PES-NWI. Queremos expresar con ello que a nivel más pragmático (investigación y/o gestión), si utilizamos nuestra propuesta de ítems esenciales, obtenemos una información similar o muy aproximada a la que obtendríamos si utilizáramos el cuestionario “largo” original.

Somos conscientes de que si lo que pretendemos es obtener información exhaustiva de las 5 dimensiones del cuestionario PES-NWI, entonces nuestra propuesta de ítems esenciales no tendría la capacidad de explicar dicha información ni aportar esos datos, dado que no reproduce la estructura original (dimensiones). Considerando la obtención de información con nuestro Top Ten, creemos que mantendríamos la información referente a las Dimensiones 1, 2 y 4, y sufriríamos pérdida de información en las Dimensiones 3 y 5.

En cualquier caso, creemos necesario ampliar el estudio con investigaciones más exhaustivas y con muestras más amplias, para poder aumentar la validez y generalización.

En ese aspecto, nuestro Top Ten ha presentado una estructura interna en 3 dimensiones, con coherencia lógica en cuanto a contenidos.

Recordamos la distribución propuesta tras el análisis factorial:

DIMENSIÓN	ÍTEMS
1	<p>2.- Las enfermeras del centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo.</p> <p>11.- Hay un programa activo de garantía y mejora de la calidad.</p> <p>18.- Se desarrollan programas de formación continuada para las enfermeras.</p> <p>20.- La supervisora/coordinadora es una buena gestora y líder.</p>
2	<p>14.- La asignación de pacientes a cada enfermera existente favorece la continuidad de los cuidados (p. ej.: la misma enfermera cuida al paciente a lo largo del tiempo)</p> <p>15.- Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes.</p> <p>19.- Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada.</p> <p>31.- La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración apropiada.</p>
3	<p>25.- Hay suficiente plantilla de empleados en general para realizar el trabajo</p> <p>26.- Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad.</p>

Tabla 43: Agrupación de ítems esenciales en las 3 dimensiones del Top Ten (de elaboración propia).

Basándonos en esta estructura, proponemos la nueva definición de Dimensiones (Top Ten) en base a la siguiente unificación de las dimensiones originales del PES-NWI:

1. Unificación Dimensiones 1 y 3 (Participación en la gestión y liderazgo).
2. Unificación Dimensiones 2 y 5 (Fundamentos para el cuidado y relaciones interprofesionales).
3. Reproducción de la Dimensión 4 original (Adecuación de recursos).

Proponemos así lo que creemos un buen paralelismo con el cuestionario original:

DIMENSIÓN	CONCEPTO
1	Participación en la gestión y liderazgo enfermero.
2	Fundamentos para el cuidado y relaciones interprofesionales.
3	Adecuación de recursos.

Tabla 44: Definición de las nuevas Dimensiones del Top Ten PES-NWI.

En cualquier caso, nuestra valoración de los resultados es muy positiva, al lograr encontrar una combinación de ítems en los entornos de trabajo considerados fundamentales para la mejora del cuidado, que han mostrado (en nuestra muestra) la capacidad de ser predictores de la puntuación total del cuestionario PES-NWI.

Este conjunto de elementos esenciales es información que surge de los juicios y elecciones de profesionales de enfermería que desempeñan su actividad en Centros de Atención Primaria, independientemente de trabajar en Departamentos con gestión

pública o privada, en 2 provincias diferentes, además de otros factores socio-demográficos. Y cabe recordar que la información obtenida a partir de la opinión de profesionales asistenciales fue contrastada con la de un grupo de profesionales considerados “expertos”, que fue coincidente al 90%.

Con ello, queremos expresar nuestra convicción de que no han sido influenciados por sesgos/variables confusionales, ni por el azar.

Por otro lado, creemos necesario en esta discusión comparar nuestros resultados con los obtenidos por *Kramer y Schmalenberg* mediante la herramienta EOM 1 y 2 (*Kramer y Schmalenberg, 2004; Kramer y Schmalenberg, 2008*).

En la tabla (ya expuesta en nuestro marco teórico), podemos apreciar cuáles han sido los elementos esenciales del magnetismo que proponen las autoras en base a sus estudios con el cuestionario EOM en sus versiones 1 y 2. Las autoras encontraron 10 elementos esenciales, de los cuáles 8 acaparaban la mayoría de la varianza, que denominaron los 8 esenciales.

De entre los cuáles fueron propuestos los 8 esenciales y se reformularon así (Tabla 45):

Políticas de formación de las enfermeras.
Ejercer junto a otras enfermeras de elevada competencia clínica.
Relaciones adecuadas y positivas entre médicos y enfermeras.
Autonomía para la práctica enfermera.
Cultura de la institución centrada en el paciente.
Control de las enfermeras sobre su práctica.
Percepción de una dotación adecuada de plantilla.
Apoyo de los gestores enfermeros.

Tabla 45: 8 elementos esenciales EOM para el cuidado enfermero.

Al igual que la herramienta PES-NWI, y nuestra propuesta de Top Ten PES-NWI, el sistema de medición ha sido idéntico, a través de una escala Likert de 1 a 4 puntos.

Como podemos observar, nuestro estudio presenta múltiples coincidencias en los resultados, que pueden reforzar los supuestos de Kramer (*Kramer y Schmalenberg, 2004*), a pesar de tratarse de conclusiones y propuestas que parten de ambientes hospitalarios y de herramientas de valoración diferentes.

Pero también *Mensik (2006 y 2007)* en relación con la identificación de elementos clave que permitan configurar entornos enfermeros excelentes, que propicien cuidados de calidad, en este caso en entornos domiciliarios.

Todos estos trabajos, aunque relativamente más antiguos, nos permiten observar que los elementos habituales detectados en otras investigaciones se reproducen, a pesar de utilizar una herramienta de medición de entornos diferente. La formación de las enfermeras, desempeñar la actividad profesional junto a enfermeras de alta competencia, relaciones profesionales adecuadas entre enfermeras y médicos, percepción de una adecuada dotación de plantilla y apoyo de los gestores, son los 5 elementos que coinciden con nuestros resultados.

En el año 2008, Kramer y Schmalenberg de nuevo propusieron una estructura interna del cuestionario EOM II con 8 dimensiones, que sintetiza aún más el conjunto de atributos fundamentales para la mejora del cuidado enfermero:

Valores culturales. Apoyo de la gestión enfermera. Control de la práctica enfermera. Autonomía clínica. Idoneidad de la plantilla. Relación enfermera-médico. Competencia clínica enfermera, y apoyo a la formación.

**Tabla 46: 8 dimensiones esenciales EOM II
Tomada de *Kramer y Schmalenberg, 2008*.**

A pesar de tratarse de dimensiones estructurales de un cuestionario, consideramos que de nuevo se repiten en 4 elementos en nuestra investigación (5 si observamos con atención el último ítem, que engloba tanto la competencia clínica como el apoyo a la formación).

Nuestros resultados también están en la línea de los obtenidos por *Mensik* (2006 y 2007), aunque éstos ya fueron determinados en ámbitos comunitarios (domiciliarios).

Las enfermeras de ámbito domiciliario en los EEUU consideraron que uno de los elementos más importantes dentro de los esenciales para los entornos es el soporte o respaldo de los gestores y supervisores, que como ya hemos indicado, hemos propuesto como factor esencial y nuestro elemento más respaldado por las enfermeras participantes en nuestro estudio. También proponemos otros elementos que la autora propuso y que son la competencia clínica de las enfermeras, las buenas relaciones con los médicos, adecuado servicios de soporte y suficiente equipo de enfermeras, y el soporte formativo.

Flynn y Deatrlick (2003) defendía previamente estos resultados, al afirmar lo que nosotros creemos y proponemos como línea de investigación: los atributos que las enfermeras (de cuidados domiciliarios) consideran claves son similares a los de los Hospitales Magnéticos, por lo que el conocimiento precedente en filosofía magnética puede ser de ayuda para desarrollar entornos positivos para las enfermeras en ámbitos extra-hospitalarios.

Aceptamos que semejante número de coincidencias no puedan ser atribuidas al azar, sino en nuestra opinión, a la existencia de una tendencia en los resultados de los estudios llevados a cabo, en estos últimos casos con una herramienta distinta al PES-NWI, pero que aporta resultados comparables, lo que demuestra que independientemente del cuestionario utilizado y del entorno estudiado, algunos atributos de los entornos organizacionales presentan una tendencia a ser considerados especialmente importantes por las enfermeras asistenciales (Ver Tabla 15).

ORGANIZATIONAL ATTRIBUTE	Staff nurses %	Rank	HHC nurses %*	Rank
Working with other nurses who are clinically competent	80,1	1	72,6	4
Good nurses/doctors relationships and communication	79,2	2	60,4	6
Nurse autonomy and accountability	73,5	3	51,9	7
Supportive nurse manager, supervisor	69,5	4	80,2	2
Control over nursing practice	68,9	5	13,2	23
Support for education	66,2	6	38,7	10
Adequate nursing staffing	62,5	7	79,2	3
Concern for patient is paramount	62,0	8	89,6	1
Flexible work scheduling	---		67,9	5
Continued competency	---		44,3	8
Adequate support services	---		41,5	9

Tabla 15. Porcentajes de elección de elementos de práctica profesional en Atención Hospitalaria/Domiciliaria. Tomada de *Mensik (2006)*.

Sin embargo, también es cierto que algunos elementos que nosotros proponemos como esenciales para la mejora de tales entornos enfermeros no han sido investigados en relación directa con los entornos de práctica enfermera.

Concretamente nos referimos a los elementos: existencia de un programa de calidad en la institución/centro, asignación regular de pacientes al mismo profesional, y existencia de una filosofía de cuidado enfermera que impregne todo el sistema de trabajo. De estos últimos elementos hablaremos posteriormente, para justificar nuestros resultados.

Hemos obtenido resultados que van en la misma línea que los obtenidos previamente por Mathews (*Mathews, 2003*), que propuso un catálogo de 16 elementos esenciales, tras preguntar a las enfermeras asistenciales sobre los elementos que creían fundamentales. Así, podemos afirmar que nuestros elementos esenciales coinciden con, al menos, 10 elementos de entre sus propuestas: Apoyo por los gestores/administradores, desarrollo de prácticas colaborativas/roles multidisciplinares, vínculos con los médicos, interprofesionalidad, promoción de la competencia profesional, y control de las características contextuales de los entornos (factor en el que proponemos incluir la adecuada asignación de recursos humanos, la formación de las enfermeras, y la asignación de usuarios fijos –cupos- a las enfermeras).

DIMENSIÓN 1 TOP TEN: Participación en la gestión y liderazgo enfermero.

Liderazgo en enfermería.

Encontramos semejanzas con los resultados de la investigación de *Van den Heede (2011)*, salvando las diferencias al tratarse de un estudio de contexto hospitalario (valoramos como factible a expensas de futuros estudios que los elementos esenciales de los entornos profesionales puedan tener un carácter pluri-contextual).

Van den Heede proponía que en hospitales donde el gestor/líder era accesible (estructuras de gestión horizontales o planas, escasas barreras para acceder a la dirección y ausencia de cargos intermedios múltiples) se propiciaba que las enfermeras participaran en los asuntos de gestión del centro, se formaba más a las enfermeras, y con ello aumentaba la competencia de las mismas, pudiendo desarrollar carrera profesional, aumentando la satisfacción con el trabajo y mejorando la fidelidad hacia la empresa. Estas consecuencias coinciden globalmente con las características magnéticas de la filosofía Magnet®, que propicia entornos adecuados y óptimos para la mejorar del cuidado. Y además estos elementos propuestos por el autor coinciden con algunos de nuestros factores esenciales: un buen líder y que sea accesible, participación de las enfermeras en la gestión del centro, formación adecuada y mejora en competencias.

Shirey (2006) también propuso resultados equivalentes, incluyendo además el concepto de incentivación para la mejora y el desarrollo de la formación. Consideramos clave la estrategia de incentivación para implementar procesos de mejora profesional basados en el interés por la mejora formativa.

En nuestro país, podemos afirmar que a partir de los trabajos de *López (2004)* y *De Pedro-Gómez et al (2009 y 2011)*, ha aumentado paulatinamente el interés en la línea de investigación de los entornos de práctica profesional en enfermería, así como su protagonismo en la influencia de los cuidados prestados a la población, y también en la incorporación de prácticas basadas en evidencias clínicas.

Sin pretender restar importancia al resto de estudios (pioneros, precursores y que contribuyeron a abrir dicha línea de investigación en España: *Galvez del Toro (2003)*;

García et al, 2004; Havens, Labov, Faura y Aiken, 2002), estamos de acuerdo con De Pedro Gómez en que probablemente, el factor más importante para los entornos profesionales y para el desarrollo de prácticas clínicas basadas en evidencias, sea el apoyo de los gestores y la calidad de liderazgo enfermero. Así lo concluimos basándonos en nuestros resultados, al ser elegido como el factor más importante por el 60,5% de los profesionales asistenciales. Para nuestro grupo de expertos, es un factor que consiguió la unanimidad, es decir, el 100% de expertos consideraron que era un elemento esencial para la definición de entornos ideales que propiciarán la mejora de los cuidados. Nos parece un dato clave dado que solo han existido 3 factores que no generaron discusión entre expertos en la investigación cualitativa, al conseguir dicha unanimidad; fueron este factor (liderazgo), la existencia de una filosofía común enfermera de cuidado en el servicio, y la participación de las enfermeras en los asuntos de gestión del centro.

No podemos menospreciar estos resultados en referencia al liderazgo gestor, ya que conviene recordar que el modelo magnético proponía, entre sus 14 fuerzas magnéticas, las principales (*McClure, Poulin, Sovic y Wandelt, 1983*):

1. Fuerza 1: calidad del liderazgo de los gestores.
2. Fuerza 2: estructura de la organización (que como ya dijimos en el marco teórico, dependerá de los gestores).
3. Fuerza 3: estilo de gestión.

El ítem 20 del cuestionario PES-NWI se refiere al liderazgo de los coordinadores/supervisores en enfermería, y no tanto a la dirección de enfermería. Conviene recordar que en nuestra Comunidad Autónoma (y en nuestro país) los coordinadores en atención primaria tienen la consideración de gestores (gestión de recursos materiales y humanos), como afirma *Román (2011)*.

En ese sentido, y posiblemente con gran criterio, *Kramer y Schmalenberg (2008)* propuso un atributo esencial en el que se engloba explícitamente a gestoras y supervisoras (“*Se tiene el respaldo de gestores y personal supervisor*”).

Esta propuesta no nos ha sorprendido, en especial si basamos esta afirmación en el debate entre expertos, que relacionaron los ítems 4-5-7 de la D1, con el ítem 20 de la

D3. Es decir, nuestros expertos ya proponían la elevada relación entre determinados ítems de la D1 con el ítem elegido de la D3.

Para *González (2012)* también es un factor esencial, que producirá entornos más óptimos al permitir que haya una mayor incorporación de evidencias científicas a la práctica profesional. Dicha práctica basada en evidencias encontrará más obstáculos si la gestión no lo facilita.

Proponemos que el rol de los/las gestoras debe ser troncal, sobre el que se articulan el resto de elementos, que de otra forma difícilmente podrán implementarse en la praxis asistencial. *Shirey (2006)* ya proponía al liderazgo auténtico en enfermería como el “*pegamento*” necesario para que el ambiente profesional sea saludable y eficaz.

Nuestro grupo focal de expertos aportó una reflexión que consideramos clave para la comprensión de la propuesta de este atributo esencial: El ítem 20 del cuestionario original (La coordinadora es una buena líder) representa a los ítems 17, 21, 22, 23 y 24. Ésta fue unánime, dado que el 20 habla de que la coordinadora es competente y buena líder, el resto serían características de una buena coordinadora y líder.

En nuestro estudio hemos encontrado semejanzas importantes con el estudio reciente de *Jarrín, Flynn, Lake y Aiken, (2014)*, quién afirmaba que si lo que pretendemos es mejorar la calidad del cuidado y la seguridad de los pacientes, queda patente la relación entre entornos de trabajo y calidad del cuidado, destacando la importancia de los siguientes factores: disponer de recursos adecuados, apoyo de los gestores con un liderazgo importante, y buenas relaciones entre enfermeras y médicos. Estos resultados coinciden con los nuestros en lo que respecta a tales atributos de los entornos.

Especial relevancia nos merece el estudio de *Kieft (Kief, de Brouwer, Franckl y Delnoij, 2014)*, cuyo diseño ha sido similar a nuestro enfoque cualitativo. Coincidimos con gran parte de los resultados obtenidos a partir de grupos de discusión, en los que preguntó a profesionales de enfermería de ámbitos comunitarios qué elementos consideraban esenciales para mejorar los cuidados de enfermería.

Los resultados fueron aproximados a los de nuestro estudio: enfermeros clínicamente competentes, relaciones de trabajo en colaboración, personal adecuado y apoyo de la

gestión. Además, de nuevo aparece el factor autonomía (dimensión o atributo no valorado por el cuestionario PES-NWI) y otros que posteriormente discutiremos, como son el control sobre la práctica y la cultura centrada en el paciente.

En cuanto al liderazgo y apoyo de los gestores, Aiken (*Aiken, Clarke y Sloane, 2001b*) ya advertía del riesgo de la disminución de la calidad, 3 veces superior en centros con escaso apoyo gestor y con bajos recursos humanos en enfermería.

Algún estudio norteamericano resulta muy clarificador en cuanto al liderazgo de los gestores (*Tullai-McGuinness, Riggs y Farag, 2011*): En estudios comparativos de agencias privadas de cuidados domiciliarios en EEUU, se pudo observar como no hay grandes diferencias entre puntuaciones de agencias de alta calidad y de baja calidad, aunque siempre fueron superiores para las de alta calidad, más concretamente destacaron en adecuación de RRHH, apoyo de los gestores y trabajo en equipo. En este estudio se aconseja en las conclusiones que, si lo que se pretende es mejorar la calidad del cuidado, resulta clave que los gestores desarrollen sus habilidades en liderazgo.

Boyce, Pace, Lauder y Solomon, (2007) ya proponía en el año 2007 cuáles debían ser los roles concretos del liderazgo en enfermería en entornos domiciliarios / comunitarios: un líder fuerte, comprometido en la labor de modificar el entorno profesional de trabajo, que cree un conjunto coherente de valores e incentivación por objetivos, con recursos suficientes para mejorar, y creación de esa cultura de “mejora continua” que permite la búsqueda de objetivos de calidad compartidos y más ambiciosos. Como vemos, estos roles del líder pueden justificar la importancia del elemento: es un atributo transversal, que influirá que en otros elementos esenciales se potencien o por el contrario, sean coartados.

Los elementos comunes en los que otras fuentes documentales y nuestro estudio han presentado resultados coincidentes son la participación de las enfermeras en los asuntos y políticas (decisiones) que afectan al centro de trabajo, la formación de las enfermeras para conseguir que el equipo de trabajo tenga elevado nivel y abanico de competencias, un/a líder potente, suficientes recursos humanos y una buenas relaciones entre distintas profesiones, entre la que destacamos relaciones colaborativas adecuadas entre

enfermeras y médicos (*Flynn 2005; Gardner, Thomas-Hawkins, Fogg y Latham, 2007; Mathewsy Lankshear, 2003; Bjork, Samdal, Hansen, Torstad y Hamilton, 2007*).

También, como proponían nuestros expertos, la capacidad de desarrollarse como profesional o desarrollar carrera profesional en la empresa (*Gea y Martínez, 2014*), factor considerado no esencial para nuestros profesionales asistenciales.

Participación de las enfermeras en los asuntos del centro.

Este elemento esencial tiene gran relación con el modelo de liderazgo que la coordinación del centro ponga en práctica. Éste ítem guardaba relación con el 1 de la escala original (participación en los órganos y comisiones de la empresa), en tanto que este último trataba la participación de manera formal, institucional, mientras que el ítem seleccionado como fundamental, que tanto enfermeras expertas como asistenciales han elegido, supone la participación en la toma de decisiones directas que se producen en la gestión del centro.

Ha sido un elemento que no ha generado dudas, puesto que todas las expertas lo eligieron como fundamental, y la enfermería asistencial ha supuesto un porcentaje de elección del 50,6%.

Planteamos, consecuencia del razonamiento de los expertos, que este ítem es fundamental en la medida en que participar activa y libremente en la toma de decisiones, permite influir y mejorar en los aspectos organizativos que repercutirán un mejor producto enfermero. No participar en esas decisiones, significa no estructurar la praxis en función de las necesidades reales. El ítem 1 del cuestionario original PES-NWI aludía a la participación en órganos formales (juntas de gobierno, comisiones...), pero en nuestra opinión, esos órganos pueden estar excesivamente alejados de la actividad asistencial diaria.

Zarate (2004) ya advertía que es responsabilidad del líder en enfermería conseguir la participación de las enfermeras en la toma de decisiones, para ello debe crear un clima

idóneo, favorable, que le permita al coordinador/a obtener la opinión del grupo de enfermeras, valorar las demandas, y crear ese entorno de calidad que promueva mejores cuidados en salud.

Según Ferrer (2009), “*es necesario reorientar la estructura organizativa del modelo de gestión clínica... para aumentar la participación de los profesionales en dicha gestión*”.

Creemos que la participación de las enfermeras en ese modelo de gestión clínica es una condición fundamental desde el punto de vista de la calidad del cuidado, puesto que implicar a las enfermeras en la gestión del cuidado y la gestión del recurso, permitirá la descentralización de las decisiones, la autogestión de la demanda poblacional, y la mejora de la eficacia en el uso de dichos recursos, como afirma Ferrer (2009).

Programa activo de garantía de calidad.

Proponemos que es fundamental la existencia de un programa de calidad *efectivo* y no figurativo (ítem 11 del cuestionario PES-NWI y seleccionado como elemento esencial de los entornos tanto por profesionales asistenciales como por expertos), que permita el seguimiento, control y evaluación de procesos, estructura y resultados en salud.

Conseguir los máximos niveles de calidad es algo que está regulado por normativa jurídica en la *Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003)*, siendo recomendado por la Unión Europea la puesta en marcha de sistema de mejora y control de la calidad (*Unión Europea, 1997*)

Como destaca Ruiz (2011), algunos hospitales (entendemos que sus órganos gestores en los Departamentos de salud) han implantado sistemas de gestión de la calidad, como por ejemplo, el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management). La discusión precisamente en nuestra Dimensión 1 (participación de la enfermera en asuntos del centro y liderazgo enfermero) justifica que la enfermera deba participar en esos asuntos, incluido el programa de calidad. Como afirma Ruíz, y compartimos, la

participación de los profesionales en los sistemas de gestión de calidad es fundamental para la correcta consecución de los objetivos, y por lo tanto, creemos que la mejora continua y la búsqueda de la excelencia en el cuidado no será viable sin la existencia de un programa de calidad, y sin la participación real de las enfermeras en dicho programa. Los modelos de gestión de calidad (como el EFQM recién citado, y también la Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO-) aplican intervenciones para garantizar que todos los profesionales participen en la organización y decisiones relacionadas con el terreno laboral y profesional (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, s.f.).

Queremos exponer como ejemplos algunos de los elementos clave que estos modelos de calidad estudian en las organizaciones sanitarias, para poder comprobar la estrecha relación que guardan con los elementos clave de la calidad de los entornos:

- EFQM: Liderazgo, Políticas y estrategias del centro, Recursos, Innovación y aprendizaje, Procesos, Resultados en las personas, en los clientes y en la sociedad.
- JCAHO: Evaluación de los pacientes, Educación de pacientes y familiares, Continuidad asistencial, Mejora de la actuación de la organización, Liderazgo, Gestión del entorno asistencial, Gestión de los Recursos Humanos, y otros.

Es evidente la relación que nuestros elementos esenciales muestran con los elementos que estudian los modelos de gestión de calidad habituales en las organizaciones sanitarias. No en vano, la JCAHO ha fijado como criterio de calidad el tener/no tener la acreditación Magnet®, puesto que es una evidencia de que la calidad de los servicios de enfermería es máxima.

Por ello, consideramos que dentro de los modelos de gestión de calidad (incluimos el modelo normativo ISO), existen asimismo unos elementos comunes que son claves si lo que pretendemos es desarrollar una gestión de calidad (Cabo, 2010). Los elementos comunes de los programas de calidad (prácticamente todos), como creemos, han mostrado similitud con los elementos fundamentales propuestos en nuestro Top Ten:

- Organización centrada en el cliente: Filosofía enfermera.
- Liderazgo: Apoyo y liderazgo por parte de los gestores.
- Participación del personal: Participación de las enfermeras en los asuntos del centro.
- Enfoque a procesos: Recursos suficientes, gestión por competencias y puesta en marcha de programa de calidad.
- Mejora continua: formación y competencia.
- Enfoque hacia la toma de decisiones: autonomía, control sobre la práctica y relaciones médicos/enfermeras.

Afirma Ruíz Hontangas (Ruíz, 2011) que la gestión clínica y de cuidados, será una vía adecuada para la mejora de la calidad, propuesta que nosotros queremos completar añadiendo que la mera gestión del cuidado no será suficiente para la mejora de la calidad, sino que esa gestión del cuidado precisará de determinadas características como la autonomía total, control efectivo sobre la práctica, y roles colaborativos interprofesionales adecuados a los objetivos marcados por la empresa. En ese aspecto, Ruíz propone que puede resultar de ayuda a la mejora de la calidad el desarrollo de vías clínicas, que permita la toma de decisiones compartida con un protagonismo adecuado de las enfermeras. Sin esa autonomía real institucionalizada para la gestión del cuidado, no consideramos que la mejora en la calidad del cuidado pueda ser la adecuada. Estos otros elementos (autonomía, control sobre la práctica y roles colaborativos adecuados) los valoramos a continuación en su apartado correspondiente.

Estimamos que el uso adecuado de programas y modelos de calidad es esencial, por el control de los diversos elementos integrantes de los procesos y estructura, que pueden permitir obtener resultados de calidad. Esa puesta en marcha del programa, desde una visión crítica y positivista, permite a los gestores la medición de los diversos elementos y resultados, con detección de puntos fuertes y débiles de cada organización, que permitirán potenciar las fortalezas de un determinado centro, y al mismo tiempo, detectar y poner en marcha actividades resolutivas de mejora continua de las debilidades de la organización.

Formación continuada.

Según la filosofía magnética, las enfermeras de los Hospitales Magnet estaban “especialmente preparadas”, lo que definía el aspecto cualitativo de su fuerza de trabajo (McClure, 2005). Esto no solo se traducía exclusivamente en cuidados de enfermería de calidad superior, sino que podíamos objetivarlo en forma de menor mortalidad y complicaciones no deseadas (Aiken, 2002), por ejemplo, la mortalidad postquirúrgica es un 5% menor; expusimos en el marco teórico que en EEUU, disponer de enfermeras con la máxima titulación (Bachiller) suponía una reducción de la mortalidad del 10,9%, los reingresos y se acortaban las estancias hospitalarias (Yakusheva, 2014).

En general, son numerosos los estudios que afirman que la seguridad del paciente y la calidad del cuidado, y los resultados para los pacientes y para los servicios de salud, está en relación directa con el nivel de estudios del equipo de enfermería (Clarke y Donaldson, 2008; Cheung, Aiken, Clarke y Sloane, 2008)

Consideramos por todo ello que existe suficiente evidencia relacionada con datos probados que respaldan la afirmación de que a mayor nivel formativo, mejores serán los resultados en salud y cuidados.

En nuestro país, hemos definido el nivel de estudios según lo que se considera formación reglada (Diploma, Grado, Especialista, Máster y Doctorado en enfermería).

Como elemento esencial, las enfermeras participantes en nuestro estudio no han tenido dudas al respecto. Tanto el grupo de enfermeras asistenciales, como el grupo de expertas, han elegido el ítem como fundamental. El consenso de los expertos fue aceptable, al ser considerado antes y después del grupo focal por el 50% de los expertos. Sin embargo, en el análisis de contenido, fue reconocido por todos como algo importante, que dependía de todos: de gestores para implementarlo, y de profesionales por preocuparse por su desarrollo, y por intervenir en el diseño del contenido formativo. Las enfermeras asistenciales han considerado que la formación continuada era un factor esencial (el nº 8) elegido por un 44,5% de las participantes. Este porcentaje es similar al de elecciones de expertos.

En nuestros resultados cuantitativos, no hemos apreciado diferencias importantes, en especial entre los Departamentos de Elx-Vinalopó y Xàtiva (70,4% de diplomados, y 76,7% de diplomados respectivamente). Torrevieja presenta un porcentaje de diplomados del 92,3%, las de menor grado formativo. Elx-Vinalopó tiene el mayor % de enfermeras másters (11,3%), seguido de Xàtiva (10,8%) y Torrevieja (sólo el 3,8%).

Precisamente el Departamento de Torrevieja obtuvo la mayor puntuación total en PES-NWI, por lo que no podemos confirmar los resultados de los antecedentes documentales.

A pesar de que no hemos podido establecer ninguna significación del nivel formativo de las enfermeras y mayores puntuaciones, no dejamos de creer que dicha preparación formativa, así como la existencia de planes de formación continuada de calidad, se podrían vincular con la mejora de la calidad de la atención (*Kim, Harrington y Greene, 2009*).

Corresponde a las organizaciones sanitarias esa gestión del conocimiento (*De Pedro y Morales, 2004*), en tanto que la incorporación de evidencias solo podrá ser posible con la formación continua de las enfermeras; porque si no, ¿de qué otro modo pueden las enfermeras que desempeñan actividad únicamente asistencial, de acceder a las nuevas informaciones profesionales de mejora del cuidado?

Invertir en la formación de las enfermeras de cada Departamento es clave; el *Consejo Internacional de Enfermeras –CIE- (2007)* así lo considera y dice que hay que invertir los recursos necesarios en ello, puesto que permite la mejora continua de los profesionales, creando lo que llamó “Organizaciones de aprendizaje”.

Esta inversión en la formación adecuada de las enfermeras, junto con la gestión por competencias de cada profesional, creemos que tendrá una repercusión directa en diferentes aspectos de los entornos de trabajo, puesto que estar mejor formados convertirá a los profesionales en más competentes para asumir responsabilidades, tener mayor control y autonomía en la práctica y la toma de decisiones, les permitirá ser más críticos con la praxis y en definitiva, no puede sino contribuir a la mejora de la calidad global del cuidado.

En esta línea podemos comprender los consejos de *Buerhaus et al (2012)* en relación con las posibilidades de las enfermeras en el futuro sanitario de los EEUU: El aumento de la formación y educación de las enfermeras servirá para mejorar la preparación de los líderes en enfermería, y más concretamente a los gestores, claves para el progreso de la ciencia en el futuro próximo.

DIMENSIÓN 2 TOP TEN: Fundamentos para el cuidado y relaciones interprofesionales.

Relaciones entre enfermeras y médicos (Relacionada con el control sobre la práctica y la autonomía clínica).

El control sobre la práctica profesional es un factor controvertido según los resultados que aportan *Kramer y Schmalenberg (2004, 2008)* y *Mensik (2006, 2007)*, ya que resultó importante y esencial para las enfermeras de equipo hospitalario, pero quedó relegado a posiciones lejanas a las consideradas fundamentales, en el puesto 23, por las enfermeras de cuidados domiciliarios. Otros autores lo han considerado también elemento esencial de mejora del cuidado (*Kieft, 2014*)

Sin embargo, es un factor propuesto por muchas autoras como elemento clave, junto con otro repetidamente citado como elemento importante de las organizaciones sanitarias (*Bjork, de Brouwer, Franckl y Delnoij, 2007; Zelaukas y Howes, 1992; Zángaro y Soeken, 2007; Kieft 2014*), y tampoco aparece como dimensión en el cuestionario PES-NWI: la autonomía clínica.

El cuestionario PES-NWI no hace una medición explícita sobre el control de la práctica profesional. Como ya aseguraba *Juvé et al (2007)*, este elemento podría “*tener la lectura de que se trabaja colegiadamente, de igual a igual*” entre médicos y enfermeras, al tiempo que afirma que son necesarios más estudios para profundizar en este conocimiento, puesto que puede tratarse de un tipo de suposición.

Según el estudio de Entornos laborales saludables publicado por el Ministerio de Sanidad (basado en informe OMS) *“una práctica autónoma significa trabajar de forma independiente y poder tomar decisiones dentro del ámbito de aplicación de la propia práctica”* (OMS, 2007). Afirman que la autonomía incluye que pueda elegir sus propias acciones y tomar las decisiones de forma deliberada. Creemos que esta última proposición tiene una gran concordancia con lo que podemos entender como control sobre la práctica. Y proponen, como nosotros compartimos, que puede verse afectada por el contexto y por las relaciones, porque efectivamente, el control y la autonomía fomentan el empoderamiento que tanto favorece los resultados de calidad (RNAO, 2006), recomendando llegar a límites como *“poner en duda los procesos institucionales cuando no apoyan una atención de calidad al paciente”*.

En este documento plantean que, además de esa toma de decisión, se precisa también autonomía “relacional”, y definir mecanismos para eliminar las barreras y obstáculos que se oponen a la mejora de esos entornos.

Proponemos que con el fin de mejorar ese elemento fundamental (relaciones de colaboración apropiadas enfermeras/médicos), deberían implantarse en los Departamentos de salud (no solo en APS, también es factible en otros contextos como es conocido en la filosofía Magnet®) mecanismos de resolución de conflictos interprofesionales rápidos, surgidos para resolver las discrepancias en la toma de decisiones individuales o colaborativas. Este planteamiento no supone una novedad, en tanto que la acreditación magnética (hospitalaria) contempla tal requisito y otros cuestionarios (EOM) lo valoran, existiendo un ítem al respecto: *“Los problemas interdisciplinares se solucionan de forma inmediata mediante la acción de un equipo, que hace un seguimiento posterior del problema”*(traducción propia, Ver Anexo 4).

Consideramos pues que, al igual que Juvé Udina planteaba con la categoría de relaciones médicos/enfermeras, determinados ítems pueden aparecer implícitos en otras dimensiones u otros ítems, puesto que si el primer planteamiento fuera correcto (control de la práctica significa que médicos y enfermeras trabajan de igual a igual, que las enfermeras tienen la capacidad práctica y la responsabilidad para tomar las decisiones pertinentes en sus áreas de competencia), probablemente este elemento esencial (las relaciones entre médicos y enfermeras están basadas en una colaboración apropiada)

absorbería este tipo de elemento, fundamental para las organizaciones sanitarias según muchos investigadores. Consideramos que esa toma de decisiones, con control sobre la práctica y la autonomía, debe estar basada en la incorporación de evidencias al trabajo enfermero, lo que implica favorecer esa autonomía desde los órganos institucionales relacionados con participación plena de enfermería (por ejemplo, comités o comisiones de investigación) (*Larkin, Cierpial, Stack, Morrison y Griffith, 2008*).

La propia autora del cuestionario original PES-NWI (*Lake, 2002*), al igual que *Juvé et al, (2007)* considera que las relaciones de contenido del ítem relación enfermeras/médicos pueden sembrar confusión con la práctica independiente-autónoma en enfermería. Queremos confirmar que en nuestro estudio, hemos podido creer que la relaciones “adecuadas” entre enfermeras y médicos podía referirse al ejercicio autónomo de la profesión.

Por ello creemos que ambas dimensiones, control sobre la práctica y autonomía enfermera guardan gran reciprocidad. Según *Ramió (2005)*, el cambio para conseguir la autonomía clínica es difícil y compleja, al tratarse de relaciones de poder (y control) en la empresa. La pérdida de ese control que tradicionalmente ostentaron los médicos en APS en el pasado, junto al cambio de rol enfermero por su rápido progreso y evolución científicos, ha conllevado la desaparición de esa subordinación jerárquica, surgiendo según la autora, algo que compartimos y que ya hemos planteado en lo referente a este atributo fundamental: son necesarias nuevas formas de colaboración profesional conjuntas, que allí donde se han articulado con eficacia, ha permitido construir entornos de mayor calidad (EEUU en especial).

Entendemos que actualmente esa colaboración conjunta ha permitido (hasta la actualidad) mayor autonomía profesional que en el pasado, así como un control autónomo sobre la práctica enfermera, por ello hemos obtenido puntuaciones ciertamente elevadas en la dimensión 5 del cuestionario PES-NWI, relaciones entre enfermeras y médicos, y finalmente, ello ha propiciado que el ítem elegido como esencial de dicha dimensión sea el de relaciones de colaboración “apropiadas”.

La *RNAO (2006)*, Asociación de enfermeras de Ontario, define la colaboración como la cooperación en conjunto. Estas relaciones colaborativas incluyen la toma de ciertas decisiones, por una parte autónomas, en cada campo de competencia, y por otra parte

compartidas y consensuadas. Creemos necesario implementar las estructuras y procesos precisas para garantizar que dicha toma de decisiones sea consensuada, mejorando los procesos de comunicación internos del equipo.

En cambio, para *Juvé et al (2007)*, la relación de igual a igual enfermera/médico es la que peor puntúa en su investigación, lo que supondría un débil control sobre la práctica, identificándola como un área de mejora potencial de la organización en entornos hospitalarios.

Los estudios de *Bjork, Samdal, Hansen, Torstad y Hamilton, (2007)* les permitieron obtener resultados semejantes a los de nuestro estudio en cuanto a la necesidad de la formación de los profesionales para dotarlos de mayor competencia y propiciar su desarrollo profesional (que por otra parte, fue considerado un factor esencial por los expertos en la fase cualitativa del estudio, no contrastada posteriormente en la fase cuantitativa). Y finalmente, también propone, como nosotros, la adecuada interacción profesional, lo que en nuestro cuestionario se ha etiquetado como colaboración apropiada entre médicos y enfermeras.

Muchos años antes, *Hoffart y Woods, (1996)* y *Grindel, Peterson, Kinneman y Turner, (1996)* ya obtenían conclusiones similares a las nuestras en relación a este último tema, el de la interacción profesional médicos/enfermeras, proponiendo como nosotros que las relaciones adecuadas médico/enfermeras era un factor esencial de las organizaciones. Este último autor, (*Grindel, 2006*) y otras autoras como *Ponte et al (2007)* también aseveraban que existen una serie de componentes presentes en las organizaciones (sanitarias) que logran el empoderamiento de la enfermera, y que son los ya citados: participación activa en la toma de decisiones, mayor formación y competencia al desarrollarse como profesional, así como autonomía profesional.

Ese empoderamiento, al cumplirse estos requisitos, genera mejores resultados en los pacientes. Para este autor, la relación profesional entre médicos y enfermeras es un elemento clave del contexto laboral (*Grindel, Peterson, Kinneman y Turner, 1996*), tal y como nosotros proponemos. Consecuencia de la mala comunicación y relación profesional entre médicos y enfermeras, suceden eventos como errores de medicación y otras consecuencias (negativas) para los pacientes, como afirma *Manojlovich M (2007)*. Creemos pues, que este factor es esencial por lo que supondría una pérdida de

control de la práctica, como así lo afirma *Hoffart y Woods, (1996)* en relación con los errores y consecuencias para los pacientes si no es tenido en cuenta. *Kramer y Schmalenberg (2004, 2008)* así lo consideró al definir el ítem en EOM referido a las relaciones entre enfermeras /médicos, planteando también que exista entre ellos una buena comunicación (Good nurses/doctors relationships and communication).

Planteamos una estrategia clave en el aumento del control sobre la práctica, la autonomía, y la mejora de la calidad: la incorporación de las figuras de las enfermeras especialistas y de práctica avanzada, figuras prácticamente ausentes de forma efectiva del mapa organizativo (especialistas) o ni siquiera existentes ni contempladas (práctica avanzada).

En ese aspecto (control sobre la práctica, autonomía), nos preguntamos si las enfermeras pueden o están en condiciones de asumir roles que tradicionalmente han desempeñado los médicos de atención primaria en nuestro sistema sanitario, tras los cambios en los planes de estudios consecuencia del modelo Bolonia y si se produjera un ajuste legislativo.

Para *Ramió (2005)*, un valor y una actitud de la enfermera de Atención Primaria, tras los cambios y evolución de la APS, debe ser estar dispuesta a asumir esa autonomía profesional, apartando el miedo o resistencia por desconocimiento, considerando los nuevos roles una competencia y no una imposición, y eliminando en las élites gestoras o políticas dicha resistencia al cambio, entre otros motivos, por la pérdida de poder que perciben ciertos médicos. En nuestra opinión, esto pueda afectar en cada centro a esa relación enfermera/médico, que debe seguir siendo adecuada y colaborativa. Afirma *Ramió* que una sociedad cambiante, en especial demográficamente (envejecimiento y sus consecuencias en la atención a la salud), no puede pretender prorrogar indefinidamente el modelo de sistema sanitario, en especial en lo que respecta a perpetuar las mismas profesionales con las mismas responsabilidades, y con idéntica capacidad de toma de decisiones.

Proponemos que las nuevas figuras emergentes relacionadas con el campo profesional de enfermería especializada, gocen de mayor competencia y disposición para consolidar dicho cambio actitudinal.

Plantea esta última autora que en el sector público, las enfermeras desarrollan una mayor autonomía que en el sector privado, y, que además, gracias a las reformas de los últimos años, es más evidente para las enfermeras en APS en relación con las enfermeras de ámbito hospitalario.

En nuestro estudio no hemos detectado esas diferencias público-privadas, probablemente porque los planteamientos que utilizó la autora estaban más orientados a centros privados sanitarios (financiación/producción/provisión), y no a centros públicos con modelo de gestión privada. De hecho, los modelos de gestión privado y público han obtenido puntuaciones muy similares en la Dimensión 5 (relaciones apropiadas): 3,1 para el modelo de gestión privado, frente a 3 del modelo público, en ambos casos son buenas valoraciones y prácticamente, muestran que en ambos entornos la percepción de las profesionales de enfermería es buena.

Proponemos, en consonancia con la conclusión de Ramió, que la falta de trabajo en equipo adecuado (colaboración apropiada según la terminología utilizada en nuestro estudio) junto con el anclaje a modelos organizativos jerárquicos, son las razones explicativas que pueden limitar la autonomía profesional.

Considerando que la atención a la población con patologías crónicas sigue aumentando y consumiendo gran parte del tiempo y los recursos en APS, puede postularse como una posible solución a los problemas del sistema, en especial a la carencia de médicos y la demanda que sobre éstos recae en atención primaria, que plantea claramente que las consultas de enfermería deben ser una puerta de entrada efectiva. Como afirma Galao Malo (*Galao, 2009*), en el año 2025 y según fuente el Ministerio de Sanidad, la carencia de médicos especialistas será de 28301 profesionales, y en especial en médicos de familia, que si bien se cubre con médicos inmigrantes (que en sentido positivo aporta multiculturalidad), muestra una clara falta de planificación.

Por ello, una revisión sistemática antigua pero que plantea soluciones que creemos actuales (*Horrocks, Anderson y Salisbury, 2002; Kelcher, Parker, Abdulwadud y Francis, 2009*), ya postulaba que la sustitución de médicos por enfermeras en APS era una realidad en los países que se han atrevido a hacerlo, obteniendo resultados como los siguientes: Aumento de la satisfacción si el proceso era realizado por una enfermera, mayor tiempo de dedicación en consulta, no hay diferencias en los resultados en salud

de los pacientes, las enfermeras realizaron más investigaciones, no aumentó el gasto en prescripción, y la calidad global fue superior a favor de la enfermera. Coincidimos con las autoras al afirmar que la incorporación de la enfermera en APS con nuevos roles, competencias y responsabilidades (seguimiento global de pacientes crónicos, por ejemplo) conducirá a obtener tratamientos de alta calidad y el aumento de la satisfacción de los usuarios.

Porque la evidencia relacionada con el impacto de los cuidados enfermeros actuales en la salud de la población es modesta en relación con la prevista por los médicos. Las enfermeras aportan eficacia en gestión del cuidado, en el cumplimiento del paciente, gestión de crónicos, prevención y promoción; pero no hay pruebas suficientes del aporte y el impacto en los resultados en salud en APS (*Kelcher, Parker, Abdulwadud y Francis, 2009*).

Mucho más recientemente, se han podido respaldar los resultados positivos en distintos ámbitos de trabajo, pero también en APS (*Donald, Martin-Misener, Carter, Donald, Kaasalainen et al, 2013*), lo que confirma una consolidación de los resultados de Horrocks con los que nos mostrábamos de acuerdo, en especial en la atención a pacientes crónicos por enfermeras de práctica avanzada en USA, que según Donald, es lo que ocupa el mayor tiempo de trabajo, habiendo mostrado la enfermera de práctica avanzada también su efectividad.

Naylor y Kurtzman (2010) afirman que en EEUU, las enfermeras de práctica avanzada en Atención primaria son las que en mayor proporción prestan cuidados avanzados a la población, consecuencia de los cambios demográficos (ancianidad) y la cronificación de enfermos, con aumento de los gastos sanitarios.

Como Naylor, creemos conveniente proponer en nuestro país que la enfermera en atención primaria, y la incorporación de enfermeras de práctica avanzada para roles de control y seguimiento de pacientes crónicos, puede ser una opción favorable también bajo un criterio de coste-efectividad, pero de alta calidad, como se concluye también en la revisión sistemática de *Donald, Martin-Misener, Carter, Donald, Kaasalainen et al, 2013*.

Los factores sobre los que debe pivotar esta transformación son, en nuestra opinión, la educación avanzada, un liderazgo fuerte, y la eliminación de barreras/resistencias del entorno. Pero también creemos conveniente profundizar en el debate para definir, de forma inequívoca, cuáles deben ser las competencias que cada figura profesional (enfermera generalista/especialista/práctica avanzada) asuma para evitar las duplicidades, ganar eficiencia, y mejorar la calidad del cuidado evitando las lagunas jurídico-profesionales de otras épocas.

Continuidad del cuidado.

La continuidad del cuidado (elemento correspondiente al ítem 14), en el cuestionario PES-NWI) se refiere a la estabilidad del equipo asistencial sin cambios en la atención a un grupo de población también estable y concreta (a nivel hospitalario, en la asignación de pacientes por turno). Pensamos y proponemos que en APS esta continuidad en la asistencia tiene relación con asignación de cupos poblacionales a la misma enfermera, lo que ha sido calificado por nuestros expertos como un “requisito” para la mejora de la calidad del cuidado.

Según ellos, esta continuidad del cuidado no es un factor variable, sino una exigencia y necesidad sin las que no se puede hablar de calidad en atención primaria. Estaría en la base de la filosofía del cuidado en entornos comunitarios, y sin él, no tendría sentido pretender aplicar cuidados de enfermería excelentes.

Esta opinión profesional ya la hemos podido encontrar en el estudio de Rosa M^a Alberdi de forma más temprana y premonitoria, en pleno momento de desarrollo de la APS en España (Alberdi, 1992): la asignación de pacientes a la enfermera es una necesidad (independientemente del modelo de asignación que se use, que sería otro tema a estudio).

En el año 2001, el Ministerio de Sanidad, en su documento *Los equipos de Atención Primaria: propuesta de mejora*, ya apostaba por la asignación de población a cada profesional para garantizar la continuidad del cuidado y la mejora organizativa y en calidad (Ministerio de Sanidad, 2001), algo ratificado posteriormente en el año 2007

(Ministerio de Sanidad, 2007). La enfermera en el ámbito de la APS desempeña competencias familiares y grupales, así como de intervención comunitaria y educación para la salud, y no exclusivamente actividades clínicas clásicas. Por ello, la asignación de grupos de pacientes estables o mínimamente cambiantes es un factor que permite el desarrollo de las competencias enfermeras con calidad.

En el año 2002, la Consejería de Salud de la Comunidad Andaluza encargaba la elaboración de un documento científico-profesional a un grupo de expertos y de asociaciones científicas, que respaldan totalmente los planteamientos que hacemos en relación con la continuidad del cuidado y la asignación de grupos de población estables a la misma enfermera (SAS, 2002). En dicho documento se afirma que “*la discontinuidad del cuidado en APS aparece cuando se anteponen las características del entorno a las personas...*”. Coincidimos en que no podemos, de ningún modo, considerar que el entorno sea más importante que las necesidades de cualquier usuario, pero estamos en condiciones de proponer que tales entornos precisan de unas determinadas características que garanticen que la calidad que dichas personas recibirán sea la mínima fijada, y en condiciones ideal, la máxima posible. Una de esas condiciones consideramos que debe ser la asignación siempre estable del mismo grupo de la comunidad a la misma enfermera, porque además de ser elegido así por los profesionales asistenciales, los expertos/as insistieron en que era un requisito para la calidad.

Más recientemente, Martínez Riera (Martínez Riera JR, 2007) aseguraba en un estudio que la única forma de garantizar la atención integral y continuada era la asignación de cupos poblacionales a cada enfermera. En cualquier caso, asegura que la asignación por cupos supone varias ventajas para la calidad de la asistencia en enfermería, tanto para las profesionales como para los usuarios: el factor conocimiento de su enfermera, la mejora de la interrelación e identificación en el proceso comunicativo en salud/enfermedad, y la continuidad del cuidado que de ningún otro modo será posible. Por parte de la enfermera, permitirá una adecuada planificación del cuidado, con mayor facilidad para el proceso de ejecución/seguimiento/evaluación, mejorando la comunicación con el individuo/familia/comunidad (así como su interrelación), mayor facilidad para la evaluación de resultados, y una clara delimitación de la responsabilidad legal y jurídica en sus actos y procesos profesionales.

Por otro lado, insiste en otro trabajo *Martínez Riera JR (2006)* en que no trabajar con modelos organizativos que tiendan a la estabilidad temporal en los usuarios a cargo de la enfermera supondrá numerosas y mayores desventajas para el proceso del cuidado: un mismo proceso puede ser trabajado por 2 ó más profesionales; se producirá falta de empatía; pérdida de la visión integral del cuidado; repetición de actividades, procesos o cuidados; indefinición de los diferentes profesionales del sistema; desigualdades en la percepción de los cuidados por parte de los usuarios... entre otros.

Todo ello debería ir ligado a la posibilidad de que los usuarios/as tengan la opción de la libre elección de enfermera, aunque actualmente, con el modelo organizativo en unidades funcionales (o unidades básicas asistenciales), no sea posible la libre elección de un profesional concreto, dado que conlleva el cambio en el resto de profesionales (por ejemplo, elegir a una determinada enfermera puede conllevar el cambio necesario de médico de familia y/o de pediatra, que al mismo tiempo puede no ser aceptado por el paciente). Mantiene *Martínez Riera (2007)* que esta “libre elección” debe ser relativa y sometida a determinados elementos de control, para evitar que se convierta en un “castigo a las enfermeras más eficaces” (las más competentes, absorberán cupos mayores, alterando la ratio profesional y perjudicando la calidad de su cuidado).

Competencia clínica de las enfermeras.

Creemos que la competencia de las enfermeras guarda gran relación con el elemento anterior, su preparación académica y formativa, junto con la experiencia o el poder experto de la enfermera.

En primera instancia, es un elemento que obtuvo un consenso de expertos bueno, 62,5% de elecciones (5 expertos de 8), aunque tras el grupo focal, sufrió un castigo importante con pérdida de 2 electores. Es uno de los ítems que mostró consenso dudoso en segunda elección, y tuvo que ser sometido a tercera elección, sin conseguir destacar, pero siendo uno de los dos más elegidos.

Finalmente, se selección tras análisis de contenido al considerar las enfermeras expertas que es una condición para la excelencia, que no se puede desvincular la competencia enfermera (y la gestión por competencias) del objetivo de la calidad. Sin enfermeras competentes, afirmaron nuestros expertos, ningún objetivo de calidad de cuidado podrá ser conseguido.

Sin embargo, hemos considerado que no es adecuado considerar a todas las enfermeras competentes, porque sería una falacia, y porque además, guarda una gran relación con la formación individual de cada una de ellas. En ese aspecto, sirven los documentos citados anteriormente en el elemento esencial sobre la formación continuada de las enfermeras. Creemos que los aspectos formativos continuados de las enfermeras, son indisolubles de su competencia.

La vicepresidenta de la Comisión Nacional Docente de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, Cristina Heierle (*Heierle, 2009*), afirmaba que a pesar de que las enfermeras generalistas han dado una buena respuesta a las necesidades de la población en APS, las enfermeras especialistas en comunitaria han desarrollado en mayor profundidad una serie de competencias que permitirá aportar excelencia en el cuidado familiar, grupal y comunitario, al tener una mayor preparación y competencia que las generalistas, que en ocasiones se ven desbordadas o con carencias de preparación específica, al estar formadas en competencias generales de diplomatura o grado.

Lo que parece evidente es que los nuevos planes de estudios, consecuencia del marco de planes de estudios de Bolonia con un enfoque más pragmático de las titulaciones universitarias –valoración de necesidades y demandas reales de la sociedad de los profesionales- (*Ruíz, 2011*), junto con la posibilidad de acceder a niveles superiores como el doctorado –en enfermería-, permitirá la mejora de la calidad, algo evidenciado en estudios norteamericanos (*Aiken, Clarke, Sloane, Lake y Cheney, 2008*). Pero la competencia de las enfermeras no puede depender exclusivamente del proceso formativo de las enfermeras, porque como postula la teórica Patricia Benner (*Benner, 1982*), la adquisición de competencias enfermeras es un proceso complejo y largo, que no es estático sino dinámico; por ello, la inicial competencia de la enfermera se verá modificada progresivamente en base a su potencial de desarrollo, en el que además de los años de experiencia, otros factores como la propia actitud personal y profesional, la

formación y el apoyo de la institución serán fundamentales. Estos aspectos formativos continuados (otro elemento considerado esencial e incluido en nuestro Top Ten) ya ha sido discutido en este apartado, y expusimos como afecta de forma transversal a otros elementos esenciales, como por ejemplo éste, la competencia de las enfermeras.

Planteamos que las competencias avanzadas en enfermería comunitaria deben estar basadas en el análisis crítico de los procesos de cuidados, con procesos de toma de decisiones basadas en juicios clínicos reflexivos. No creemos adecuada la perpetuación de modelos de trabajo actuales con competencias y responsabilidades menos avanzadas, esperando que sea la propia organización quién genere el cambio, asumiendo las enfermeras roles más activos de visibilización del cuidado y de medición del impacto concreto de lo que aporta dicho cuidado enfermero al producto salud. Perpetuar el modelo actual en base a enfermeras generalistas, que asumen la cartera de servicios al completo, es diferente de otros modelos como el británico (Reino Unido), en el que la profesión se desarrolla en base a grados , con cargas de trabajo y responsabilidades determinadas, según el nivel competencial de cada enfermera (*Camaño, 2005*).

Filosofía del cuidado

La existencia de una filosofía común enfermera (elemento 15 del cuestionario) que impregna el entorno en el que se cuida, es un elemento esencial según nuestros expertos y también según el personal asistencial.

Hemos basado nuestra discusión en una definición clásica de filosofía enfermera, que dice que la filosofía en nuestro campo comprende: “*valores, creencias y búsqueda de conocimiento que determina la forma de pensar sobre los fenómenos y la forma de actuar sobre ellos*” (*Leddy y Pepper, 1997*). Al ser una ciencia muy práctica, creemos que debe integrar en la asistencia a las ciencias humanísticas, sociales y psicológico-conductuales, transformándolo o integrándolo en lo que Florence Nightingale llamaba el arte del cuidar.

Así, estamos en disposición de afirmar que “impregnar” al servicio o centro de salud, a sus enfermeras (y también al resto de profesionales) en esa filosofía, ese arte, ese pensamiento, guarda estrecha relación con lo que otros autores han considerado relevante y fundamental (*Kramer y Schmalenberg 2004, 2008; Mensik 2006, 2007*): todo lo concerniente al paciente es importante para el servicio, el paciente es lo más importante, el eje del rol y la filosofía enfermera. Como afirma Busquets (*Busquets, 2008*), la ética y la estética enfermera tiene relación con la fragilidad humana y la necesidad del cuidado. Y compartimos la afirmación de Jonas (*Jonas, 1995*), quién dice que es una responsabilidad humana cuidar de los seres frágiles, y por profesionalización, es una responsabilidad enfermera el cuidar de las personas vulnerables. Por ello, *Ferrer (2009)* lo llamó el arte de ayudar, en el que cuidamos porque hay gente que necesita ese cuidado enfermero.

Coincidimos asimismo con *Jarrín (2014)*, quienes proponían que si determinadas condiciones del entorno enfermero se dan (disponer de recursos adecuados, apoyo de los gestores con un liderazgo importante, y buenas relaciones entre enfermeras y médicos) la enfermera podrá convertirse en líder y defensora del paciente, en figura esencial de proceso de salud/enfermedad.

Zárate (2004) afirmaba en ese sentido que la responsabilidad del líder en enfermería es vital para configurar entornos apropiados para el cuidado, que promuevan los valores de dicho cuidado; utilizando el pensamiento enfermero, la cultura organizacional se centrará en dicho cuidado, y más en la salud, que en la enfermedad.

En ese sentido, consideramos que la enfermera es la profesional mejor situada (cercanía al usuario, formación humanística, manejo de los procesos globales con integralidad) para conseguir la cohesión y el aporte de valor añadido al proceso del cuidado.

Lo mismo afirma Gonzalo Duarte et al en el documento de trabajo del SAS (*2002*) sobre la estrategia para la continuidad de los cuidados.

No se trata de utilizar un modelo teórico enfermero, más cercano a la praxis, sino que en nuestra opinión, saber qué es lo importante en el sistema de trabajo, en nuestro ambiente profesional, marca la orientación que vamos a darle al cuidado. Por ello, la existencia de

una filosofía común de trabajo, que impregna a todo el equipo, ambiente, sistema, es fundamental, y así lo han entendido tanto expertos como profesionales asistenciales.

La existencia de la filosofía enfermera como eje profesional de la labor enfermera se ha visto muy condicionada por un enfoque de los sistemas de salud centrado en la enfermedad (*Salcedo, Huerta y Bustamante, 2013*), lo que según este autor, limita el rol profesional. Compartimos abiertamente esta postura, ya que pretendemos que la enfermera no se centre tanto en la enfermedad, sino en toda la población, sana y enferma, y en especial las familias, grupos y comunidades.

La filosofía también debe incluir la investigación, es decir, la obligación moral de investigar para mejorar el cuidado que prestamos y que, de no practicarse, no permitirá una consolidación del corpus de conocimientos disciplinares. Según este último autor (*Salcedo Salcedo, Huerta y Bustamante, 2013*), continuar investigando sobre sanos o enfermos, consiste en separar filosofía y praxis, algo inaceptable en nuestra profesión y ciencia, lo que denomina equilibrio prevención-recuperación, que no son términos filosóficos y representan, en nuestra opinión, lo que debemos entender como filosofía aplicada a la ciencia enfermera, es decir, el acercamiento entre el pensamiento abstracto (filosofía) y la práctica profesional de los cuidados de enfermería.

Creemos, como resumen final, que la visión filosófica del entorno, sistema, empresa, es fundamental como forma de observar la realidad, y fundamentar los cuidados que posteriormente se diseñarán como modelo de atención a las personas, grupos y comunidades, y que ese modo de pensamiento y praxis sea común a todos los trabajadores, para unificar el sistema de cuidados en el entorno de trabajo común; esta conclusión nuestra la basamos en la consideración de *Bueno (2011)* en su artículo “*Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional*”.

DIMENSIÓN 3 TOP TEN: ADECUACIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

Adecuación de recursos humanos.

Los modelos organizativos de práctica profesional no pueden desvincularse de la necesidad de existencia de personal suficiente para poder llevar a cabo planes e intervenciones de calidad. Porque de nada servirá asignar cupos fijos y estables a las enfermeras (y los médicos) si en los aspectos más práctico-asistenciales el número de enfermeras es bajo y tienen que dedicar gran parte de su actividad a la asistencia clínica, obviando los aspectos más psicosociales de nuestra profesión. Además, queremos diferenciar lo que supone la valoración directa de la dimensión de la plantilla que las enfermeras hacen en la recogida de datos del cuestionario (tanto enfermera como del resto de profesiones), de la valoración social de los diferentes actores sociales, que como expresa *Ruíz (2011)*, puede estar sometida a sesgos por intereses diversos, no basados en evidencias científicas. En nuestro estudio consideramos de alta credibilidad la percepción que cada enfermera que ha participado en el estudio ha manifestado en relación con la dimensión de la plantilla.

A nuestro juicio, pretender que el sistema sanitario realice actividades, programas e intervenciones de calidad sin aportar recursos humanos suficientes, es una falacia. Por ello, estos aspectos organizacionales deben ir ligados a unas ratios enfermera/paciente que permitan que los cuidados sean de calidad. En relación con los ratios de enfermería en España, podemos comprender y compartimos que sea el factor peor valorado habitualmente en los estudios, dado que existe documentación que asegura que la proporción de enfermeras por habitante en España está por debajo de la norma europea. Hace falta aumentar el número de enfermeras, y al mismo tiempo equilibrarlo con el número de médicos en APS, puesto que la cifra es más pobre en enfermeras (*Hernandez, 2010*). Y más antiguo, pero significativo, *Sancho-Viudes et al (2002)* ya proponían la necesidad de aumentar el personal en APS y desarrollar la figura especialista para la mejora del cuidado de la población. Efectivamente, los aspectos organizacionales tienen gran relación con la disponibilidad de recursos (humanos, pero

también científico-técnicos). Como mantiene *Ruíz (2011)*, un correcto dimensionamiento de las plantillas es fundamental para lograr cuidados de calidad.

En ese aspecto, nuestra anterior justificación tiene gran relación con 2 ítems que han seleccionado las enfermeras asistenciales: los ítems 25 (hay suficientes recursos humanos de todo tipo para prestar cuidados de calidad) y 26 (hay suficientes enfermeras para prestar cuidados de calidad).

Nos parece ciertamente complicado establecer una clara diferencia entre ambos ítems, en especial tras haber obtenido en nuestros resultados que ambos ítems son esenciales. Queremos exponer los conocimientos obtenidos a partir del grupo focal, ya que estos dos ítems provocaron cierta discusión al tener que elegir entre ambas opciones: ¿son suficientes las enfermeras para poder llevar a cabo cuidados de calidad, o las enfermeras precisan que el resto del equipo sea también adecuado en cuanto a recursos para poder conseguir esos cuidados de calidad?

Nuestros expertos/as tuvieron sus discrepancias al elegir entre ambas opciones, si bien, centrándose más en que el aspecto del estudio y el cuestionario era de clara visión enfermera, optaron por la opción de elegir el ítem 26 como fundamental, frente al 25, si bien todos/as estuvieron de acuerdo en que éste último también era muy importante. La decisión, contrario por otro lado, de los profesionales asistenciales, cabe explicarse por el hecho de que no tuvieron capacidad grupal de discusión, limitándose a los aspectos más cuantitativos de la medida. Por ello, la tendencia a repartirse y elegir ambos ítems ha propiciado que ambos hayan sido elegidos simultáneamente.

La reflexión final de nuestros expertos fue la siguiente: ¿Las enfermeras, no son equipo de recursos humanos? O lo que es lo mismo: El ítem 25, ¿cabría plantear que puede incluir a las enfermeras?

Según su opinión, este ítem podría refundirse en uno único, que planteará la necesidad de un equipo completo, suficiente y de garantías, que permitiera que todas las actividades fueran de una determinada calidad, también las intervenciones enfermeras.

Creemos conveniente también aportar como argumento explicativo que los expertos creyeron fundamental incluir como esencial un ítem enfocado a la carrera profesional (ítem 6, ya discutido), que las enfermeras pudieran ejercerla, elemento que en caso alguno les ha parecido importante a las profesionales asistenciales. Esto significa que,

dado que se les había solicitado que eligieran 10 elementos, dispusieran de menor capacidad de elección y se vieran forzados a elegir, de la Dimensión 4, solo un elemento, y consideraron conveniente elegir el ítem 26, es necesario que hayan suficientes enfermeras para prestar cuidados enfermeros de calidad.

No debe resultar sorprendente la explicación que aportamos, porque en realidad, dado que los expertos tuvieron la capacidad de interaccionar, aportando distintos puntos de vista y viéndose obligados a consensuar, contemplaron otras conclusiones como las siguientes: determinados ítems del cuestionario PES-NWI pueden ser incluidos/absorbidos por otros, si se ven forzados a priorizar entre ellos:

- El ítem 15 podría englobar al 13. La disyuntiva filosofía enfermera / modelo enfermero. Entienden claramente que son elementos diferentes, pero que puede unificarse.
- El ítem 2 representaría a los ítems 1 y 8. El ítem 2 (la enfermera participa en la toma de decisiones que afectan al centro) podría englobar al 1 (las enfermeras están FORMALMENTE involucradas en la toma de decisiones) y el 8 (tener la oportunidad de participar en las comisiones del centro).
- Los ítems 4, 5 y 7 entre sí tienen gran concordancia, si bien ninguno fue priorizado, relacionados con la visibilidad y el acceso de la dirección de enfermería a las enfermeras, así como si esa dirección consulta a los profesionales sobre los asuntos del centro.
- El ítem 6 englobaría al 3: La disyuntiva desarrollo / carrera profesional. Creen que no definir claramente ambas puede llevar a confusión en su elección. De hecho, provocó un largo debate que puede revisarse en el Anexo 16.
- El 25 y 26 podrían unificarse (los ítems ya explicados en este apartado).

Creemos oportuno pues sacrificar uno de los dos ítems, el 25 o el 26, en relación con la adecuación de los recursos humanos, aunque somos conscientes de que tal propuesta precisará de mayor investigación en el futuro, y que no podemos hacerlo sin confirmar

con mediciones estadísticas tal opinión. Por ello, consideramos adecuada la opinión de nuestro grupo de expertos al respecto de que optar únicamente por uno de los dos ítems puede dotar de mayor versatilidad a la herramienta corta Top Ten, facilitando y completando una valoración optimizada de la Dimensión 1 original, una dimensión que queremos recordar es larga (9 ítems) y de la cuál únicamente 1 ítem fue seleccionado.

A pesar de que los resultados métricos del Top Ten (incluyendo ambos ítems 25-26 del cuestionario original) han mostrado un poder de predicción importante (90,7% respecto al cuestionario completo PES-NWI), planteamos, con cautela (y asumiendo que es una hipótesis de investigación futura), que es posible mejorarlo con este cambio, eliminando uno de los 2 ítems, e incluyendo otro de la D1.

3.- Elementos no seleccionados como esenciales.

En relación con los ítems no seleccionados, creemos que puede aportar suficiente claridad la exposición de la siguiente tabla, en la cual se observan las elecciones, tanto de expertos como de profesionales asistenciales (Ver Tabla 47):

Nº DE ÍTEM	DESCRIPCIÓN ÍTEM	% ELECCIONES PROFESIONALES ASISTENCIALES.	% ELECCIONES PROFESIONALES EXPERTOS.
1	Las enfermeras de plantilla están formalmente involucradas en la gestión interna del centro (juntas, órganos de decisión.)	34,2	12,
3	Existen muchas oportunidades para el desarrollo profesional del personal de Enfermería.	31,9	25
4	La Dirección escucha y da respuesta a los asuntos de sus enfermeras.	32,3	12,5
5	El/la Director/a de Enfermería es accesible y fácilmente “visible”.	18,3	0
6	Se puede desarrollar una carrera profesional o hay oportunidades de ascenso en la carrera clínica.	33,8	50
7	Los gestores enfermeros consultan con las enfermeras los problemas y modos de hacer del día a día.	26,2	25
8	Las enfermeras de plantilla tienen oportunidades para participar en las comisiones del centro, tales como la comisión de investigación, de ética, de infecciones...	22,1	37,5
9	Los directivos enfermeros están al mismo nivel en poder y autoridad que el resto de directivos del centro.	12,2	25
10	Se usan los diagnósticos enfermeros.	29,7	37,5
12	Existe un programa de acogida y tutelaje de enfermeras de nuevo ingreso.	16,3	25
13	Los cuidados de las enfermeras están basados en un modelo enfermero, más que en un modelo biomédico.	22,4	37,5
16	Existe un plan de cuidados escrito y actualizado para cada paciente.	28,1	0
17	Los gestores del centro se preocupan de que los enfermeros proporcionen cuidados de alta calidad.	14,1	25
21	La supervisora/coordinadora respalda a la plantilla en sus decisiones, incluso si el conflicto es con personal médico	23,6	0%

22	La supervisora/coordinadora utiliza los errores como oportunidades de aprendizaje y mejora, no como crítica.	20,2	0%
23	La supervisora/coordinadora es comprensiva y asesora y da apoyo a las enfermeras.	15,6	0%
24	Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho.	22,4	12,5%
27	Los servicios de apoyo (celadores, administrativos...) son adecuados y facilitan estar más tiempo con los pacientes.	12,2	0%
28	Hay tiempo suficiente y oportunidad para discutir los problemas de cuidados con las otras enfermeras.	25,5	25%
29	Se realiza mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras.	31,9	0%
30	Entre los médicos y las enfermeras se dan buenas relaciones de trabajo.	20,5	0%

Tabla 47: Diferencias/semajanzas en los porcentajes de elección entre profesionales asistenciales y profesionales expertos/as, sobre los ítems no elegidos como esenciales de PES-NWI.

Apreciamos que, a excepción del ítem 6 (posibilidad de desarrollar una carrera profesional, que los expertos han considerado que podría ser relevante con un 50% de elecciones), en el resto de elementos hay suficientes coincidencias porcentuales en cuanto al escaso número de elecciones.

En relación con el ítem 6, ya hemos procedido a exponer la reflexión que motivó a los expertos a elegirlo, sacrificando un ítem en la Dimensión 4 de adecuación de recursos humanos, y eligiendo solo un elemento de la D4: hay suficientes enfermeras en el equipo para prestar cuidados de calidad. Del mismo modo, hemos expuesto en la discusión que creemos conveniente eliminar uno de ellos del Top Ten (sería necesaria mayor evidencia y estudios para decidir cuál de ellos) para poder forzar la entrada de otro ítem representativo de la D1, una dimensión larga y con poca representación, tal y como los expertos han considerado.

Creemos que cualquier línea de discusión al respecto debería basarse en nuevos y más específicos estudios de investigación, que permitan confirmar, modificar o refutar los resultados que hemos encontrado en nuestra muestra.

CONSIDERACIÓN FINAL.

Como consideración final, creemos que es necesario afirmar, pues, que tanto nuestra investigación como numerosos estudios precedentes coinciden en la existencia de un determinado número de factores que, de no estar presentes en los ambientes organizacionales sanitarios para las enfermeras, son un obstáculo para el desarrollo de cuidados que todo sistema sanitario pretende que sea de calidad. Nuestra propuesta del Top Ten de los elementos fundamentales de los ambientes profesionales, supone una buena predicción de la calidad global de dichos entornos de trabajo en enfermería, y creemos que contribuirá a facilitar su organización en más saludables y óptimos.

4.- Medición de los entornos para la práctica profesional en los Departamentos de salud.

Paralelamente a la consecución de un objetivo general, hemos pretendido obtener otras informaciones complementarias, basadas esencialmente en la medición de diversos entornos profesionales (Departamentos de Salud de la Comunitat Valenciana).

Los profesionales participantes en el presente estudio han sido los que desarrollan su actividad profesional en dichos departamentos de salud, formando parte estructural de la plantilla (fijos o no), con un mínimo fijado de experiencia, sin importar los años máximos de tal experiencia. Hemos considerado factores que pueden influir en la valoración que realizan del entorno: la edad, el sexo, los años de experiencia, su titulación, ejercer/no ejercer cargo de coordinación en APS.

Con estas variables hemos pretendido medir asociaciones, para valorar qué variables independientes producen cambios en la dependiente de forma significativa. La selección de estas variables independientes se ha basado en estudios precedentes en nuestro país, y admitimos que otras variables influyentes podrían haber sido omitidas en el estudio y no las hayamos reflejado en nuestro cuestionario de recogida de datos; del mismo modo, pues, no habrán sido incluidas en los ajustes posteriores del análisis.

Sin embargo, creemos que, dado que han sido elegidas basándonos en los antecedentes, la selección de variables elegida es representativa de las características de la muestra y del problema a estudio.

Los niveles de consistencia interna son buenos y guardan similitud con los antecedentes, por lo que la fiabilidad del PES-NWI se confirma (*Lake 2002; López 2005; De Pedro-Gómez et al 2009; Fuentelsaz-Gallego et al, 2012*).

El análisis de las mediciones de distintos entornos puede resultar un tema de interés dada la trascendencia del posicionamiento sociopolítico público / privado en la gestión de los servicios públicos de salud, con escasa investigación y por lo tanto, desconocimiento científico. Nuestro abordaje, en caso alguno, ha pretendido estudiar o cuestionar ninguno de los dos modelos de gestión. Queremos aclarar pues que nuestro objetivo ha sido conocer con detalle los entornos de práctica enfermera, que de forma

directa sabemos por los antecedentes que influye en la calidad del cuidado, relacionándolo con diversas variables entre las que el modelo de gestión es solo una variable más.

De forma global hemos obtenido unas puntuaciones por departamento de 88,6 para Elx-Vinalopó, 90,7 para Torrevieja, y de 82,2 para el departamento de Xàtiva / Ontinyent. Estos resultados obtienen una media de los departamentos de la Comunitat Valenciana de 86,4.

Comparados con otros resultados en nuestro país, podemos afirmar que nuestros resultados brutos obtienen puntuaciones por encima de los presentados por *González et al (2011)* en APS de Illes Balears, así como también de los obtenidos en la Comunidad de Madrid por *Parro et al (2013)*: 81,04.

Ello nos permite afirmar que los sujetos participantes en nuestro estudio en la Comunitat Valenciana tienen la percepción de trabajar en un mejor entorno organizativo, en relación con otras Comunidades Autónomas, en APS.

Si realizamos una comparación de puntuaciones brutas separadas por Departamentos de salud, en relación con los antecedentes, podríamos observar lo siguiente (Ver Tabla 48):

Nuestro análisis interno (Comunitat Valenciana) nos permite observar como la valoración de los entornos organizativos por parte de las enfermeras de Atención Primaria es buena. El único Departamento que ha superado los 90 puntos en el cuestionario es el Departamento de Torrevieja (90,7), con 2,1 puntos menos (88,6) tenemos a Elx/Vinalopó, y con 82,2 puntos Xàtiva / Ontinyent.

Ello nos permite afirmar, con significación estadística y sin el ajuste de las variables significativas, que las enfermeras de modelos de gestión privada han calificado como más óptimos sus entornos organizativos en sus respectivos departamentos, en relación con el único Departamento gestionado bajo un modelo público ($p < 0,001$).

LOCALIZACIÓN DEL ESTUDIO	PUNTUACIÓN
MEDIA DEPARTAMENTOS COMUNITAT VALENCIANA	86,4
ELX / VINALOPÓ	88,6
TORREVIEJA	90,7
XÀTIVA / ONTINYENT	82,2
ILLES BALEARS	80,4
MADRID	81,04
ENFERMERAS DE FOROS (solo APS)	76,88

Tabla 48: Puntuaciones totales obtenidas en los estudios nacionales de valoraciones de entornos mediante PES-NWI

Nuestro análisis externo supone que en cualquier departamento de la Comunitat Valenciana se han obtenido resultados superiores a los de los estudios precedentes, encontrando un equilibrio o tendencia (entre 80,4 y 82 puntos) en los gestionados desde un modelo público tradicional (Xàtiva/Ontinyent, Illes Balears, Madrid), independientemente de la Comunidad Autónoma de que se trate, y en todo caso inferiores a los obtenidos por Departamentos de Salud con modelo de gestión privada en la Comunitat Valenciana, los mejor valorados. El valor más elevado ha sido obtenido en el Departamento de Salud de Torreveja, mientras que el más bajo corresponde a las enfermeras de Atención Primaria que participan en foros de internet (*Pérez-Campos, Sánchez García y Pancorbo-Hidalgo, 2013*). Este último estudio no supone ninguna localización concreta, y contó con la participación de 87 enfermeras de APS, equivalentes al 40,7% de la muestra total participante en su estudio. Pensamos en relación con este último estudio que la falta de definición geográfica de la muestra supone una alta heterogeneidad que, junto con la baja muestra obtenida, es lo que puede explicar que obtengan una puntuación inferior a la del resto de estudios.

En relación con estos resultados, algunos autores afirman (*Huizing, López, Lacida y Pérez, 2005*) que las instituciones privadas en salud son organizaciones “no cuidadoras” (de sus trabajadores), lo cual repercute en la praxis enfermera de forma negativa. Mayor jerarquía profesional, escasa o nula autonomía, escasas opciones de desarrollo profesional, etc. *Molina (2011)* advierte más en concreto, que las mayores dificultades para la práctica enfermera en instituciones privadas se dan como consecuencia de las diferencias jerárquicas entre enfermeras y médicos. Probablemente este último artículo de revisión se refiera a instituciones sanitarias de financiación, producción y provisión privadas, y no a los nuevos modelos de gestión del sistema sanitario público; pero queremos confirmar que en los Departamentos estudiados, estas diferencias público/privadas no se han podido encontrar.

Analizando la variable Modelo de Gestión (público vs privado) hemos encontrado diferencias entre los modelos de gestión público y privado, en las puntuaciones totales, a favor del modelo de gestión privada (Elx-Vinalopó y Torrevieja). Este dato significa que en estos dos departamentos, las condiciones del entorno para la prestación de cuidados de enfermería, son ligeramente más óptimas que en el Departamento de Xàtiva / Ontinyent.

Creemos que una posible explicación a tal fenómeno pueda ser la edad de los trabajadores que desempeñan su actividad profesional en los Departamentos de salud en estudio (sensiblemente más baja en los modelos de gestión privada, y mucho más elevada en Xàtiva/Ontinyent).

Por ello, procedimos a ajustar las puntuaciones obtenidas en la variable dependiente en función de las variables independientes edad, años de experiencia y ejercer / no ejercer cargo de coordinación (las independientes que mostraron significación estadística en los resultados), para poder comparar las puntuaciones totales sin la influencia de estas últimas variables.

Es decir, hemos querido asegurarnos de que las diferencias encontradas en puntuaciones (y por lo tanto en entornos más óptimos) se explican (o no) por la edad de los trabajadores, años de experiencia y ejercer/no ejercer cargo de coordinación (al ser la proporción de coordinadores/as distinta para cada Departamento).

En el análisis bivariante (sin ajustar), se observaba una diferencia importante y estadísticamente significativa entre ambos modelos de gestión en la puntuación global del test. Sin embargo, gran parte de esa diferencia se perdió al ajustar por las variables independientes citadas (edad, años de experiencia y ser/no ser coordinadora de enfermería). La edad y el ejercicio de un cargo de coordinación son, pues, los dos factores que se asocian de forma independiente y significativa con la puntuación global del test.

Gran parte (la mitad) de la diferencia en la puntuación entre los modelos de gestión, puede ser explicada por la variable edad (disminuye la puntuación de los departamentos de gestión privada en 4 puntos).

Entendemos que dado que es un estudio de corte transversal, sin seguimiento a largo plazo, no podemos afirmar la existencia de causalidad entre estas variables independientes (edad, cargo de gestión) y la dependiente (puntuación obtenida en PES-NWI), por lo que insistimos en que únicamente mantenemos que indica asociación.

González et al (2012) ya encontraron en sus estudios los mismos hallazgos, al estudiar la incorporación de evidencias al trabajo: los años de experiencia y la categoría “gestoras” mostraban relaciones significativas con la valoración del entorno. No fue así con la variable edad, que lo que mostró fue tendencia a la significación. También mantenían que la incorporación de evidencias científicas a la práctica profesional ha mostrado gran relación con los entornos adecuados de práctica profesional.

En especial compartimos este planteamiento de González Torrente, que afirma que las puntuaciones altas de las gestoras pueden tener relación con un cierto alejamiento de la función asistencial clínica de la enfermera, tal vez más centradas en sus actividades de gestión y administración (en palabras de González Torrente, “*aislamiento de la realidad enfermera*”), más en concreto para las Direcciones de enfermería, menos para los puestos de coordinación. Planteamos esa hipótesis explicativa de la distinta percepción que ambas categorías profesionales pueden tener del escenario laboral y profesional.

Al igual que otros estudios (*Pérez, Sánchez, García y Pancorbo-Hidalgo, 2013; González et al, 2012; Parro et al 2013*), no hemos encontrado significación estadística entre el resto de variables con los resultados obtenidos en la valoración de los entornos.

En relación con la variable sexo, hemos hallado que las mujeres puntúan más alto en todas las dimensiones, excepto para adecuación de recursos (Dimensión 4). Ni siquiera encontramos en esta relación tendencia a la significación. Descartamos que pueda tener influencia esta variable, en especial al valorar que el 64,7% de las participantes en el estudio fueron mujeres. El mismo resultado obtuvo *Parro et al (2013)* en su estudio en la Comunidad de Madrid. No tenemos una explicación para este resultado (significación para la D4).

Por otro lado, hemos querido plantear -al igual que se ha hecho en otros estudios- (*Parro et al, 2013*) si el grado de estudios alcanzado por el participante podía tener alguna influencia en la percepción de su entorno profesional, y como ya hemos expuesto, no hemos encontrado ninguna significación con el resultado total. En cualquier caso, y aunque no presente relación, si se aprecia que a medida que las profesionales de enfermería van consiguiendo titulaciones superiores al diploma, va disminuyendo la puntuación, es decir, se vuelven más críticas con los entornos. Parro Moreno tampoco obtuvo significación con esta variable.

Planteamos como factor explicativo que ese afán formativo de las profesionales, que suele tener relación con el deseo de estar más preparadas como enfermeras, las convierte en más críticas con las condiciones del ámbito de trabajo, es decir, sean más exigentes con su entorno, al igual que ellas lo han sido con su preparación.

En relación con las puntuaciones medias obtenidas para cada dimensión, hemos sintetizado los resultados obtenidos en nuestro país en la siguiente tabla (Tabla 49) a efectos comparativos:

Creemos conveniente manifestar que, en nuestra opinión, utilizando puntuaciones crudas (totales) es posible que estemos actuando con falta de justicia con determinadas dimensiones del cuestionario original (Dimensiones 3, 4 y 5), que tienen muchos menos ítems que las Dimensiones 1 y 2, es decir, son dimensiones cortas.

Tal vez podríamos asignar a cada dimensión el mismo peso, pero careceríamos de antecedentes directos similares para comparar nuestros resultados.

La medición de la puntuación global bajo estos dos puntos de vista, es conceptualmente distinta, por lo que hemos procedido a determinar las puntuaciones globales tal y como los estudios previos han realizado. Sin embargo, creemos que puede ser metodológicamente aceptable el uso de puntuaciones medias de las dimensiones para representar el valor final y comparar con el resto de departamentos. Ello equilibraría el valor las dimensiones sobre el total de las puntuaciones del cuestionario.

Las puntuaciones altas del cuestionario (puntuación por dimensión $\geq 2,5$), suponen áreas del entorno bien desarrolladas por los gestores y permiten a las enfermeras desarrollar con mayor calidad su actividad profesional. Lo contrario supondría áreas poco óptimas y con gran potencial de mejora en los entornos profesionales de enfermería. Dicho de otro modo (*Moreno, Fuentelsaz y RN4CAST, 2013*), puntuaciones $\geq 2,5$ significaría que las enfermeras identifican la presencia de dicho factor en su entorno, y lo contrario. Algunos estudios definen la interpretación de los resultados del siguiente modo: bajo cuartil o entorno deficiente ($<2,5$), entorno mixto ($=2,5$) y buen ambiente o cuartil superior ($>2,5$) (Jarrín O, 2014).

	D 1	D 2	D3	D4	D5	TOTAL
MEDIA COMUNITAT VALENCIANA (según Gea Caballero V, 2015)	2,62	2,96	3,02	2,33	3,1	2,8
ELX / VINALOPÓ	2,68	3,1	2,94	2,25	3,23	2,84
TORREVIEJA	2,82	3,09	3,22	2,23	3,07	2,88
XÀTIVA/ONTINYENT	2,36	2,71	2,91	2,52	3,01	2,7
COMUNIDAD MADRID (Parro Moreno 2013)	2,49	2,64	2,9	2,3	2,72	2,61
BALEARES (González-Torrente, 2011)	2,41	2,62	3,12	2,2	2,7	2,61
FOROS INTERNET (solo APS) (Pérez-Campos MA, 2013)	2,48	2,57	2,59	2,22	2,70	2,48

Tabla 49: Puntuaciones por Dimensión y Departamento/Comunidad, y las de otros estudios.

Las puntuaciones medias totales indican que en todos los estudios, incluidos el nuestro, las puntuaciones son mayores de 2,5 y por lo tanto, indican entornos aceptables para el desarrollo de cuidados de enfermería de calidad. Excepto en el estudio de *Pérez, Sánchez García y Pancorbo-Hidalgo (2013)*, que puntúa por debajo de 2,5 y por lo tanto, es el peor entorno estudiado, aunque argumentamos que la falta de definición territorial o centro de trabajo, y la escasa muestra pueden sesgar dicho resultado.

En estudios internacionales (*Jarrín, Flynn, Lake y Aiken, 2014*) de ámbitos domiciliarios (EEUU), se concluye que las agencias de salud (privadas) con mejor valoración de entornos consiguen menores tasas de ingresos y reingresos, pero también con menor dependencia. Las agencias que peor puntuación presentaban, tenían mayores tasas de internamiento en hospitales de agudos, si bien se asoció a mayores cargas de trabajo, menos tiempo por paciente y exigencias de productividad superiores. No obstante, las autoras declaraban que los estudios tienen una capacidad limitada para demostrar la relación entre los entornos domiciliarios y los resultados en los pacientes.

Estos datos no se han podido estudiar en nuestra investigación al carecer de acceso a dichos datos, aunque creemos que la concordancia de nuestros estudios con otros precedentes, puede recomendar seguir esta línea de investigación, al quedar evidenciado en este último estudio que los ambientes profesionales de enfermería de calidad son más importantes aún cuando hay elevados niveles de burnout profesional.

Podemos mostrar resultados clarificadores en este análisis comparativo de resultados por dimensiones.

En todos los departamentos y comunidades estudiados, la dimensión peor valorada es la de adecuación de recursos (D4), independientemente de su gestión privada o pública; sin embargo, la excepción en esta dimensión es el departamento de la Comunitat valenciana Xàtiva / Ontinyent, que puntúa en la D4 $> 2,5$ (2,52), lo que significa que es el único departamento/comunidad con una percepción aceptable de sus recursos humanos. La realidad indica que aún siendo el único Departamento con resultado $> 2,5$, la puntuación es ajustada.

Por otro lado, vemos que este mismo departamento es, al mismo tiempo, el que peor percepción tiene de la participación de los profesionales en la gestión del centro (2,36).

Externamente, la Comunidad Balear también suspende en esta D1 (2,41), al igual que la Comunidad de Madrid (aunque esta última con una puntuación muy ajustada, 2,49), cuyos centros de salud también han sido gestionados bajo un modelo público tradicional. Los Departamentos que sobresalen en cuanto a la facilidad que ofrecen a sus trabajadoras/es de participar en la gestión corresponde a las del modelo de gestión privado de la Comunidad Valenciana (Elx/Vinalopó y Torrevieja, con 2,68 y 2,82 respectivamente). Creemos que abrir la participación de los profesionales asistenciales en la participación de las decisiones del centro debe tener relación con el estilo de gestión, más horizontal, menos jerárquico, más participativo, con menos cargos intermedios. Tal influencia tendría que ser estudiada en profundidad, si bien existen antecedentes que afirman que la gestión descentralizada y con menos figuras jerárquicas, repercute positivamente tanto en el profesional asistencial como en el usuario, mientras que lo contrario (verticales y con mayor distancia entre enfermera asistencial y el cuadro gestor) perjudica la participación de los trabajadores (*Bernardes, Cecili, Évora, Gabriel y Carvalho, 2011*). La comunicación entre profesionales asistenciales y gestores es una barrera importante, que queda reducida si existen menos escalones profesionales, y permite a los trabajadores una mayor participación (con la percepción de que sus opiniones son tenidas en cuenta) y a los gestores tener acceso directo a la información primaria ofrecida por los profesionales que la manejan, lo que además les confiere una mayor comprensión de ella (*Aguilar, Boltà, Gahete y Saz, 2009*). Esta última afirmación la consideramos clave: solo podremos comprender la información que aportan las enfermeras asistenciales si la obtenemos directamente de la fuente y sin intermediarios, porque lo contrario habrá supuesto alejarnos de la práctica, con el riesgo de sesgo de información.

Advertimos que todos los Departamentos o Comunidades con modelo de gestión pública obtienen puntuaciones menores de 2,5 puntos en esta dimensión (participación en la gestión). Desconocemos en el estudio de profesionales participantes en foros cuál/es son los modelos de gestión empleados. En cualquier caso, en este último estudio también se obtiene una puntuación inferior a 2,5 puntos.

Convendría pues hacer una reflexión profunda de los modelos organizacionales utilizados en los modelos de gestión públicos, dado que ninguno de ellos ha podido obtener una valoración positiva en esta dimensión, participación en la gestión.

En la Comunitat Valenciana, la dimensión con mayor puntuación ha sido la D5 de relaciones enfermeras/médicos, con solo 0,08 puntos más que la D3, Liderazgo y apoyo de la coordinación. Ambas en todo caso obtienen puntuaciones superiores a 3, lo que indica una buena percepción de tales dimensiones. En general, son resultados que se repiten en todos los contextos estudiados, tanto internos (Comunitat Valenciana) como externos. En Madrid y Baleares la dimensión mejor valorada ha sido la D3 (liderazgo y apoyo de la coordinación), y en segundo lugar la D5 (relaciones médicos/enfermeras). Es decir, han obtenido resultados alternos, aunque ciertamente similares. Por lo tanto, creemos que hay una constancia en los resultados, en relación con la valoración de estas dos dimensiones.

En todo caso, podemos afirmar que en nuestro estudio la relación enfermeras/médicos es una clara fortaleza del sistema, lo cual confirma los resultados previos en la Comunitat Valenciana en ámbitos hospitalarios (*Ruíz, 2001*). Esta valoración es importante por las consecuencias en cuanto a prevención de complicaciones y eventos adversos, que aparecen con mayor probabilidad si estas relaciones no son adecuadas, y que obviamente permitirán mejorar los resultados en salud y calidad asistencial.

4.- APLICABILIDAD PROFESIONAL DE LOS RESULTADOS.

- Disponer de una herramienta de valoración de entornos profesionales de enfermería breve y rápida, que aporta el 90,7 % de la información total de una excelente herramienta como el cuestionario PES-NWI, puede suponer para los/las gestores en enfermería la posibilidad de valorar de forma rápida, orientativa y fiable sus servicios, centros de atención primaria, departamentos de salud.
- Reducir la extensión de un cuestionario conservando la mayor parte de sus propiedades puede mejorar las tasas de respuesta al mismo, al no ejercer un efecto “fatiga” ni abandono en los encuestados; lo que puede mejorar la obtención de información en colectivos muy numerosos como los equipos de enfermería de APS.
- Aumentar la disponibilidad de diferentes herramientas de valoración de los entornos profesionales de enfermería contribuirá a un mejor estudio de dichos entornos y potencialmente a la mejora de los cuidados prestados por las enfermeras.
- Conocer los elementos esenciales de los entornos profesionales en enfermería, debe hacer reflexionar a los/las gestores en enfermería sobre la necesidad de implantar cambios en los ambientes de práctica profesional, priorizando sobre los elementos que proponemos, para optimizar dichos entornos.

5.- LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

- Desarrollar el estudio en atención hospitalaria de los Departamentos para valorar las diferencias / coincidencias en los atributos fundamentales.
- Seguir ampliando la línea de investigación para generar mayor evidencia en la existencia de elementos esenciales de los entornos en nuestro país (España).
- Desarrollar estudios de confirmación de las propiedades del Top Ten.
- Comprobar, con nuevos diseños y estudios, si el poder de predicción del Top Ten con respecto al cuestionario original PES-NWI mejora, eliminando un ítem de la D4, e incluyendo uno de la D1, como propone nuestro grupo de expertos.
- Desarrollar nuevos estudios cualitativos, con un número elevado de grupos focales, puede contribuir a consolidar los resultados obtenidos en el presente estudio, o en su caso, a conocer y comprender mejor los elementos de los entornos profesionales enfermero.
- Diseñar estudios de investigación internacionales (otros entornos socioculturales) y/o multicéntricos, para estudiar la posibilidad de que los atributos esenciales de los entornos de práctica profesional tengan consistencia, o bien sean distintos a los encontrados en nuestro estudio: valorar la universalidad de los elementos esenciales.
- Explorar la posibilidad de que los centros con entornos profesionales enfermeros positivos y de calidad, lo sean también para otros profesionales.
- Profundizar en el estudio de la influencia del nivel formativo de las enfermeras sobre los resultados en indicadores de salud, en el ámbito de la atención primaria de salud.
- Continuar en la mejora y optimización de las herramientas de valoración de los entornos para la práctica profesional enfermera, que aportarán mayor control del ámbito de trabajo y contribuirán a la mejora del cuidado profesional.

6.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

- Entendemos que el estudio en 3 Departamentos de salud, a pesar de obtener muestras estadísticamente significativas y tasas de respuestas superiores a las consultadas en los antecedentes documentales, no genera evidencia suficiente para poder generalizar los elementos claves al resto del país o Comunidad autónoma. Carece pues de una validez externa potente, limitada a los Departamentos en estudio.

No obstante, aportamos un punto de partida robusto, elaborado a partir de una metodología rigurosa y fiable, que permitirá profundizar en esta línea de investigación.

- A pesar de que los resultados estadísticos confirman con fortaleza estadística el resultado de nuestro Top Ten, creemos prudente continuar esta línea de investigación para poder generar mayor evidencia respecto a que nuestra propuesta de herramienta de valoración pueda utilizarse de forma fiable en la valoración de los entornos de práctica enfermera.
- Asumimos que la realización de una audio-conferencia en el grupo focal, y no una sesión grupal presencial, puede suponer pérdida de información al no registrar algunos matices de la comunicación no verbal (*Fontana & Frey, 2005*).
- La utilización de un solo grupo focal puede limitar la validez de los datos, si bien la técnica del Focus Group se ha implementado con esfuerzo metodológico para profundizar en el conocimiento y la comprensión de las dimensiones y los ítems. Será necesario desarrollar más estudios similares para generar mayor comprensión y validez.
- Entendemos que la opinión de un reducido número de expertos puede no representar la opinión de un colectivo, por lo que los resultados y conclusiones las tomamos también como orientativas y a los únicos efectos de mejorar la comprensión y el conocimiento.

- Al formalizar un proceso de selección de profesionales de especial relevancia como expertos/as en el ámbito de la APS, y pese al intento de preservar la intimidad de todos y cada uno de ellos/as y evitar que se conocieran entre sí, en el momento de la interacción grupal se pudo comprobar que varios/as expertos/as se conocían previamente. En concreto, 2 participantes tenían buen conocimiento entre ellos (se conocían personal y profesionalmente), otros 2 entre ellos (relación profesional pero no personal), y 4 entre ellos/as se conocían sin relación personal ni profesional. Desconocemos cómo puede afectar esta circunstancia a la fiabilidad del método y la obtención de datos.

7.- CONFLICTO DE INTERESES.

- Los autores declaran no tener conflicto de intereses en la presente investigación.
- Los autores no tienen ninguna relación profesional ni laboral con los departamentos de Torrevieja y Elx-Vinalopó.
- El autor principal del estudio tiene su destino laboral en el C.A de Quatretonda, zona básica nº 9 del Departamento de salud de Xàtiva / Ontinyent, lo que en caso alguno a interferido en los datos al ser recogidos al azar a través del cuestionario online, de las coordinaciones o de distintos profesionales en los centros de salud, en ningún caso el investigador a entrevistado a ningún/a profesional ni registrado directamente los datos.
- Los autores declaran no haber obtenido ningún tipo de contraprestación ni financiación por el desarrollo del presente estudio.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES.

1. Es necesario un cambio cultural progresivo de los servicios sanitarios, para mejorar los entornos profesionales y comprender que la excelencia en el cuidado enfermero es factible y una realidad potencial.
2. El cambio debe y tiene que ser liderado por los/las gestores y las coordinaciones de enfermería (el elemento esencial más importante), siendo necesario mejorar sus habilidades en liderazgo y gestión, para lograr dicho cambio hacia la excelencia y la práctica basada en evidencias.
3. Es necesario enfatizar la importancia, la necesidad y el valor de los entornos profesionales de enfermería. La importancia no radica tanto en los resultados, como en identificar la oportunidad de mejora que supone desarrollar cuidados excelentes.
4. Afirmamos que es posible diferenciar entre los ítems relevantes y los menos relevantes del cuestionario PES-NWI, lo que determina la existencia de algunos factores especialmente esenciales en la práctica profesional enfermera en APS.
5. Existe consenso entre los expertos en la identificación de los aspectos de mejora del cuidado, lo que los sitúa como requisitos a cumplir por la organización sanitaria. Además, coinciden al 90% con las elecciones de las enfermeras asistenciales, lo que refuerza dicha proposición. En 9 de los 10 ítems consensuados en la fase cualitativa se consiguió un consenso bueno o aceptable, incluso por unanimidad. Estos elementos generaron escaso debate, porque los expertos los identificaron rápidamente como relevantes para la mejora del cuidado. Esa escasa discusión y la unanimidad confirman que sean requisitos a cumplir por la organización sanitaria.
6. Siguiendo el modelo de estudio de los elementos esenciales de la escala EOM en EEUU, proponemos una herramienta rápida de valoración de entornos enfermeros de 10 ítems (Top Ten) a partir del cuestionario PES-NWI. Disponer de esta herramienta breve y rápida simplifica la recogida de datos, y facilita la

- toma de decisiones a los gestores con el objetivo de mejorar la calidad y los resultados en la población.
7. Aumentar la evidencia sobre la validez del Top Ten de elementos esenciales del PES-NWI, puede contribuir a la mejora de la calidad del cuidado en la medida en que los entornos de trabajo podrán ser valorados y modificados, adecuándolos a unas mejores condiciones básicas que permitan seguir optimizando dichos cuidados de enfermería.
 8. Es necesario seguir investigando los ambientes profesionales en APS para clarificar y detallar los consensos/divergencias al respecto de la elección de elementos esenciales de la práctica en APS.
 9. Lo importante en relación con los entornos profesionales y la actividad profesional enfermera es que sean variables y modificables. La actitud de todo el equipo enfermero, pero también del resto de profesionales y de la organización (y sus líderes), es la que permitirá modificar los entornos y mejorar la calidad y los resultados. La resistencia al cambio por parte de determinados actores puede entorpecer el cambio positivo, siendo necesario olvidar roles profesionales arcaicos.
 10. Si somos capaces de configurar entornos profesionales de calidad para las enfermeras, en realidad, esos entornos serán adecuados y saludables para todos los profesionales del centro, no solo para las enfermeras; además, también lo serán para los usuarios.
 11. No existen grandes diferencias en la calidad de los entornos enfermeros, según el modelo de gestión practicado, con una ligera tendencia en el modelo privado a obtener mejor valoración en 4 de las 5 dimensiones del cuestionario PES-NWI. Y en cualquier caso, los Departamentos de Salud investigados de la Comunitat Valenciana obtienen mejores resultados globales que los del resto de Comunidades Autónomas de las que tenemos datos. Concluimos que se está trabajando de forma positiva para mejorar, de forma priorizada, las condiciones profesionales de las enfermeras, aún con carencias significativas detectadas por el estudio. y con buen potencial de mejora.

REFERENCIAS

REFERENCIAS.

Aguilar Villalba R., Boltà Fisa M., Gahete Santiago A. y Saz Roy M.A. (2009). La comunicación en enfermería: un camino el canal hacia la satisfacción profesional. Estudio comparativo entre dos hospitales. Trabajo final de Máster. Universitat de Barcelona. Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21551/1/2008_10.pdf Consultado el: 4/3/2015.

Aiken L.H., Smith H.L. y Lake E.T. (1994): Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*; 32(8): 771-787.

Aiken L.H., Havens D.S. y Sloane D.M. (2000).The Magnet Nursing Services Recognition Program.*Am J Nursing*; 100(3):26-35

Aiken L.H. y Patrician P.A. (2000). Measuring organitational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index *Nurs Res*; 49(3):146-153.

Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M. (2001a). Nurses reports of hospital quality of care and working conditions in five countries. *Health Aff*; 20(3): 43-54

Aiken L.H., Clarke S.P. y Sloane D.M. (2001b). Hospital staffing, organization and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Helath-Care*; 14 (1): 5-13.

Aiken, L.H. (2002). Superior outcomes for magnet hospitals: The evidence base. In McClure M.L. y Hinshaw A.S. (Eds.), *Magnet hospitals revisited: Attraction and retention of professional nurses* (61-81). Washington, DC: American Nurses Publishing.

Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M., Sochalski J., Jeffrey H. y Silber M.D. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Bornout and Job Dissatisfaction. *JAMA*; 288(16): 1987-1993.

Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M., Lake E.T. y Cheney T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *JONA*; 38(5): 223-9.

Aiken L.H. y Poghosvan L. (2009). Evaluation of “magnet journey to nursing excellence program” in Russia and Armenia. *J Nurs Scholarsrsh*; 41(2):166-74.

Aiken L.H., Sermeus W., Van den Heede K., Sloane D.M., Busse R., McKee M. et al. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*; 344. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e1717>

Aiken L.H., Sloane D.M., Van den Heede K., Busse R., Diomidous M., Kinnunen J. et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*; 383(9931):1824-30.

Alberdi Castell R.M. (1992). La identidad profesional de la enfermera. *Rev Rol Enf*; 1(2):39-44. Disponible en <http://www.index-f.com/presencia/n2/23articulo.php> Consultado el 16/2/2015.

Alemán-Rivera I.S., López-Cruz R., Torres-Santiago M., García-Galindo J., Zárate-Grajales, R.A. (2011). Hospitales Magnéticos para la mejora de la calidad del cuidado. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*; 19(2): 99-103.

Alonso Cuenca R.M., Pancorbo-Hidalgo P.L., Pérez Ordóñez F. (2013). Índice de valoración del contexto de práctica enfermera en un hospital universitario. *Parainfo digital*. 2013; 19. Disponible en: <http://index-f.com/para/n19/213o.php> Consultado el 23/9/2014.

Alzate L.C., Bayer G.L., Squires A. (2014). Validation of a Spanish version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index in the Colombian context. *Hispanic Health Care Int*; 12(1): 34-42

American Association Colleges of Nursing. (2014). The impact of education on Nursing Practice. Disponible en: <http://www.aacn.nche.edu/media-relations/fact-sheets/impact-of-education>. Consultado el 19/3/2015.

American Hospital Association. (2011). Fast facts on US Hospitals. Disponible en: <http://www.nursecredentialing.org/magnet/programoverview/historyofthemagnetprogram> Consultado el 26/5/2015.

American Nursing Association . (2009). Nursing Administration: Scope & Standards of Practice. Ed. American Nursing Association.

American Nursing Association . (2010).Through Nursing's Safety & Quality Initiative, Disponible en <http://www.nursingworld.org> Consultado el 18/11/2014

ANA American Nursing Association. (2013). Forces of magnetism. Disponible en: <http://nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/HistoryoftheMagnet/Program/ForcesofMagnetism> Consultado el 8/1/2014.

American Nurses Credentialing Center. (2014). 2014 Magnet® Application Manual. Silver Spring, MD. Disponible en: <http://www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview.aspx> Consultado el 23/7/2014.

Anzai E., Douglas C. y Bonner A. (2014). Nursing practice environment, quality of care, and morale of hospital nurses in Japan. *Nurse Health Sci*; 16(2): 171-8.

Barbara J. H. (2006). Hospitals and Clinics, Iowa City, IA. Citada en: *Nursing Economics*.

Baz Téllez, M. (1994). Análisis del discurso grupal: una propuesta desde la la psicología social. En: II Foro Departamental de educación y comunicación: Psicología México DF: UAM-X, CSH, Depto. de Educación y Comunicación.

Bay J., Hsu L. y Zhang Q. (2013). Validation of the Essentials of Magnetism II in Chinese critical care settings. *Nursing in critical care*; doi: 10.1111/nicc.12041.

- Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*; 82(3):402-407.
- Berg, L. (1989). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. Boston: Bacon.
- Bernardes A., Cecilio L.C.O., Évora Y.D.M., Gabriel C.S., Carvalho M.B. (2011). Modelo de gestión colegiada y descentralizada en hospital público: la óptica del equipo de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 19(4). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/es_20.pdf Consultada el 4/3/2015.
- Bjork I.T., Samdal G.B., Hansen B.S., Torstad S. Y Hamilton G.A. (2007). Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*; 44(5): 747-757.
- Bonnetterre V., Liaudy S., Chatellier G., Lang T. y De Gaudemaris, R. (2008). Reliability, validity, and health issues arising from questionnaires used to measure psychosocial and organizational work factors (POWfs) among hospital nurses: A critical review. *Journal of Nursing Studies*; 16(3):207-230.
- Boyce P.S., Pace K.B., Lauder B. y Solomon D.A. The ReACH Collaborative-improving quality home care. *Caring*; 26(8):44-51.
- Bruyneel L., Van den Heede K., Diya L., Aiken L. y Sermeus W. (2009). Predictive validity of the International Hospital Outcomes Study questionnaire: an RN4CAST pilot study. *J Nurs Scholarsh*. 41(2):202-10.
- Bueno Robles L.S. (2011). Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. *Cienc. Enferm*; 17(1):37-43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000100005> Consultado el: 2/4/2015.
- Buerhaus P.I., Des Roches C., Applebaum S., Hess R., Norman L.D. y Donelan K. (2012). Are nurses ready for health care reform? A decade of survey research. *Nurs Econ*; 30(6):318-29.

- Busquets Alibés E. (2008). Ética y estética del cuidar. *ROL enf*; 31(11):748.
- Cabo Salvador J. (2010). *Gestión sanitaria integral: pública y privada*. Centro de estudios financieros. Disponible en: http://www.cef.es/files-cef/Sumario_gestion_sanitaria_integral.pdf Consultado el 7/9/2014 y 8/5/2015.
- Camaño Puig, R. (2005). *Professionalisation of Nursing in England and Spain: A comparative study*. Laurea Publications; Helisinki. 1ª ed.
- Cardona Alzate L.C. (2011). Validación de la versión en español del instrumento Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI o “Entorno laboral de la práctica de enfermería”). Trabajo de Grado para Magister. Universidad Nacional de Colombia.
- Cheung R.B., Aiken L.H., Clarke S.P. y Sloane D.M. (2008). Nursing care and patient outcomes: international evidence. *Enferm Clin*;18(1):35-40.
- Chiang H.Y. y Lin, S.Y. (2008). Psychometric testing of the Chinese version of nursing Practice Environment Scale. *Journal of Clinical Nursing*,18(6): 919 -929.
- Cicolini G., Comparcini D. y Simonetti V. (2014). Workplace empowerment and nurses' job satisfaction: a systematic literature review. *J Nurs Manag*; 22(7):855-71.
- Clarke S.P. y Aiken L.H. (2003). Failure to rescue. *Am J Nurs*; 103(1):42–47.
- Clarke S.P. y Donaldson N.E. (2008). Nurse staffing and Patient Care Quality and Safety. Chapter 25. En: Hughes R.G. (2008). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockvielle. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Consejo Internacional de Enfermería. (2005). Regulation terminology. Disponible en: <http://icn.ch/regterms.htm> Consultado el 7/4/2015.

Consejo Internacional de Enfermería (2007). Entornos de práctica favorables: lugares de trabajo de calidad = atención de calidad al paciente. Conjunto de instrumentos para información y actuación. Ginebra. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/publications/2007-positive-practice-environments-quality-workplaces-quality-patient-care/> Consultado el: 10/8/2014.

Constitución Española. Boletín Oficial del Estado nº 311, España, de 29 de diciembre 1978.

Currie V., Harvey G., West E., McKenna H. y Keeney S. (2005). Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review. *J Adv Nurs*; 51(1):73-82.

De Brouwer B.J.M., Kaljouw M.J., Kramer M., Schmalenberg C. y van Achterberg T. (2013). Measuring the nursing work environment: translation and psychometric evaluation of the Essentials of Magnetism. *Intern Nursing Review*; 61(1): 99-108.

De Pedro Gómez J.E. y Morales Asencio J.M. (2004). Las organizaciones: ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia?. *Index enferm*; 13(44-45).

De Pedro-Gómez J., Morales-Asencio J.M., Sesé A., Bennasar M., Artigues G. & Pericas J. (2009). Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index. *Metas de Enfermería*; 12(7), 65–73.

De Pedro-Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé-Abad A, Bennasar-Veny M, Artigues Vives G, Perelló Campaner C. (2011a). Entorno de práctica de las enfermeras y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: análisis de situación en las Islas Baleares. *Gac Sanit*. 25(3): 191-7. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05730.x.

De Pedro-Gómez J.E, Morales-Asencio J.M., Artigues-Vives G., Bennasar-Veny M., Perelló-Campaner C. y Gómez-Picard P. (2011b). Spanish Validation and Adaptation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index in a Primary Care Context. *J Adv Nurs*; 29.

Donabedian, A. (1993). Defining and Measuring the quality of health care. En: *Assesing Quality Health Care. Perspectives for clinicians*. Baltimore.

Donald F., Martin-Misener R., Carter N., Donald E.E., Kaasalainen S. et al. (2013). A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *JAN*; 69(10):2148-2161. Doi: 10.1111/jan.12140.

Executives and Magnet Coordinators Tell Their Stories University of North Carolina at Chapel Hill. *Journal Of Nursing Administration. JONA*; 34(12): 579-588.

Erickson J.I., Hamilton G.A., Jones D.E. y Ditomassi M. (2003). Measuring the impact of collaborative governance: Beyond empowerment. *Journal of Nursing Administration*; 33(2): 96-104.

Escobar J. y Bonilla-Jiménez F.J. (2009). *Grupos focales: una guía conceptual y metodológica*. Universidad El Bosque, Bogotá, Kimpres Ltda. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*; 9(1): 51-67.

Estabrooks C.A., Midodzi W.K., Cummings G.C., Ricker K.L. y Giovanetti P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research*; 54(2): 72-84.

Fernanda Marcelino C., Dos Santos Alves D.F., Cristina Gasparino R. y de Brito Guirardello E. (2014). *Acta Paul Enferm*; 27(4):305-10.

Ferrer Arnedo C. (2009). La Enfermería comunitaria en un modelo de gestión clínica en Atención Primaria. *Revista de Adm Sanitaria sg. XXI*; 7(2). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-la-enfermeria-comunitaria-un-modelo-13139762> Consultado el: 5/4/2015.

Flynn L. y Deatrck JA. (2003). Home care nurses descriptions of important agency attributes. *J Nurs Scholarsh*; 35(4):385-90.

Flynn L., Carryer J. y Budge C. (2005). Organizational attributes valued by hospital, home care, and district nurses in the United States and New Zealand. *Journal of Nursing Scholarship*; 37(1): 67-72.

Flynn L., Lian Y., Dickson G.L. y Aiken L.H. (2010). Effects of nursing practice environments on quality outcomes in Nursing Homes. *J Am Geriatr Soc*; 58(12): 2401-2406.

Fontana A. y Frey J.H. (2005). The interview: From neutral stance to political involvement. En: Denzin N.K. y Lincoln Y.S. (Eds.). *The sage handbook of qualitative research* (3ª ed.): 695-727. Thousand Oaks. CA: sage.

Fuentelsaz-Gallego C., Moreno-Casbas M.T. y González-María E. (2013). Validation of de Spanish version of the questionnaire Practice environment scale of the Nursing Work Index. *International Journal of Nursing Studies*; 50:274–280

Fuentelsaz-Gallego C., Moreno-Casbas M.T., Gómez-García T., González-María E. Consorcio RN4CAST-España. (2015). Entorno laboral, satisfacción y burnout de las enfermeras de unidades de críticos y de hospitalización. Proyecto RN4CAST-España. *Enfermería Intensiva*; 24(3):104-112.

Gajewski B.J., Boyle K.K., Millar P.A., Oberhelman F. y Dunton N. (2010). A multilevel confirmatory factor analysis of the Practice Environment Scale: A case study. *Nurs Res*; 52(2): 147-153.

Galao Malo, R. (2009). Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. *Index de Enfermería* (ed. Digital); 18 (4). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n4/7090.php> Consultado el 7/4/2015.

Gálvez del Toro, A. (2003). Reducción de la mortalidad en hospitales que prestan cuidados de enfermería de calidad. *El Hospital magnético. Index Enferm*; XII(43):80-82

García Palacios N., García Palacios R., Vila Pérez M., Torres Ramírez P. y Moreno Álvarez M.M. (2004). Entorno clínico de la enfermera de hemodiálisis en la provincia de Cádiz. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*; 7(3): 6-12.

Gardner J.K., Thomas-Hawkins C., Fogg L. y Latham C.E. (2007). The relationships between nurses' perceptions of the hemodialysis unit work environment and nurse turnover, patient satisfaction and hospitalization. *Nephrology nursing Journal*. 34 (3): 271-281.

Gea Caballero V., Colomer Pérez A.N. y Martínez Riera J.R. (2014). Valoración de los entornos de práctica profesional de enfermería con la escala EOM (Essentials of Magnetism): una revisión sistemática. Comunicación oral. Congreso Internacional Asociación Enfermería Comunitaria. Gran Canaria. Disponible en: www.geyseco.es/aec2014/comunicaciones_online/ Consultado el 19/3/2015.

Gea Caballero V. y Martínez Riera J.R. (2014). Selección de ítems fundamentales del cuestionario PES-NWI de entornos profesionales mediante un grupo focal de expertos. Comunicación oral. Congreso Internacional Asociación Enfermería Comunitaria. Gran Canaria. Disponible en: www.geyseco.es/aec2014/comunicaciones_online/ Consultado el 20/3/2015.

Gershon R.R., Stone P.W., Bakken S. y Larson E. (2004). Measurement of organizational culture and climate in healthcare. *J Nurs Adm*; 34(1):33-40.

González Torrente S., Adrover Barceló R.M., Miguélez Chamorro A., Bennasar Veny M., Pericás Beltrán M. y Artigues Vives G. (2011). Análisis por parte de las enfermeras de Baleares de los entornos de práctica hospitalaria y de atención primaria, mediante el cuestionario PES-NWI. *Paraninfo digital*. 12. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/120p.php> Consultado el 2/3/2013.

Gonzalez-Torrente S., Pericas-Beltrán J., Bennasar-Veny M., Adrover-Barceló R., Morales-Asencio J.M. y De Pedro-Gómez J. (2012). Perception of evidence-based practice and the professional environment of Primary Health Care nurses in the Spanish

context: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*; 12:227. Doi: 10.1186/1472-6963-12-227.

Grindel C.G., Peterson K., Kinneman M. y Turner R. (1996). The practice environment project: a process for outcome evaluation. *J Nurs Adm*; 26(5): 43-51.

Grindel C.G. (2006). The power of nursing: can it ever be mobilized. *Med surg Nursing*; 15(1):5-6.

Havens D.S., Labov T.G., Faura T. y Aiken L.H. 2002. Entorno clínico de la enfermera hospitalaria. *EnfermeríaClínica*; 12(1): 13-21.

Havens D. y Jonhston M. (2004). Achieving Magnet Hospital Recognition: Chief Nurse

Hawkins J.E. y Shell E. (2012). Magnet® Hospital are attracted to the BSN but what's in it for nurses?. *Nursing*; 42(3):50-2.

Heierle Valero, C. (2009). La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. *Enfermería Comunitaria (Rev. Digital)*; 5(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v5n2/ec0052.php> Consultado el 7/4/2015.

Hernández Cantoral A., Zárate Grajales R.A. (2011). Hospitales magnéticos: Escenario ideal que garantiza calidad del cuidado y la satisfacción laboral en enfermería. *Rev Enf Univ ENEO-UNAM*; 8(2):25-32.

Hernández Yáñez J.F. (2010). La enfermería frente al espejo: mitos y realidades. Fundación alternativas. Disponible en: www.falternativas.org/content/download/16183/461362/version/1/file/doc162.pdf Consultado el 1/12/2014.

Hoffart N. y Woods C.Q. (1996). Elements of a nursing professional practice model. *J Prof Nurs*; 12(6): 354-64.

Holey A.E., Feeley L.J., Dixon J. y Whittaker J.V. (2007). An exploration of the use of simple statistics to measure consensus and stability in Delphi studies. *BMC Medical Research Methodology*; 7:52. Doi: 10.1186/1471-2288-7-52

Horrocks S., Anderson E. y Salisbury C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*; 324: 819-823. Doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7341.819>.

Huizing E., López Alonso S., Lacida Baro M. y Pérez Hernández R.M. (2005). Estrategias de mejora de los cuidados enfermeros en salud mental en Andalucía. *Presencia*; 1(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n1/13articulo.php> Consultado el 2/5/2015.

Ibáñez J. (1994). Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión. En: García Ferrando, M.; Ibáñez, J. y Alvira, F. (Comps.). (1994). *El análisis de la realidad social. Métodos, técnicas de investigación*. Madrid, Alianza Universidad Textos: 569-581.

Illich I. (1974). *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. México. Ed. Barral.

INP / APN network: International Nurse Practitioner-Advanced Nursing Practice Networknetwork (Sin fecha). Definition and characteristics of the role, n.d.Disponible en: <http://www.icn-apnetwork.org/> Consultado el 7/4/2015.

Institute of Medicine. (2004). *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Washington, DC: The National Academies Press.

Jarrín O., Flynn L., Lake E.T. y Aiken L.H. (2014). Home health agency work environments and hospitalizations. *Med Care*; 52(10): 877–883. doi: 10.1097/MLR.0000000000000188

Johnson R.B. y Christensen L.B. (2004). *Educational research: Quantitative, qualitative, and mixed approaches*. Boston: Allyn and Bacon.

Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, s.f. Disponible en: <http://jointcomissioninternational.org>. Consultado el 19/4/2015.

Jonas H. (1995). El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona. Herder.

Juvé Udina M.E., Farrero Muñoz S., Monterde Prat D., Hernández Villen O., Sistac Robles M. y Rodríguez Cala A. et al. (2007). Análisis del contexto organizativo de la práctica enfermera: El Nursing Work Index en los hospitales públicos. *Metas de enfermería*; 10(7): 67-73.

Kanter R.M. (1993). *Men and women of the corporation* (2nded). New York: Basic Books.

Keeling A.W. y Bigbee J.L. (2005). The history of Advanced Practice Nursing in the United States. En: Hamric A.B., Spross J.A. y Hanson C.M. *Advanced Practice Nursing an Integrative Approach*. St Louis: Elsevier 3^a ed: 22.

Kelcher H., Parker R., Abdulwadud O. y Francis K. (2009). Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. *International Journal of Nursing Practice*; 15(1):16-24.

Kidd P. y Parshall M. (2000). Getting the focus and the group: Enhancing analytical rigor in focus group research. *Qualitative Health Research*; 10(3): 293-308.

Kieft R.A, de Brouwer B.B, Franckl A.L. y Delnoij D.M. (2014). How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*; 13(14):249. doi: 10.1186/1472-6963-14-249.

Kim H., Harrington C. y Greene W.H. (2009). Registered Nurse staffing mix and quality of care in nursing homes: A longitudinal analysis. *The gerontologist*; 49(1):81-90.

Kluska K.M., Laschinger-Spence H.K y Kerr MS. (2004). Staff nurse empowerment and effort-reward imbalance. *Canadian Journal of Nursing Leadership*; 17(1):112-128.

Kramer M. y Hafner L.P. (1989). Shared values: impact of staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nurs Res*; 38(3):172-7.

Kramer M., y Schmalenberg C. (2002). Essentials of magnetism. En: McClure M.L. y Hinshaw A.S. *Magnet Hospitals Revisited: Attraction and retention of Professional Nurses* (pp 25-29). Washington, DC: American Nurses Association.

Kramer, M. y Schmalenberg C. (2003). Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy. *Nursing Outlook*; 51(1):13-19.

Kramer M. y Schmalenberg C. (2004). Development and evaluation of EOM Tool. *Journal of Nursing Administration*; 34(7-8): 365-378.

Kramer M., Schmalenberg C. y Maguire P. (2004). Essentials of a Magnetic work environment. Part 1 to 4. *Nursing*; 34(6):50-4

Kramer M. y Schmalenberg C. (2008a). Essentials of a Productive Nurse Work Environment. *Nursing Research*; 57(1): 2-13.

Kramer M. y Schmalenberg C. (2008b). The Practice of Clinical Autonomy in Hospitals: 20 000 Nurses Tell Their. *Crit Care Nurse*; 28(6):58-71

Kramer M., Maguire P. y Brewer BB, (2011). Clinical nurses in Magnet Hospitals confirm productive, healthy unit work environments. *Journal of Nursing Management*; 19(1):5-17.

Kramer M., Brewer B., Halfer D., Nowicki Hnatiuk C., MacPhee M. y Schmalenberg C. (2014). The Evolution and Development of an Instrument to Measure Essential Professional Nursing Practices. *Journal of Nursing Administration*; 44(11):569-76.

Krueger R. A. (1994). *Focus groups: A practical guide for applied research* (2.a ed.). Thousand Oaks, CA, EEUU.

Krueger R. A., y Casey M. A. (2000). *Focus groups: A practical guide for applied researchers* (3.a ed.). Thousand Oaks, CA, EE.UU.

Kutney-Lee A., Sloane D.M. y Aiken L. (2003). An increase in the number of nurses with baccalaureate degrees is linked to lower rates of postsurgery mortality. *Health Affairs*; 32(3):579-586.

Kutney-Lee A., McHugh M.D., Sloane D.M., Cimiotti J.P., Flynn L., Neff D.F., et al. (2009). Nursing: a key to patient satisfaction. *Health Aff*; 28(4):669-677.

Lake E.T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health.*; 25(3):176–188.

Lake E.T. y Friese C.R. (2006). Variations in nursing practice environments: relation to staffing and hospital characteristics. *Nurs Res*; 55(1):1-9.

Lake E.T. (2007). The Nursing Practice Environment. *Measurement and Evidence. Med Care Res*; 64(2):104S-122S.

Larkin M., Cierpial C., Stack J., Morrison V. y Griffith C. (2008). Empowerment Theory in Action: The Wisdom of Collaborative Governance. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*; 13 (2): doi: 10.3912/OJIN.Vol13No02PPT03.

Leddy S. y Pepper J.M. (1997). *Bases conceptuales de Enfermería Profesional*. Filadelfia: JB Lippincot Company.

Ley Orgánica 53/84, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas. *Boletín Oficial del Estado*, España. 26 de diciembre de 1984.

Ley 30/1984, de medidas de reforma de la Función Pública. *Boletín Oficial del Estado*, España. 2 de agosto de 1984.

Ley 14/86, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, España. 25 de abril de 1986.

Ley 15/1997, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS. Boletín Oficial del Estado, España. 25 de abril de 1997.

Ley 53/1999, de Contratos de las Administraciones Públicas. Boletín Oficial del Estado, España. 28 de diciembre de 1999.

Ley 55/2003, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Boletín Oficial del Estado, España. 16 de diciembre de 2003.

Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del SNS. Boletín Oficial del Estado, España. 28 de mayo de 2003.

Li-Yan G. y Ling-Juan Z. (2014). Assessment tools of nursing work environment in magnet hospitals: A review. *IJNS*; 1(4):437–440.

Liou S.R. y Cheng Ch.Y. (2009). Using the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index on Asian Nurses. *Nursing Research*; 58(3):218-225.

Liu C.F., Sharp N.D., Sales A.E., Lowy E., Maciejewski M.L. y Needleman J. (2009). Line authority for nurse staffing and costs for acute inpatient care. *Inquiry*Fall; 46(3):339-51.

Lopez Alonso S. (2005). Pilot study for the validation of a nursing practice environment scale at the San Cecilio Hospital. *Enferm Clin*; 15(1): 8-16.

Lowe G.S. (2005). Raising the bar for people practices: Helping all health organizations become “preferred employers”. *Healthcare Quarterly*; 8(1):60-63.

Manojlovich M. y DeCicco B. (2007). Healthy work environments, nurse-physician communication, and patients outcomes. *Am J Crit Care*; 16(6): 536-43.

Martín Criado E. (1997). El grupo de discusión como situación social. *REIS*; 79: 81-112.

Martínez Riera J.R. (2006). Atención Primaria de Salud. En: Martínez Riera J.R. y Del Pino Casado R. (2006). Enfermería en Atención Primaria. Madrid. DAE.

Martínez Riera J.R. y Del Pino Casado R. (2007). Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de salud. *Revista de administración sanitaria*; 5(2):311-37.

Martínez Riera J.R. y Del Pino Casado R. (2013). Manual práctico de enfermería comunitaria. Elsevier España. Barcelona.

Mashiach E.M. 2010. Implementation of evidence-based nursing practice: nurses' personal and professional factors?. *J Adv Nurs*; 67(1): 33-42.

Mathews S. y Lankshear S. (2003). Describing the essential elements of a professional practice structure. *Nurs Leadersh*; 16(2): 63-71.

McClure M.L., Poulin M.A., Sovic M.D. y Wandelt M. (1983). Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses. Kansas City, MO: American Nurses' Association.

McClure M.L. (2005). Magnet hospitals: insights and issues. *Nurs Adm*; 29(3):198-201.

McHugh M.D., Kelly L.A., Smith H., Wu E.S., Vanak J.M. y Aiken L.H. (2013). Lower mortality in magnet hospital. *Med Care*; 51(5): 382-8.

Mee C.L. (2005). Salary survey. *Nursing*; 36(10): 45-51.

Mensik J.S. (2006). Describing Essentials of Magnetism and Quality in Home Health. Doctoral Dissertation. College of Nursing, University of Arizona. Arizona.

Mensik J.S. (2007). The Essentials of Magnetism for Home Health. *Journal of Nursing Administration*; 37(5): 230-234.

Mick S.S. y Mark B.A. (2005). The contribution of organization theory to nursing health services research. *Nurs Outlook*; 53(6):317-23.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2001). Los equipos de Atención Primaria: propuestas de mejora. Instituto Nacional de la Salud, Área de estudios, Documentación y Coordinación Normativa. Madrid. Disponible en www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/eap.pdf Consultado el 27/4/2015.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Madrid. Disponible en: www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf Consultado el 27/4/2015.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). Informe sobre profesionales de cuidados de enfermería. Oferta-necesidad 2010-2025. España. Disponible en: 222.msssi.gob.es/gl/novedades/docs/Estudio_necesidades_enfermeria.pdf Consultado el 3/5/2015.

Molina Mula J. (2011). El sistema sanitario: efecto sobre la práctica clínica de las enfermeras. *Index Enfermería*; 20(4). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300006. Consultado el 2/5/15.

Mompart García M.P. y Durán Escribano M. (2009). *Manual Administración y gestión*. DAE.2ª Ed. España.

Mompart García M.P. (2010). *Planificación y organización de los servicios de salud*. Programa Modular, Experto en gestión de servicios de enfermería. Universidad Nacional de Educación a Distancia (Módulo 1). España.

Moreno Casbas T., Fuentelsaz Gallego C. y RN4CAST. (2013). Informe global hospitales españoles. Ambiente de trabajo y resultados de las enfermeras. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-redes-centros-investigacion2/fd-centros-unidades2/fd-investen-isciii-2/docus/Informe_global_Spain.pdf Consultado el 5/8/2014.

Morgan D. L. (1997). Focus groups as qualitative research (2.a ed.). Thousand Oaks, CA, EE.UU.

Morse J. M. (2003). Principles of mixed methods and multimethod research design. En A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), Handbook of mixed methods in social and behavioral research (pp 189-208).

Nantsupawat A., Nantsupawat R., Kulnaviktikul W. y McHugh M.D. (2014). Relationship between nurse staffing levels and nurse outcomes in community hospitals, Thailand. Nurs Health Sci; doi: 10.1111/nhs.12140.

National Center for Health Workforce Analysis, Health Resources and Services Administration. (2013). The U.S. nursing workforce: Trends in supply and education. Disponible en: <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/reports/nursingworkforce/index.html> Consultado el 1/2/2015.

Naylor M.D. y Kurtzman E.T. (2010). The role of nurse practitioners in reinventing Primary Care. Health affairs; 29(5):893-899.

Needleman J., Buerhaus P., Mattke S., Stewart M. y Zelevinsky K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. N Engl J Med; 346:1715–1722.

Núñez Feijóo A. (1999). Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud. Revista de Administración Sanitaria; 9: 59-67.

OMS. (1978). Atención Primaria de Salud. Serie Salud para todos, nº 1. Ginebra: OMS. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf> Consultado el 5/5/2014.

OMS. (2007). Entornos laborables saludables: Fundamentos y modelos de la OMS. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf Consultado el 27/4/2015.

Orts Cortés MI. (2011). Validez de contenido del Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) en el contexto europeo. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante. Alicante. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/21852/1/tesis_orts.pdf Consultado el 27/9/2013.

Orts Cortés M.I., Moreno-Casbas T., Squires A., Fuentelsaz-Gallego C., Macía-Soler L., González-María E. (2013). Content validity of the Spanish version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Applied Nursing Research.*; 26(4):e5-e9.

Parker D., Tuckett A., Eley R. y Hegney D. (2010). Construct validity and reliability of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index for Queensland nurses. *Int J Nursing Practice*; 16(4):352-8.

Parro Moreno A., Serrano Gallardo P., Ferrer Arnedo C., Serrano Molina L., De la Puerta Calatayud M.L., Barberá Martín A., et al. (2013). Influence of socio-demographic, labour and professional factor son nursing perception concerning practice environment in Primary Health Care. *Atención Primaria*; 45(9):476-85.

Pérez-Campos M.A., Sánchez García I. y Pancorbo-Hidalgo P.L. (2013). Valoración del entorno de práctica profesional por enfermeras españolas que participan en foros de internet. *Enferm Clin*; 23(6): 271-278.

Pérez González S. y González García A. (2014). Análisis del clima laboral en una unidad asistencial de enfermería. *Tesela*; 15. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts15/ts9735.php> Consultado el 2/2/2015.

Polit D.F. y Beck C.T. (2004). *Nursing research principles and methods*. Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.

Ponte P.R., Glazer G., Dann E., McCollum K., Gross A. et al. (2007). The Power of Professional Nursing Practice: An Essential Element of Patient and Family Centered Care. *OJIN: The online Journal of Issues in Nursing*; 12(1):manuscript 3. Doi: 10.3912/OJIN.Vol12No01Man03.

Qsrinternational. (2014). Nvivo 10 for Windows. Disponible en: www.qsrinternational.com Consultado el 25/5/2014.

Rabie T. (2013). Practice Environments of community health centres in South Africa. 42nd Biennial Convention, Honor Society of Nursing. Disponible en: http://nursingsociety.org/STTIEVENTS/BIENNIALCONVENTION/Pages/42_2013_Home.aspx Consultado el 29/6/2014.

Rade J. I., MaticMeglič I. Š. (2011). Building consensus about eHealth in Slovene primary health care: Delphi study. *BMC Med Inform Decis Mak*; 11: 25.

Ramio Jofre A. (2005). *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. Tesis Doctoral. Disponible en: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2867/ARJ_TESIS.pdf;jsessionid=C2A31AD49843BDA7B520EB0414EF05E8.tdx?sequence=1 Consultado el 15/4/15.

RD 405/2005, de 22 abril, sobre Especialidades en Enfermería (2005). Boletín Oficial del Estado, España. Disponible en: www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2005-7354 Consultado el 10/11/2013.

Rivero Sánchez C. y López Alonso S.R. 2014. ¿Es válida la adaptación española de la Escala de Práctica Enfermera del Nursing Work Index para Atención Primaria? *Index Enferm*; 23(3): 188-190. Disponible en: www.scielo.isciii.es/index/v23n3/evidencia.pdf Consultado el 20/01/2015.

RNAO Registered Nurses Association Ontario. (2006). Developing and sustaining Nursing Leadership. Toronto, Ontario: RNAO.

Robbins S.P. y Judge T. (2009). Comportamiento Organizacional. 13 Ed. Pearson-Prentice Hall.

Rodriguez O. (2005). La Triangulación como Estrategia de Investigación en Ciencias Sociales. Revista de Investigación en Gestión de la Innovación y Tecnología; 31. Disponible en:<http://www.madrimasd.org/revista/revista31/tribuna/tribuna2.asp> Consultada el 5/7/2013.

Román Lopez P. (2011). La comunicación en los gestores de enfermería: un papel fundamental. Rev Esp Com Sal;2(1):46-54.

Rubia Vila F.J., García Barreno P., Segovia de Arana J.M. y Velarde Fuertes J. (2011). Libro blanco sobre el Sistema Sanitario Español. Ed. Academia Europea de Ciencias y Artes. España.

Ruíz Hontangas A. (2011). Análisis organizativo sobre la provisión de cuidados en la práctica enfermera en los centros hospitalarios de la Comunidad Valenciana. Tesis Doctoral. CEU-Universidad Cardenal Herrera. Valencia (España).

Salcedo Álvarez S.A., Huerta González S. y Bustamante Edquén S. (2013). Enfermería: la némesis de la ciencia y filosofía del cuidado. Enf Neurol (Mex); 12(2): 98-1001.

Sánchez Bayle M. (1996). El sistema sanitario en España: evolución, situación actual, problemas y perspectivas. Ed Los libros de la catarata. Madrid. Pág. 52-54.

Sánchez-Caro J. (2000). Régimen jurídico de las nuevas normas de gestión en la sanidad española (la perspectiva del Instituto Nacional de la Salud). Revista de Administración Sanitaria IV; 14: 91-139.

Sánchez-Martín, C.I. (2013). Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enfermería Clínica; 24(1):79-89.

Sancho-Viudes S., Vidal Tomás C., Cañellas Pons R., Caldés Pinilla M.J., Corcoll Reixach J. y Ramos Montserrat M. (2002). Análisis de situación y propuestas de mejora en enfermería de atención primaria de Mallorca: un estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Pública*; 76(5). En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500014&Ing=es Consultado el: 1/3/2015.

SAS: Servicio Andaluz de Salud. (2002). Documento marco elaborado por el grupo de trabajo SAS-ASANEC: Continuidad de cuidados. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0067.pdf> Consultado el: 1/04/2015.

Schmidt R.C. (1997) Managing Delphi surveys using nonparametric statistical techniques. *Decision Sciences*; 28(3):763–74.

Schubert M., Clarke S.P., Aiken L y de Geest S. (2012). Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *Int J Qual Health Care*; 24(3):230-8.

SEDAP (2010). Integración Asistencial: ¿Cuestión de Modelos? Claves para un debate. Grupo Saned. 58-70. Disponible en: www.sedap.es Consultado 1/9/2014.

Sermeus W., Aiken L.H., Van den Heede K., Rafferty A.M., Griffiths P., Moreno-Casbas M.T. et al. (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nurs*; 10:6. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/10/6> Consultado el 19/3/2014.

Shwu-Ru L., Ching-Yu C. (2009). Using the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index on Asian Nurses. *Nursing Research*; 58 (3): 218-225.

Sim, J. (1998). Collecting and analyzing qualitative data: Issues raised by the focus group. *Journal of Advanced Nursing*; 28(2):345-352.

Shirey M.R. (2006). Authentic leaders creating healthy work environments for nursing practice. *Am J Crit Care*; 15(3):256-67.

Tourangeau A.E., Doran D.M., McGillis Hall L., O'Brien Pallas L., Pringle D. y Tu JV et al. (2007). Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *J Adv Nurs*; 57(1):32-44.

Trinkoff A.M., Johantgen M., Storr C.L., Han K., Liang Y., Gurses A.P. y Hopkinson S. (2010). A comparison of working conditions among nurses in Magnet and non-Magnet hospitals. *J Nurs Adm.*; 40(7-8): 309-15.

Tullai-McGuinness S., Riggs J.S. y Farag A.A.(2011). Work environment characteristics of high-quality home health agencies. *West J Nurs Res*; 33(6): 767-85.

Unión Europea, Informe Consejo de Ministros Europeos, Bruselas. 30 septiembre 1997.

Unruh L. (2003). Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals. *Med Care*; 41(1):142–152.

Van den Heede K., Lesaffre E., Diya L., Vleugels A., Clarke S.P., Aiken L.H., et al (2009). The relationship between inpatient cardiac surgery mortality and nurse numbers and educational level: Analysis of administrative data. *International Journal of Nursing Studies*; 46(6): 796-803.

Van den Heede K., Florquin M., Bruyneel L., Aiken L., Diva L., Lesaffre E. et al. (2011). Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: A mixed method study. *IJNS*; 50(2):185-194.

Warshawsky N. y Sullivan D. (2011). Global Use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index . *Nursing Research*; 60(1):17-31.

Weston M.J. (2009). Validity of instruments for measuring autonomy and control over nursing practice. *J Nurs Scholarship*; 41(1): 87-94.

Wolf G.A. y Greenhouse P.K. (2006). A road map for creating a Magnet work environment. *J Nurs Adm*; 36(10): 458-62.

Yakusheva O., Lindrooth R. y Weiss M. (2014). Economic evaluation of the 80% baccalaureate nurse workforce recommendation: A patient-level analysis. *Medical Care*; 52(10): 864-869.

Yildirim D., Kisa S. y Hisar F. (2012). Validity and reliability of the Turkish version of the Essentials of Magnetism Scale (EOM II). *Intern Nursing Review*; 59(4): 570-6.

Zangaro G.A. y Soeken K.L. (2007). A Meta-Analysis for Studies of Nurse's Job Satisfaction. *Res Nurs Health*; 30(4): 445-58.

Zárate Grajales R.A. (2004). La gestión del cuidado de enfermería. *Index Enferm*; 13:44-45.

Zelauskas B. y Howes D.G. (1992). The effects of implementing a professional practice model. *J Nurs Adm*; 22(7-8): 18-23.

ANEXOS

ANEXO 1.

CUESTIONARIO PES-NWI

(PRACTICE WORK ENVIRONMENT – NURSING WORK INDEX), VERSIÓN ESPAÑOLA DE 31 ÍTEMS.

DIMENSIÓN	Nº DE ÍTEM	DESCRIPCIÓN ÍTEM				
DIMENSIÓN 1: PARTICIPACIÓN EN LOS ASUNTOS DEL CENTRO.						
1	1	Las enfermeras de plantilla están formalmente involucradas en la gestión interna del centro (juntas, órganos de decisión.)	1	2	3	4
1	2	Las enfermeras del centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo.	1	2	3	4
1	3	Existen muchas oportunidades para el desarrollo profesional del personal de Enfermería.	1	2	3	4
1	4	La Dirección escucha y da respuesta a los asuntos de sus enfermeras.	1	2	3	4
1	5	El/la Director/a de Enfermería es accesible y fácilmente “visible”.	1	2	3	4
1	6	Se puede desarrollar una carrera profesional o hay oportunidades de ascenso en la carrera clínica.	1	2	3	4
1	7	Los gestores enfermeros consultan con las enfermeras los problemas y modos de hacer del día a día.	1	2	3	4
1	8	Las enfermeras de plantilla tienen oportunidades para participar en las comisiones del centro, tales como la comisión de investigación, de ética, de infecciones...	1	2	3	4
1	9	Los directivos enfermeros están al mismo nivel en poder y autoridad que el resto de directivos del centro.	1	2	3	4
DIMENSIÓN 2: FUNDAMENTO PARA LA CALIDAD DEL CUIDADO.						
2	10	Se usan los diagnósticos enfermeros.	1	2	3	4
2	11	Hay un programa activo de garantía y mejora calidad.	1	2	3	4
2	12	Existe un programa de acogida y tutelaje de enfermeras de nuevo ingreso.	1	2	3	4
2	13	Los cuidados de las enfermeras están basados en un modelo enfermero, más que en un	1	2	3	4

		modelo biomédico.				
2	14	La asignación de pacientes a cada enfermera existente favorece la continuidad de los cuidados (p. ej.: la misma enfermera cuida al paciente a lo largo del tiempo)	1	2	3	4
2	15	Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes	1	2	3	4
2	16	Existe un plan de cuidados escrito y actualizado para cada paciente.	1	2	3	4
2	17	Los gestores del centro se preocupan de que los enfermeros proporcionen cuidados de alta calidad.	1	2	3	4
2	18	Se desarrollan programas de formación continuada para las enfermeras.	1	2	3	4
2	19	Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada.	1	2	3	4
DIMENSIÓN 3: APOYO DE LA COORDINACIÓN						
3	20	La supervisora/coordinadora es una buena gestora y líder.	1	2	3	4
3	21	La supervisora/coordinadora respalda a la plantilla en sus decisiones, incluso si el conflicto es con personal médico	1	2	3	4
3	22	La supervisora/coordinadora utiliza los errores como oportunidades de aprendizaje y mejora, no como crítica.	1	2	3	4
3	23	La supervisora/coordinadora es comprensiva y asesora y da apoyo a las enfermeras.	1	2	3	4
3	24	Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho.	1	2	3	4
DIMENSIÓN 4: RECURSOS HUMANOS						
4	25	Hay suficiente plantilla de empleados para realizar adecuadamente el trabajo.	1	2	3	4
4	26	Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad.	1	2	3	4
4	27	Los servicios de apoyo (celadores, administrativos...) son adecuados y facilitan estar más tiempo con los pacientes.	1	2	3	4
4	28	Hay tiempo suficiente y oportunidad para discutir los problemas de cuidados con las otras enfermeras.	1	2	3	4
DIMENSIÓN 5 RELACIONES MÉDICOS / ENFERMERAS.						
5	29	Se realiza mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras.	1	2	3	4
5	30	Entre los médicos y las enfermeras se dan buenas relaciones de trabajo.	1	2	3	4
5	31	La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración apropiada.	1	2	3	4

ANEXO 2.**INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA EOM.**

Búsqueda sistemática en:

Cochrane Library,
PubMed,
Embase,
Medline,
CINAHL,
Cuiden, y
Nursing Ovid.

Con consultas a las accesorias:

HealthSTAR,
Scielo,
ScienceDirect,
Scopus,
Scirus,
Biblioteca Virtual en Salud España, y
LILACs.

Palabras clave seleccionadas a través de vocabulario terminológico científico controlado DeCS/MeSH, complementados con algunos términos no indexados.

Los descriptores fueron los siguientes:

Essentials of Magnetism,
Essentials of Magnetism II Scale,
Magnet Hospital,
Forces of Magnetism,
Primary Health Care,
Home Healthcare,
Public Health,
Nurse Working Environment,
Quality of Health Care,
Nurse Autonomy,
Instrument Validation.

Todos los artículos seleccionados se gestionaron mediante software Mendeley v1.3.4 y Scholarley para Android OS.

La validez de los estudios se estableció tras lectura crítica y evaluación a través de una herramienta de elaboración propia basada en la guía de calidad de Oxford para estudios cuantitativos, y en las pautas de valoración crítica de artículos de *Evidence-Based Medicine Working Group* (Mc Master University, Ontario) para los cualitativos, conocida en España como CASPe (Critical Appraisal Skills Programme España).

La pregunta de investigación para definir la selección de artículos fue:

“¿Está centrado el estudio en un aspecto bien definido?”

Los resultados que detallan la pregunta se refieren a: muestra, intervención, resultados. Creándose para la evaluación crítica la siguiente herramienta (*elaboración: Gea caballero V., Pérez Colomer A.N., 2013*):

AUTORÍA DEL ESTUDIO	OBSERVACIONES	PUNTUACIÓN S I= 1 pto. / NO = 0 pts.
1. ¿Ha sido el estudio evaluado por revisores?		0 - 1
2. ¿El resumen contiene toda la información relevante pertinente?		0 - 1
3. ¿Se considera la muestra del estudio suficiente?		0 - 1
4. ¿Tiene el estudio asignación aleatoria?		0 - 1
5. ¿La calidad del estudio es elevada?		0 - 1
6. ¿Se ha aplicado el análisis estadístico apropiado?		0 - 1
7. ¿Ha sido probada la validez y consistencia de la escala EOM/EOM II en el país donde se realizó el estudio?		0 - 1

Tabla 50: Herramienta de evaluación de artículos tras lectura crítica en revisiones bibliográficas realizadas

Fueron revisados los documentos con puntuación ≥ 5 , siendo descartados el resto. Fue revisado por los 2 autores, asumiendo uno de ellos el rol de revisor independiente.

Los resultados obtenidos se exponen en las siguientes tablas:

AUTOR/A	Kramer	Kramer 2a	Kramer 2b	Kramer 3	Yildirim	Newhouse
1. ¿Ha sido el estudio evaluado por revisores?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
2. ¿El resumen contiene toda la información relevante pertinente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
3. ¿Se considera la muestra del estudio suficiente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
4. ¿Tiene el estudio asignación aleatoria?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
5. ¿La calidad del estudio es elevada?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
6. ¿Se ha aplicado el análisis estadístico apropiado?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
7. ¿Ha sido probada la validez y consistencia de la escala EOM/EOM II en el país donde se realizó el estudio?	SI	NO	NO	SI	SI	SI
PUNTUACIÓN TOTAL	7	6	6	7	7	7

Tabla 51: Análisis crítico de artículos seleccionados (1) en revisión EOM 1 y 2.

AUTOR/A	Chen	Mensik 2	Mensik 1	Fingal	Bai
1. ¿Ha sido el estudio evaluado por revisores?	SI	SI	SI	SI	SI
2. ¿El resumen contiene toda la información relevante pertinente?	SI	SI	SI	SI	SI
3. ¿Se considera la muestra del estudio suficiente?	SI	SI	SI	SI	SI
4. ¿Tiene el estudio asignación aleatoria?	SI	SI	SI	SI	SI
5. ¿La calidad del estudio es elevada?	SI	SI	SI	SI	SI
6. ¿Se ha aplicado el análisis estadístico apropiado?	SI	NO	SI	SI	SI
7. ¿Ha sido probada la validez y consistencia de la escala EOM/EOM II en el país donde se realizó el estudio?	NO	SI	SI	SI	SI
PUNTUACIÓN TOTAL	6	6	7	7	7

Tabla 52: Análisis crítico de artículos seleccionados (2) en revisión EOM 1 y 2.

ANEXO 3.**CUESTIONARIO ESSENTIALS OF MAGNETISM EOM 1***(Kramer y Schmalenber, 2004)***Essentials of Magnetism Scale. Kramer & Schmalenberg (2004).**

Please read the whole list first. Then, Check the ten (10) items most important to you in giving quality care.

1. Low turnover of RNs compared to national average.
2. High importance and status of nurses in this agency.
3. The highest nurse executive has a strong position in the hierarchy of the agency.
4. Well-prepared and qualified nurse executives.
5. Concern for the patient is paramount in this agency.
6. Control over nursing practice and practice environment.
7. An agency is always willing to try new things.
8. Good RN-MD relationships, established mechanisms of communication.
9. Low use of pool, traveling, or registry nurses to equalize staffing within the agency.
10. RN to LPN ratio is reasonable.
11. Participative management style.
12. Management development is emphasized.
13. Decentralized organizational structure; i.e., structural flatness
14. Nurse involvement in the overall administration.
15. Adequate nurse staffing.
16. Problems are solved by getting a few people together, swift action, and follow-up.
17. Flexible work scheduling, self-scheduling.
18. Competence-based clinical ladders.
19. Working with other nurses who are clinically competent.
20. RNs are salaried (not paid hourly).
21. People are very enthusiastic about their work.
22. High productivity and high performance expectations.
23. Shared governance model.
24. Salary decompression (i.e., the ceiling of salaries for experienced nurses is raised).
25. Self contained units (i.e., specialty units such as an IV team, Paediatric team).
26. In-service/CE Education opportunities and support for education are available.
27. Preceptorships/internships are available for new graduates/new hires.
28. Supportive nurse managers and supervisory personnel.
29. Availability of specialist advise such as advanced practice nurses/CNSs.
30. Nurse autonomy and accountability in making decision within area of competence.
31. Professional practice models for delivery of care such as primary nursing.
32. Adequate support services (other departments such as intake, pharmacy, HME).
33. Emphasis on the teaching responsibilities of staff.
34. Planned orientation of staff/new hires.
35. Continued competency in nursing practice is stressed.
36. Emphasis on career development and career opportunities.
37. RNs are responsible for the work of the aides and LPNs.

Tabla 53: Cuestionario Essentials of Magnetism 1 original (EOM1)

ANEXO 4.**CUESTIONARIO ESSENTIALS OF MAGNETISM 1 (EOM 1).****PROPUESTA DE TRADUCCIÓN DESARROLLADO:**

Gea Caballero, V. y Colomer Pérez, A.N.

El proceso seguido ha sido desarrollado por el método tradicional de traducción por profesionales enfermeras/os con alto dominio del idioma inglés, incluyendo enfermeros bilingües (6 incluyendo a la coautora del estudio) unificado en una sola traducción final. El cuestionario no ha sido sometido a retro-traducción ni validación.

Se contactó con las autoras del cuestionario original EOM (M. Kramer) para solicitarles permiso escrito para el uso del cuestionario en su versión 1, obteniendo respuesta y autorización vía mail.

EOM1:

- 1.- Baja rotación de enfermeras (altas, bajas, sustituciones) en comparación con la media nacional.
- 2.- Prestigio y reconocimiento de las enfermeras en esta organización.
- 3.- El/La directora/directora de enfermería tiene una posición poderosa, importante y reconocida dentro de la jerarquía de la empresa.
- 4.- Las enfermeras de dirección de enfermería están bien preparadas, formadas y cualificadas.
- 5.- El interés por el bienestar del paciente es fundamental para esta organización.
- 6.- Existe control / supervisión sobre la práctica enfermera y sobre el entorno en que se desarrolla dicha práctica.
- 7.- La organización en todo momento intenta innovar en la práctica enfermera con nuevas propuestas.
- 8.- En esta empresa existe una buena relación/comunicación profesional entre enfermeras y médicos, existiendo mecanismos de comunicación establecidos para ello.
- 9.- Bajo uso de personal temporal, rotatorio o de pool para equilibrar/sustituir la plantilla de enfermería.
- 10.- EL ratio enfermeras tituladas (RN) / practicantes (practitioners) es razonable.
- 11.- El modelo de gestión utilizado es participativo para las enfermeras.
- 12.- Se hace énfasis en el desarrollo de la gestión.
- 13.- La estructura de la organización es descentralizada y horizontal.
- 14.- El equipo de enfermería participa en la gestión sanitaria.
- 15.- Los ratios de enfermería son adecuados con respecto a la población a su cargo.
- 16.- Los problemas se solucionan de forma inmediata mediante la acción de un grupo de personas, que hace un seguimiento posterior del problema.
- 17.- Los horarios de trabajo son flexibles, existiendo autoprogramación del trabajo.
- 18.- Escala profesional basada en las competencias clínicas.
- 19.- Se trabaja con otras enfermeras que son clínicamente competentes.
- 20.- Las enfermeras son asalariadas (nómina), no existiendo el contrato por horas (medias jornadas, etc.).

- 21.- Las enfermeras están entusiasmadas con su trabajo.
- 22.- Las enfermeras tienen expectativas de elevado rendimiento y alta productividad.
- 23.- Modelo de gestión compartido.
- 24.- El salario de las enfermeras con más experiencia se eleva.
- 25.- Unidades autónomas (cada unidad de trabajo es independiente de otras, por ejemplo: pediatría, técnicas...)
- 26.- La formación continua en el servicio y el apoyo educativo están disponibles en esta organización.
- 27.- Los nuevos contratados disponen de enfermeras de referencia como consultores.
- 28.- Los gestores y supervisores ofrecen su apoyo a los/las profesionales de enfermería.
- 29.- Existe disponibilidad de enfermeras expertas, especialistas o de práctica avanzada para el asesoramiento del resto del equipo de enfermería.
- 30.- La enfermera es responsable y autónoma para la toma de decisiones dentro de su área de competencias.
- 31.- Hay un modelo de provisión de cuidados para la práctica profesional.
- 32.- Existen servicios de apoyo adecuados (atención domiciliaria, farmacia, etc.).
- 33.- Énfasis en las responsabilidades docentes del personal.
- 34.- Existe un plan de orientación y acogida para los nuevos empleados/as.
- 35.- Se acentúa la competencia continuada de la práctica enfermera.
- 36.- Se potencia el desarrollo profesional y las oportunidades en la práctica de enfermería.
- 37.- Las enfermeras son responsables del trabajo de las ayudantes (auxiliares de enfermería).

ANEXO 5.**CARTA INVITACIÓN A EXPERTOS/AS.**

20 de octubre de 2013.

Estimado/a compañero/a:

Te escribo la presente porque has sido seleccionado/a para participar, si prestas tu consentimiento, en un grupo focal de expertos en enfermería del ámbito de la atención primaria de salud (APS).

Mi nombre es Vicente Gea Caballero, soy enfermero de APS en el CS de Quatretonda, del Departamento de Salud Xàtiva/Ontinyent de Valencia, y Profesor de Enfermería Comunitaria y Salud Pública de la Universidad Europea.

En este momento estoy desarrollando mi tesis doctoral en la Universidad de Alicante, bajo la dirección del Dr. D. José Ramón Martínez Riera, y que lleva por título *“Del modelo magnético de cuidados, a la determinación de los factores esenciales de los entornos de práctica profesional en enfermería de Atención Primaria de Salud y Atención Especializada en la Comunitat Valenciana, mediante el cuestionario PES-NWT”*.

En la tesis, el objetivo general es seleccionar los principales (10) factores esenciales que permiten a las enfermeras ejercer su trabajo en un entorno profesional adecuado que contribuya a mejorar la calidad del cuidado, en especial en APS. Para ello se ha elegido un enfoque cuantitativo, pero también un enfoque cualitativo (mixto por tanto) que aporte conocimiento y que pretenda, como objetivo general, obtener consenso (si se consigue) en la elección de esos factores esenciales de entre todos los presentes en el cuestionario en estudio. Los resultados de este método cualitativo, serán comparados con los obtenidos a nivel cuantitativo posteriormente en profesionales asistenciales del ámbito de la APS, siendo éste último uno de los objetivos específicos del estudio.

La elección de los/las componentes del grupo ha sido por muestreo intencionado, consultado a diversos expertos y referentes en enfermería comunitaria quienes han recomendado vuestra participación, a través de invitación personal. De uno u otro modo, cada uno de los integrantes cumplís una serie de requisitos entre los cuáles destacaría tener más de 4 años de experiencia asistencial en APS, así como participar activamente en asociaciones científicas de manera relevante y/o haber ejercido cargos profesionales o de responsabilidad en gestión, docencia, investigación y/o en puestos técnicos.

Indirectamente, y está considerado como criterio de inclusión, la capacidad de poder llevar a cabo la conferencia múltiple (sesión de grupo) tanto a nivel técnico (disponer de ordenador con conexión a internet y tener instalado el programa Skype, teniendo una cuenta activa Skype conociendo su funcionamiento), y poder destinar 2-2,5 horas en exclusiva sin interrupciones para el desarrollo de la sesión grupal.

Este último requisito condiciona la inclusión definitiva dado que es el que permitirá que, salvando incidencias técnicas, cada uno/a de vosotros/as podáis llevar a cabo con éxito el hecho de reunirnos y participar. Os pido que me confirméis que existe la posibilidad técnica de llevar a cabo la reunión con Skype (facilitadme usuario para localizaros, invitaros y crear el grupo).

Pretendemos llevar a cabo una única sesión en la que será OBLIGATORIO que todas/os estemos presentes de forma virtual. Para ello, es una condición imprescindible tener la posibilidad de realizar una videoconferencia o audioconferencia Skype, según las posibilidades técnicas. La duración de la sesión estimada no será superior a 2 horas, salvo en el caso de que se genere un intenso debate que no llegue a consenso y se discutan profundamente los ítems y dimensiones del cuestionario.

Es necesario poder elegir un día y una hora en la que todas/os podamos disponer de esas horas y disponibilidad, por lo que os adjunto un documento Excel que fecha todos los días laborables de noviembre en los que yo puedo realizar la sesión. Necesitaré que me respondáis a este correo diciéndome qué días podéis participar cada uno (por favor, os pido que cada uno/a aporte las máximas opciones posibles para poder hacer coincidir a un grupo de tamaño medio, entre 6 y 10 profesionales todos/as ellos/as con mucha ocupación profesional y personal).

La hora elegida he previsto (inicialmente) que sea fuera del horario laboral habitual, por lo que sugiero que sea llevada a cabo a las 22,00 horas y hasta las 24,00 horas, rogando a todos/as puntualidad rigurosa y extrema. No obstante, estoy abierto a cualquier cambio, si bien considero que de forma excepcional esa hora pueda permitir que todas/os estemos presentes desde nuestros domicilios.

Finalmente, también os adjunto un último documento consistente en una ficha personal que necesito me devolváis relleno, para hacerlo constar como anexo de soporte.

No puedo dejar de agradecer la intención de colaborar en este proyecto, esperando que finalmente podáis estar presentes en la sesión de grupo. Para ello, os adjunto también un documento de consentimiento que debéis descargar y devolverme como adjunto, firmado (firma digital o con declaración explícita de que aceptáis y prestáis vuestro **consentimiento informado a participar**). Asimismo, se incluye una ficha personal descriptiva de cada una de vosotros, para hacer constar que cumplís los requisitos propuestos de inclusión.

Los datos, resultados y conocimientos obtenidos, después de su codificación y análisis, **solo se utilizarán para los fines del estudio, así como para su difusión científica** por los medios habituales (publicación, presentación en actos científicos). Todo ello es indicado en el documento de consentimiento adjunto.

Una vez haya obtenido la respuesta afirmativa de todos/as y cada uno/a de vosotros/as, elegiremos el día/hora en función de vuestra disponibilidad, y os haré llegar por anticipado el diseño de la sesión, así como los objetivos.

De forma excepcional, os remitiré asimismo el cuestionario PES-NWI por anticipado (máximo 48 horas antes), para que podáis tener contacto previo con él y evitar el factor novedad y desconocimiento, esperando que podáis revisarlo, analizarlo y reflexionar al respecto. De ese modo, consideramos que podéis llegar al momento de la sesión grupal en condiciones de realizar un análisis crítico y búsqueda de consenso en relación a los 10 factores esenciales que propician un ambiente óptimo para desarrollar cuidados de enfermería en APS.

Espero vuestra respuesta cuanto antes, para poder formalizar la inclusión en el grupo, elegir el día más adecuado y remitiros los documentos.

En cualquier caso, tanto mi director de tesis como yo mismo os agradecemos enormemente vuestra disposición a colaborar aportando vuestro conocimiento y experiencia en este proyecto.

Recibid un cordial saludo.



Vicente Gea Caballero.

ANEXO 6.**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXPERTOS/AS.**

(Incluye información básica sobre el proyecto).

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

- **INVESTIGADOR PRINCIPAL Y DOCTORANDO:**
D. VICENTE ANTONIO GEA CABALLERO.
- **DIRECTOR DE LA TESIS DOCTORAL:**
Dr. D. JOSÉ RAMÓN MARTÍNEZ RIERA.
- **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSITAT D'ALACANT.**
- **VERSIÓN DEL PROTOCOLO 3, DE FECHA 1 DE SEPTIEMBRE DE 2013.**
- **FINANCIACIÓN ECONÓMICA: NO.**
- **LUGAR:** 4 DEPARTAMENTOS DE SALUD DE LA COMUNITAT VALENCIANA.
- **FECHA ACTUAL:** 20 DE OCTUBRE DE 2013.
- **TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:**

“DEL MODELO MAGNÉTICO DE CUIDADOS, A LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES ESENCIALES DE LOS ENTORNOS DE PRÁCTICA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN LA COMUNITAT VALENCIANA, MEDIANTE EL CUESTIONARIO PES-NWI”.

CONSENTIMIENTO

Yo, D./Dña. _____
Enfermero/a del ámbito asistencial de Atención Primaria de Salud y/o relacionado con ella en funciones docentes, técnicas, investigadoras o científicas, con DNI _____, MANIFIESTO QUE he recibido la información necesaria y suficiente sobre la investigación que se va a llevar a cabo en el marco cualitativo de la tesis doctoral desarrollada por D. Vicente Antonio Gea Caballero, y dirigida por el Dr. D José Ramón Martínez Riera, que lleva por nombre:

“ Del modelo magnético de cuidados, a la determinación de los factores esenciales de los entornos de práctica profesional en enfermería de Atención Primaria de Salud (APS) y Atención Especializada (AE) en la Comunitat Valenciana, mediante el cuestionario PES-NWI ^{1c}.”

Habiendo sido invitado como integrante del grupo focal de expertos, **DECLARO ESTAR DE ACUERDO EN PRESTAR MI CONSENTIMIENTO INFORMADO²** para participar en el estudio en calidad de experto en enfermería (ámbito APS), al mismo tiempo que declaro la ausencia de conflicto de intereses por mi parte, y mi autorización a que tanto el proceso, los resultados como las conclusiones obtenidas sean utilizados como fuente de información para conseguir los objetivos del estudio y puedan ser difundidos a través de medios científicos.

Y para ello, firmo la presente autorización como consentimiento informado:

Fecha: 23 de octubre de 2013.

¹ Practice Environment Scale- Nursing Work Index.

² En la página 2 y 3 del documento se expone la información relativa al proyecto.

INFORMACIÓN SOBRE EL PROYECTO.

TÍTULO:

“Del modelo magnético de cuidados, a la determinación de los factores esenciales de los entornos de práctica profesional en enfermería de Atención Primaria de Salud y Atención Especializada en la Comunitat Valenciana, mediante el cuestionario PES-NWI”.

En el desarrollo del proyecto, con un enfoque mixto cuali-cuantitativo, se va a implementar un grupo focal de expertos (entre 6 y 10) con el objetivo de analizar, discutir y consensuar los 10 factores más importantes de entre el total de los que componen la escala PES-NWI, cuestionario validado en España para la medición de entornos para la práctica profesional de enfermería. El grupo focal irá orientado a obtener esa información, exclusivamente, en Atención Primaria de Salud.

Los resultados obtenidos serán utilizados en exclusiva para los fines del estudio, concretamente se pretende aumentar el conocimiento sobre sus elementos y dimensiones, para comparar estos resultados con los obtenidos por métodos cuantitativos a profesionales que desarrollan su actividad principal como enfermeros/as asistenciales de atención primaria. Los resultados también se compararán con los obtenidos en otros contextos culturales y geográficos.

Otro de los objetivos no especificados en el estudio, en referencia a los resultados y conclusiones obtenidos, es ser difundido por los canales científicos habituales en enfermería (revistas científicas, comunicación en congresos científicos y/o otros/as).

Los resultados obtenidos en el grupo focal serán de acceso exclusivo para el investigador principal y el director de la tesis hasta el momento de su publicación y/o difusión, quedando guardados de forma segura mediante contraseña de acceso a los mismos. Cualquier acceso no autorizado a los mismos será no autorizado por los investigadores, y sujeto a la legislación vigente en materia de protección de datos.

El autor del proyecto de investigación declara carecer de conflictos de intereses ético/morales, y no estar sujeto a financiación económica alguna.

ANEXO 7.

FICHA DEL PROFESIONAL PARTICIPANTE EN EL GRUPO FOCAL DE EXPERTOS (PARTE CUALITATIVA DE LA TESIS DOCTORAL DESARROLLADA POR D. VICENTE ANTONIO GEA CABALLERO).

NOMBRE Y APELLIDOS	DATOS
TITULACIÓN / ES	
AÑOS EXPERIENCIA ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA	
PUESTO DE TRABAJO ACTUAL	
OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES RELACIONADAS (SEÑALAR SU DURACIÓN TEMPORAL):	
PUESTOS PROFESIONALES TÉCNICOS.	
PROFESOR/A UNIVERSITARIO	
CARGOS DE GESTIÓN/DIRECCIÓN ENFERMERÍA	
INVESTIGADOR-A / COLABORADOR-A EN INVESTIGACIONES	
MIEMBRO ASOCIACIÓN CIENTÍFICA (indicar cargo y asociación).	

ANEXO 8.

DOCUMENTO ESQUEMA DE DESARROLLO Y PRESENTACIÓN EN SESIÓN GRUPO FOCAL.

DESARROLLO GRUPO FOCAL.

1.- PRESENTACIÓN.

Vicente Gea Caballero. Enfermero de atención primaria en la Comunitat Valenciana. Máster y actualmente doctorando en la Universidad de Alicante. Mi director es el Dr. D. José Ramón Martínez Riera, profesor titular de la Universitat d'Alacant.

Actualmente trabajo en la asistencia a tiempo parcial en un CS en Quatretonda, un pequeño y estupendo pueblo de la zona de Xàtiva, en Valencia. También ejerzo como docente en salud pública, enfermería comunitaria y EpS en la Universidad Europea.

2.- SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA GRABACIÓN.

Os pido permiso y autorización explícita para grabar la sesión de audio-conferencia, por lo que si alguno de los/las presentes no está de acuerdo, en este momento debe hacerlo saber públicamente y así seguiremos con el desarrollo del grupo focal de expertos, con aquellos/as que deseen participar. Posteriormente será transcrita y sometida a análisis, Para la codificación y análisis de datos se utilizará el programa informático de análisis cualitativo QSR NVivo v.10.

¿Estáis de acuerdo en continuar? ¿Alguien prefiere abandonar la sesión?

3.- PRESENTACIÓN SEGUNDA ENFERMERA DE CONTROL.

La compañera y enfermera de la Universidad Pública de Navarra, P. E., está presente como asistente y colabora como control del proceso y de la recogida de datos. Quiero agradecerle en este momento su presencia y colaboración desinteresada, ya que tampoco tuvo ninguna duda en sacrificar una noche personal, como todos hoy, para acompañarnos.

AGRADECIMIENTOS:

Quiero agradecerlos, de forma insistente, vuestra colaboración y participación. A todas y todos se os ha propuesto participar tras una selección de componentes intencionada, porque creemos que sois profesionales referentes y que vuestros conocimientos y experiencia, no solo en el campo asistencial, sino todo lo contrario, docente, gestor e investigador, puede ser muy valioso para la presente tesis.

Muchísimas gracias a todos por acceder tan fácilmente a participar en este grupo focal en horas poco habituales.

4.- PRESENTAR PARTICIPANTES.

Vamos a proceder a presentar al grupo de expertos/as solo por vuestros nombres, para intentar preservar el anonimato y no condicionar respuestas u opiniones.

La forma de selección de los/las componentes ha sido la siguiente... buscamos crear un grupo de entre 6 y 10 profesionales.

Debían tener no menos de 4 años de experiencia asistencial en atención primaria, como requisito imprescindible. También que hayan dedicado esfuerzos profesionales a investigar, docencia universitaria, y también especialmente a nivel de gestión. Por supuesto, haber participado en proyectos técnicos o haber ejercido como técnico (consejerías, protocolos, programas, etc.).

Con los datos sociológicos y profesionales vuestros, prácticamente todos/as ejercéis docencia, investigáis más o menos regularmente, habéis ocupado, ocupáis o colaboráis en proyectos técnicos, ocupáis o habéis ostentado cargos importantes de gestión, y superáis ampliamente los años exigidos de experiencia en APS para ser incluidos en este grupo focal de expertos.

Como ya sabéis, además, se requerían conocimientos técnicos y experiencia en las audio/videoconferencias Skype.

Muchos posibles enfermeros y enfermeras podrían formar parte del grupo, pero los/las que aquí estamos habéis sido recomendados por profesionales referentes de la enfermería comunitaria de este país.

5.- PRESENTAR EL PROYECTO DE TESIS.

Basándonos en la filosofía magnet, pretendemos determinar los elementos esenciales de los entornos para la práctica profesional enfermera en APS de la Comunitat Valenciana.

Objetivos específicos:

1. Describir las herramientas de valoración PES-NWI y EOM I-II.
2. Analizar las dimensiones y elementos del cuestionario PES-NWI validado en España.
3. Conocer el resultado de la medición de determinados entornos de práctica profesional, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada
4. Comparar los resultados derivados del estudio con los resultados en otras Comunidades Autónomas y países en el ámbito de la APS.
5. Valorar las diferencias en los entornos para la práctica profesional en diferentes modelos de gestión sanitaria de la Comunitat Valenciana.
6. Contrastar la visión de expertos asistenciales en atención primaria con profesionales asistenciales de atención primaria, en lo referente a los elementos esenciales de los ambientes de práctica profesional.

Hipótesis:

Principal: Es posible determinar los factores esenciales para la práctica profesional en ambientes de atención primaria de salud (APS), que determinan la existencia de condiciones idóneas en el lugar de trabajo para el desarrollo de una práctica de cuidados excelente.

Hipótesis secundaria: Esos elementos esenciales encontrados podrían ser similares o tener ciertas similitudes a los obtenidos en estudios en EEUU con el cuestionario EOM I, en una muestra significativa en atención domiciliaria.

El estudio global es de diseño mixto cuali-cuantitativo, siendo esta sesión parte de la fase cualitativa.

6.- PRESENTAR EL CUESTIONARIO PES-NWI: HISTORIA, DIMENSIONES E ÍTEMS.

7.- PRESENTAR EL OBJETIVO PRINCIPAL DEL GRUPO FOCAL DE EXPERTOS / AS.

Consensuar los 10 ítems más importantes para los ambientes profesionales enfermeros.

8.- RET.ROALIMENTACIÓN.

Posteriormente a la sesión, os remitiré a los/las componentes un cuestionario semi-estructurado de autoadministración para profundizar en cada tema abordado, o retroalimentación y/o nuevas consultas para la resolución de conflictos.

ANEXO 9.**TABLA DESARROLLADA PARA REGISTRO DE RESULTADOS INICIALES DE ÍTEMS ELEGIDOS POR EXPERTOS/AS.**

N° ITEM	Exp 1	Exp 2	Exp 3	Exp 4	Exp 5	Exp 6	Exp 7	Exp 8
ITEM 1								
ITEM 2								
ITEM3								
ITEM 4								
ITEM 5								
ITEM 6								
ITEM 7								
ITEM 8								
ITEM 9								
ITEM 10								
ITEM 11								
ITEM 12								
ITEM 13								
ITEM 14								

ITEM 15								
ITEM 16								
ITEM 17								
ITEM 18								
ITEM 19								
ITEM 20								
ITEM 21								
ITEM 22								
ITEM 23								
ITEM 24								
ITEM 25								
ITEM 26								
ITEM 27								
ITEM 28								
ITEM 29								
ITEM 30								
ITEM 31								

Tabla 54: Documento de registro inicial de ítems elegidos por expertos/as

Tabla 55: Documento de registro final de ítems elegidos por expertos/as

ANEXO 11.**CUESTIONARIO UTILIZADO PARA LA RECOGIDA DE DATOS EN FORMATO FÍSICO.****VALORACIÓN DE LOS ENTORNOS PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA.
CUESTIONARIO PES-NWI (ESCALA ENTORNO DE PRÁCTICA ENFERMERA DEL NURSING WORK INDEX)**

Los Entornos para la Práctica Profesional en Enfermería son uno de los factores clave para poder llevar a cabo cuidados de enfermería de calidad. El cuestionario PES-NWI, validado en España para Atención Primaria y Especializada, "mide" estos ambientes de práctica profesional. El objetivo principal de este estudio es determinar cuáles son los factores esenciales que definen ese ambiente de práctica profesional, al tiempo que mediremos la calidad del entorno profesional en atención primaria y especializada. Se llevará a cabo en distintos Departamentos de Salud de la Comunitat Valenciana, entre los que se compararán dichos ambientes.

Para ello, necesitamos que participes respondiendo este breve cuestionario, REFERIDO A TU LUGAR DE TRABAJO.

No te llevará más de 5 minutos.

Las respuestas posibles a las preguntas del cuestionario son las siguientes:

- 1- ABSOLUTAMENTE EN DESACUERDO.
- 2- LIGERAMENTE EN DESACUERDO.
- 3- LIGERAMENTE DE ACUERDO.
- 4- ABSOLUTAMENTE DE ACUERDO.

Si deseas recibir más información sobre el estudio o quieres consultar aspectos éticos, morales o dudas en general, puedes dirigirte al investigador principal en: vicentegeacaballero@gmail.com
Gracias por tu participación. Puede declinarla no contestando al cuestionario.

El cuestionario es anónimo y la información que nos proporciones sólo se utilizará para los fines del estudio. Los datos serán anonimizados y se tratarán siguiendo las recomendaciones de la Agencia Estatal de Protección de Datos basadas en la Ley Orgánica 15/1999 y la directiva Europea sobre protección de datos 95/46/CE. Los datos serán guardados de forma segura y únicamente los investigadores podrán acceder a los mismos mediante acceso con contraseña segura. Cualquier acceso que no corresponda a los investigadores se considerará no autorizado y provocará el inicio de las acciones legales pertinentes. El estudio ha obtenido los permisos de los comités de ética e investigación de los departamentos de Salud.

INSTRUCCIONES:

1.- Valore de 1 a 4 su lugar de trabajo (responda a los ítems).

2.- SEÑALE CON UN CÍRCULO LOS 10 ÍTEMS QUE CREE USTED SON FUNDAMENTALES PARA PODER DESEMPEÑAR CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE LA MÁXIMA CALIDAD (los más importantes en su opinión).

DATOS DEMOGRÁFICOS Y PROFESIONALES:**EDAD:****SEXO: H M****NIVEL DE ESTUDIOS ENFERMEROS:**

- DIPLOMADO ENFERMERÍA
- GRADUADO ENFERMERÍA
- MÁSTER
- ESPECIALISTA
- DOCTOR EN ENFERMERÍA O EN OTRA DISCIPLINA.
- PREFIERO NO CONTESTAR

AÑOS DE EXPERIENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA:

<2 2 a 4 5 a 10 >10

CENTRO DE SALUD DE TRABAJO:**DEPARTAMENTO DE SALUD:****¿EJERCE ALGÚN CARGO DE DIRECCIÓN O COORDINACIÓN?**

SI NO

TRABAJA USTED EXCLUSIVAMENTE EN ATENCIÓN CONTINUADA (SOLO GUARDIAS)

SÍ NO

DIMENSIÓN	Nº DE ÍTEM	DESCRIPCIÓN ÍTEM				
DIMENSIÓN 1: PARTICIPACIÓN EN LOS ASUNTOS DEL CENTRO.						
1	1	Las enfermeras de plantilla están formalmente involucradas en la gestión interna del centro (juntas, órganos de decisión.)	1	2	3	4
1	2	Las enfermeras del centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo.	1	2	3	4
1	3	Existen muchas oportunidades para el desarrollo profesional del personal de Enfermería.	1	2	3	4
1	4	La Dirección escucha y da respuesta a los asuntos de sus enfermeras.	1	2	3	4
1	5	El/la Director/a de Enfermería es accesible y fácilmente “visible”.	1	2	3	4
1	6	Se puede desarrollar una carrera profesional o hay oportunidades de ascenso en la carrera clínica.	1	2	3	4
1	7	Los gestores enfermeros consultan con las enfermeras los problemas y modos de hacer del día a día.	1	2	3	4
1	8	Las enfermeras de plantilla tienen oportunidades para participar en las comisiones del centro, tales como la comisión de investigación, de ética, de infecciones...	1	2	3	4
1	9	Los directivos enfermeros están al mismo nivel en poder y autoridad que el resto de directivos del centro.	1	2	3	4
DIMENSIÓN 2: FUNDAMENTO PARA LA CALIDAD DEL CUIDADO.						
2	10	Se usan los diagnósticos enfermeros.	1	2	3	4
2	11	Hay un programa activo de garantía y mejora calidad.	1	2	3	4
2	12	Existe un programa de acogida y tutelaje de enfermeras de nuevo ingreso.	1	2	3	4
2	13	Los cuidados de las enfermeras están basados en un modelo enfermero, más que en un modelo biomédico.	1	2	3	4
2	14	La asignación de pacientes a cada enfermera existente favorece la continuidad de los cuidados (p. ej.: la misma enfermera cuida al paciente a lo largo del tiempo)	1	2	3	4
2	15	Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes	1	2	3	4
2	16	Existe un plan de cuidados escrito y actualizado para cada paciente.	1	2	3	4

2	17	Los gestores del centro se preocupan de que los enfermeros proporcionen cuidados de alta calidad.	1	2	3	4
2	18	Se desarrollan programas de formación continuada para las enfermeras.	1	2	3	4
2	19	Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada.	1	2	3	4
DIMENSIÓN 3: APOYO DE LA COORDINACIÓN						
3	20	La supervisora/coordinadora es una buena gestora y líder.	1	2	3	4
3	21	La supervisora/coordinadora respalda a la plantilla en sus decisiones, incluso si el conflicto es con personal médico	1	2	3	4
3	22	La supervisora/coordinadora utiliza los errores como oportunidades de aprendizaje y mejora, no como crítica.	1	2	3	4
3	23	La supervisora/coordinadora es comprensiva y asesora y da apoyo a las enfermeras.	1	2	3	4
3	24	Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho.	1	2	3	4
DIMENSIÓN 4: RECURSOS HUMANOS						
4	25	Hay suficiente plantilla de empleados para realizar adecuadamente el trabajo.	1	2	3	4
4	26	Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad.	1	2	3	4
4	27	Los servicios de apoyo (celadores, administrativos...) son adecuados y facilitan estar más tiempo con los pacientes.	1	2	3	4
4	28	Hay tiempo suficiente y oportunidad para discutir los problemas de cuidados con las otras enfermeras.	1	2	3	4
DIMENSIÓN 5 RELACIONES MÉDICOS / ENFERMERAS.						
5	29	Se realiza mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras.	1	2	3	4
5	30	Entre los médicos y las enfermeras se dan buenas relaciones de trabajo.	1	2	3	4
5	31	La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración apropiada.	1	2	3	4

ANEXO 12.

PERMISOS DE LOS DEPARTAMENTOS DE SALUD PARA LA RECOGIDA DE DATOS Y SER INCLUIDOS COMO ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO.



Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent

DICTAMEN DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

D^a. Cristina Gonzalez Steinbauer, Presidenta de la Comisión de Investigación del Departamento de Salud Xàtiva – Ontinyent, Hospital “Lluís Alcanyis” de Xàtiva,

CERTIFICA

Que esta Comisión en reunión mantenida el 25 de febrero de 2014 ha evaluado el estudio titulado:

Estudio: “Del modelo magnético de cuidados, a la determinación de los factores esenciales de los entornos de práctica profesional en enfermería de atención primaria de salud y atención especializada en la Comunitat Valenciana, mediante el cuestionario PES-NWI”.

Investigador principal: D. Vicente Gea Caballero (Enfermero C.A. Quatretonda)

Que una vez evaluado el referenciado estudio, acuerda emitir el siguiente **INFORME FAVORABLE** para su realización en este Departamento.

Y para que así conste, a petición del interesado, se emite el presente certificado para su conocimiento y efectos oportunos.

Xàtiva a 26 de febrero de 2014

Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent
Hospital “Lluís Alcanyis” de Xàtiva
Comisión de Investigación
Presidenta



Fdo. Dra. Cristina González Steinbauer



COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN CONJUNTA DE LOS HOSPITALES DE
TORREVIEJA Y VINALOPÓ

CERTIFICADO DE ADECUACIÓN DEONTOLÓGICA

José Vicente Tuells Hernández, Presidente de la Comisión de Investigación Conjunta de los Hospitales de Torrevieja y Vinalopó.

CERTIFICA

Que esta Comisión en su reunión de fecha 29 de Octubre de 2013; ha evaluado el Proyecto de Investigación titulado:

"Del modelo magnético de cuidados, a la determinación de los factores esenciales de los entornos de práctica profesional en enfermería de atención primaria de salud y atención especializada en la Comunitat Valenciana, mediante el cuestionario PES-NWI"

Cuyo investigador/autor principal es: Vicente Antonio Gea Caballero

ACUERDA

Que el estudio respeta las normas éticas aplicables.

Que se trata de un estudio no intervencionista, que se llevará a cabo sin que se produzca ningún cambio en la práctica habitual.

Que cumple los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio.

El procedimiento para obtener el consentimiento informado y recogida de datos, son adecuados.

Por lo tanto el estudio queda **APROBADO**

Que la reunión cumplió el quórum establecido en los PNTs de esta Comisión.

En Elche (Alicante) a 21 de Marzo de 2014

Fdo.: EL PRESIDENTE



José Vicente Tuells Hernández



COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN CONJUNTA DE LOS HOSPITALES DE
TORREVIEJA Y VINALOPÓ

CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

Dr. D. Ramón Navarro Gómez; Director Gerente del Hospital del Vinalopó (Dpto. 24) y Hospital de Torreveja (Dpto. 22); visto el Certificado de Adecuación Deontológica de la Comisión de Investigación Conjunta de ambos Centros Sanitarios.

CERTIFICA

Que conoce el proyecto de investigación titulado:

"Del modelo magnético de cuidados, a la determinación de los factores esenciales de los entornos de práctica profesional en enfermería de atención primaria de salud y atención especializada en la Comunitat Valenciana, mediante el cuestionario PES-NWI"

Cuyo investigador/autor principal es: Vicente Antonio Gea Caballero

Que acepta la realización del mismo en los servicios de **Atención Primaria y Atención Especializada** de ambos Centros.

Lo que firmo en Elche (Alicante) a 21 de Marzo de 2014

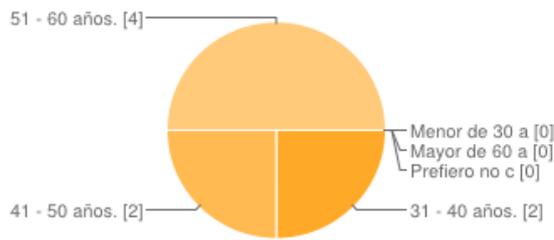
Director Gerente Hospital del Vinalopó y Hospital de Torreveja

Dr. D. Ramón Navarro Gómez

ANEXO 13.

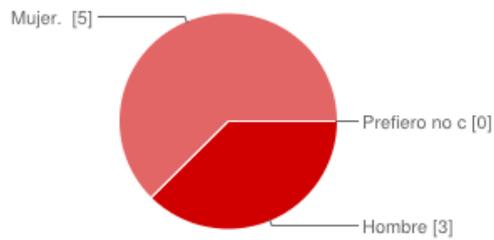
GRÁFICOS, RESULTADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y PROFESIONALES DE LOS/LAS PARTICIPANTES DEL GRUPO DE EXPERTOS/AS.

Edad



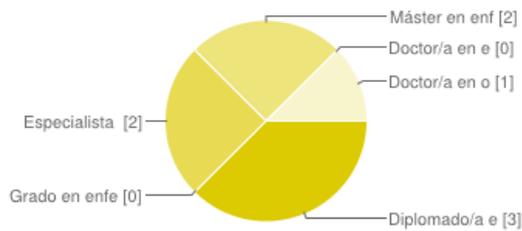
Menor de 30 años.	0	0%
31 - 40 años.	2	25%
41 - 50 años.	2	25%
51 - 60 años.	4	50%
Mayor de 60 años.	0	0%
Prefiero no contestar.	0	0%

Sexo



Hombre	3	38%
Mujer.	5	63%
Prefiero no contestar.	0	0%

¿Cuál es su nivel más alto de estudios relacionados con la enfermería?

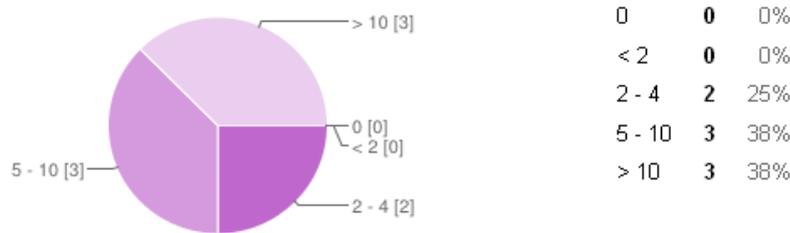


Diplomado/a en enfermería.	
Grado en enfermería.	
Especialista (tengo una o más especialidades enfermería)	
Máster en enfermería.	
Doctor/a en enfermería.	
Doctor/a en otra disciplina.	

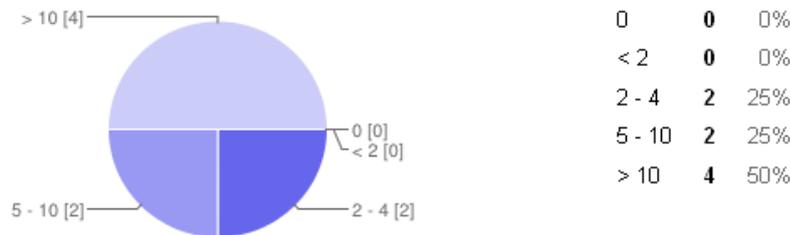
¿Cuántos años de experiencia asistencial tiene en Atención Primaria de Salud?



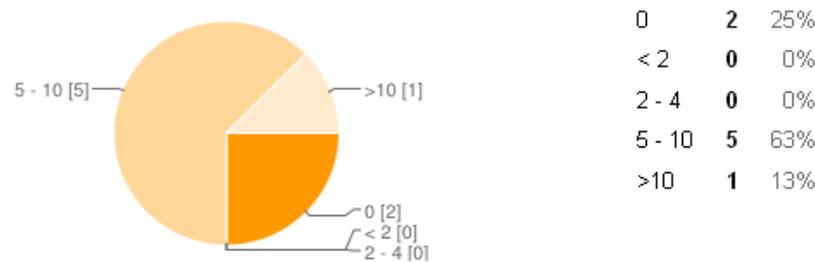
¿Cuántos años de experiencia docente tiene relacionada con Enfermería?



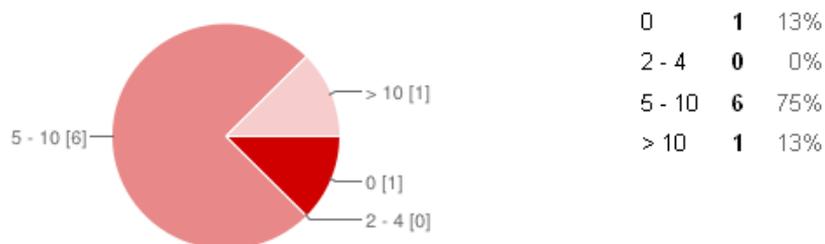
¿Cuántos años tiene de experiencia desarrollando actividades de investigación?



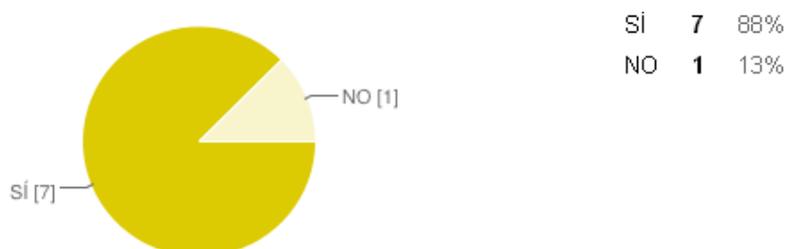
¿Cuántos años de experiencia en gestión de equipos o recursos tiene?



¿Cuántos años de experiencia tiene como técnico de proyectos o programas enfermeros, públicos o privados?



¿Pertenece o ha pertenecido de forma regular a alguna asociación científica enfermera, relacionada con APS?



Figuras 31-a-b-c-d-e-f-g-h-i: Gráficos descriptivos de las características de los/las expertos del grupo focal

ANEXO 14.

TRASCRIPTIÓN GRUPO FOCAL.

Moderador (M):

Os presento a todos/as. Yo soy Vicente Gea Caballero, soy como vosotros enfermero y estoy doctorando en la UA, sobre ambientes de práctica profesional, y el objetivo general de la tesis es intentar consensuar cuáles son los elementos más importantes de esos ambientes. Un top ten.

Os solicito verbalmente ahora el permiso, vuestro consentimiento, para poder realizar esta grabación y poder utilizarla posteriormente exclusivamente para los fines del estudio. ¿Estáis de acuerdo todos/as en continuar).

(Todo el grupo verbaliza un sí expresamente).

Perfecto, muchas gracias a todos/as.

También quería comunicaros antes de comenzar, que además del los componentes del grupo y yo como moderador, nos acompaña hoy una compañera en la sesión, PE, profesora de la Universidad Pública de Navarra, que está colaborando hoy y será la persona que está controlando y vigilando la toma de datos y referencias de interés.

Ante todo agradeceremos a todos/as el esfuerzo que significa a estas horas, estamos todos muy cansados después de un día de trabajo, así que de verdad muchas gracias por colaborar participando en este Focus Group.

Bueno, os presento a todos/as. En principio no sabía si guardar el anonimato, para intentar que la gente no se conociera entre ella, pero en el chat previo al conectarnos, algunos/as ya os conocéis y no tiene demasiado sentido ocultarlo. Por lo tanto, solo voy a dar vuestros nombres y cada ciudad o provincia desde la que se conecta cada uno/a.

X se conecta desde Alicante, X desde Mallorca, X desde Navarra, tenemos dos X, la primera X1 desde Canarias, y la segunda X2 desde Burgos. X desde Valencia, X desde Oviedo, Asturias, y X desde Barcelona.

Una vez presentados, vamos a seguir con la sesión.

Habéis sido contactados bien a través de mi invitación directa o a través de otros compañeros expertos, siguiendo un muestreo por forma intencionada. Y eso supone unas características determinadas: en general, todos tenéis unos años de experiencia en atención primaria de salud, habéis ejercido docencia o la estáis ejerciendo, estáis investigando, y algunos o muchos estáis o habéis estado en cargos de gestión, o sois técnicos o habéis participado en proyectos técnicos de enfermería relacionada con el ámbito de atención primaria. Estos eran los criterios básicos de selección. Coincidiré con vosotros en que muchos/as otros

enfermeros podrían estar hoy aquí seleccionados, pero como os digo, habéis sido recomendados por determinados profesionales referencia de nuestro país, y afortunadamente habéis aceptado la invitación, así que somos los que estamos

Os cuento muy poquito sobre el proyecto de tesis. Estamos intentando determinar los 10 elementos más importantes de la escalas PES-NWI, que ya conocéis desde hace 24 horas, para acelerar la sesión se os envió anticipadamente. Esta escala mide ambientes de práctica profesional. Es relativamente reciente, 12-13 años, está validada y adaptada en nuestro país, tanto para APS como AE. Hay distintas versiones, y también otras escalas, pero bien, hemos elegido este modelo y versión para el análisis por su bondad estadística. Lo ha validado Joan de Pedro de Baleares. Es lo que hoy vamos a discutir en el grupo.

Quiero recordaros que este cuestionario nace de hospitales, de especializada pura, lo digo porque habréis encontrado cuestiones que parecen más intencionadas para especializada, para hospitales, pero bueno, una vez os he contado este pequeño detalle, pues continuaremos ya con la sesión.

Esta sesión tiene 2 objetivos, el primero intentar consensuar los 10 elementos más importantes. Si conseguimos hacerlo, intentaremos priorizarlos en base a vuestras respuestas.

El análisis previo de el primer cribado que habéis realizado del cuestionario, ha dado como resultado el que muchos (muchos) de los ítems del cuestionario no los ha seleccionado nadie como importantes.

Esta tarde os he enviado el cuestionario en una sola página para que podáis trabajar en esta sesión de forma más operativa, será más interesante para ir eliminando ítems.

Los ítems que nadie ha elegido, ¿creéis interesante debatirlos, o pensáis que si NADIE (se enfatiza el nadie) de los 8 expertos los ha elegido, es porque no son

elementos ESENCIALES (se enfatiza) dentro de los ambientes de práctica profesional?

Los participantes reflexionan y verbalizan que si nadie los ha elegido, es porque parecen menos importantes que otros. X Burgos propone que en todo caso podemos dejarlos para el final, si no se consensuan el resto de ítems, que podríamos discutir el porqué no se han elegido, que podría ser interesante. Centrarse en el resto y después discutirlo puede enriquecer el debate.

Se acuerda que si hay tiempo (sesión programada para dos horas) se abordará.

Moderador: me parece una buenísima idea.

Os voy a decir qué ítems son los que nadie ha elegido: Son el ítem 16, 21, 22, 23, 24, 27 y 30. Son 7 ítems, que en todo caso dejaríamos para el final.

Vamos a hacer un repaso rápido. Yo ya tengo los datos de lo que habéis contestado pero no los voy a revelar para no sesgar la opinión. En cuanto hayamos discutido todo os puedo dar el resultado de todos.

Vamos a empezar por la primera dimensión, PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LOS ASUNTOS DEL CENTRO.

El ítem 1 las enfermera de la plantillas están formalmente involucradas en los asuntos de gestión, juntas y órganos de decisión.

¿Qué os parece este ítem dentro del ambiente de práctica profesional? ¿Os parece que os vaya nombrando y vais dando vuestra opinión?

(Opinan que sí, para empezar...)

El orden que voy a enunciar es el que tengo en mi listado, no supone ningún orden en especial. Empezaré en este orden y en otros ítems haremos el orden contrario para ir variando las respuestas. Si alguien tiene algo que decir, que diga su nombre así sabemos quién habla:

X Alicante: en cuanto a relación e importancia en atención primaria, lo que pasa es que hemos seleccionado 10, pero yo creo que 12 son importantes. Hay otros ítems, pero he priorizado estos. Este ítem no sé qué decir, no es que no sea importante, pero creo que otros lo son más.

Moderador (en adelante M): efectivamente, todos tenemos asumido que es importante desde el momento en que está en el cuestionario, eso está claro. Entonces, si queréis, si alguien tiene algo relevante, alguna opinión que crea debe exponer al grupo...

X (Tenerife). Yo he pensado en la relación que tiene con la APS. Al menos en lo que yo conozco en mi contexto. Hay pocos órganos de decisión en los Centros de Salud, pocas juntas... ojalá hubiera más, y eso aumentara su peso, pero tal vez por eso yo tenía claro que este ítem para mí no era importante en mi contexto. No sé para en otros contextos si hay tantas juntas, órganos de decisión, sitios donde las enfermeras podamos involucrarnos,

X (Asturias): yo coincido con X y X... aquí en Asturias creo que como en otras comunidades, vivimos algunos nuevos modelos de gestión, diferentes, como en otras comunidades, cuando hablamos de gestión clínica, en las cuales existen órganos de decisión y las enfermeras sí que participan, da la impresión de que sí tienen una participación formal, y no una oportunidad como dice el segundo ítem de que haya una participación en tomar las decisiones que hace pero no de las políticas del equipo. Es igual que otro ítem que habla de las comisiones de investigación, sí que hay una participación formal, pero NO una participación real.

M: muchas gracias X, X(Bcn), algo que aportar?

X: Nosotros en Cataluña, en las comisiones que tenemos aunque no son órganos de decisión puramente de gestión, tanto a nivel superior al centro como dentro del centro, por nuestra parte sí que tenemos bastante que opinar y es bastante consensuado todo, es decir, sí que tenemos órganos de decisión con enfermeras. Es decir, no estamos tan en inferioridad de condiciones para poder decidir cosas. NO estamos en paridad con otros profesionales, pero casi casi.

X (Navarra): bien yo como la compañera, he priorizado algunos ítems (varios participantes dicen “claro”), claro, yo discrepaba un poco, porque los órganos de decisión enfermera se deciden a otros niveles diferentes, que vienen a su vez de la participación activa de la opinión de las enfermeras. Y es esa forma de participación activa, digamos secundaria, la que hace que sí participen en las decisiones y en esos órganos. No sé si me estoy explicando, yo creo que la junta de decisiones un órgano que está “allí”, pero que “absorbe” de lo que participamos en las juntas y en los grupos de trabajo que se crean para que esos órganos de decisión tomen decisiones.

M: bien, en realidad estamos hablando de los ítems 1 y 2 a la vez, no sé si os habéis dado cuenta (varios miembros asientes con varios “sí”) porque estábamos hablando más de los aspectos o de los grupos formales, mientras que el ítem 2 es un poco más operativo, participación en la decisión política, en las decisiones que se toman. Son dos ítems distintos... X te has ido al 2. ¿Os parece más importante entonces por lo que decís, el tomar las decisiones que el estar formalmente en la toma de esas decisiones?

X (Vlc): Vicente, soy X (Vlc). Yo quería opinar, lo ideal es que se hiciera la participación tal y como se dice de la participación en el ítem 1 y 2 juntos, pero la realidad es que la gente está poco participativa en la toma de decisiones, es decir

que poca oportunidad tienen, y luego hay gente que de forma esporádica se implica, poca gente se implica en este momento...

M de todos modos, aquí estamos hablando de aspectos ideales, eso es lo que mide la escala, si participa o si no participa. Ya no tanto de lo que hacen o no hacen... nosotros estamos analizando si es más importante estar en las juntas de manera formal, o de tener opinar en las decisiones. Esto sería un poco lo que estamos debatiendo en este momento.

X (Vlc): pues si hay que opinar, a mi me parece súper importante opinar, la participación, pero creo que está un poco olvidada, creo que importantes son los dos, el ítem 1 y 2, pero como ha dicho X Alicante, habría que priorizar, **es posible que algún ítem importante se tenga que quedar fuera.**

X (Burgos): Al ser necesario tener que priorizar, obviamente buscas aquel que mejor identifica lo que signifique la participación, entonces, sí que es cierto que las enfermeras de los equipos de atención primaria están implicadas en muchos consejos, pero lo que interesa es estar implicada en lo que es realmente una toma de decisiones. Estar implicadas en las comisiones que van a sacar adelante el centro, pues tiene importancia en cuanto al funcionamiento, pero lo realmente importante es la verdadera toma de decisión, así que a la hora de elegir, elegiría la participación en la toma de decisiones, no la participación en tareas o funciones que son comunes en los centros, que hay que hacerlas y tomarlas obviamente, pero me parece más importante hablar del 2 que del 1. Elegiría el 2 antes que el 1.

M: muy bien, muy bien.

X (Balears) pide la palabra: yo un poco relacionado con lo que comentaba ahora Dolores, mi reflexión iba por el mismo camino. Es decir, yo creo que las

decisiones tomadas en el centro en cuanto a toma de decisión son más organizativas, mientras que hay otras decisiones en cuanto a la salud, la planificación etc. que son más importantes, por eso para mí, entre el 1 y el 2, me quedo con el 2. Ya no tanto a nivel de centro, si no con unas vistas más amplias, en especial a nivel de gerencia en atención primaria, que abarcaría ambos aspectos.

X (Asturias) (que pedía la palabra al mismo tiempo que X Balears): bueno, yo creo que es prioritario participar en la toma de decisiones, pero creo que para participar en la toma de decisiones es necesario estar donde se toman esas decisiones, tiene que haber órganos donde estén los profesionales. **El ítem uno sería por lo tanto una condición necesaria para que se dé una participación real no solo de las enfermeras, porque mi experiencia es que en los equipos hay muy pocas posibilidades de que los profesionales participen realmente en la toma de decisiones.** Al menos esa es la experiencia que yo tengo.

M: estupendo, voy a dar por comentado tanto el ítem 1 como el 2, porque los hemos metido en el mismo pack, Entonces, en general, por concretar, ¿el 2 os ha parecido más importante que el 1? Por lo que yo he podido comprender...

X (Bcn): yo creo que de forma ideal si, de forma real no se...

X Alicante: (en relación a lo que dice X Bcn) un poco utópico...

M: NO lo digo yo X Bcn, lo dice el grupo...

X Navarra pide la palabra: a mí también me parece más importante el 2 que el 1.

M: entonces, asumimos que tanto 1 y 2 hablan de un tema similar con diferentes aspectos, y parece que se cae el 1.

Si queréis por agilizar, vamos a ver el ítem 3, y vamos a comenzar en orden inverso, así que hablará ahora X (Bcn), el ítem es existen muchas oportunidades para el desarrollo profesional del personal de enfermería. ¿Cuánto de importante es esto para el trabajo de enfermería en atención primaria?

X (Bcn): yo aquí tengo dudas, porque el desarrollo profesional es continua, lo estás haciendo en la consulta, ¿muchas oportunidades? No entiendo muy bien hacia donde, entiendo que un campo es la asistencial, y las oportunidades y la formación continua en todo caso carrera profesional, y si salgo de ahí ya es otro campo, por ejemplo la gestión, la investigación en este caso sí, o la docencia, pero no tienen mucha posibilidad los centros de ejercer un rol docente o no docente, etc. Etc. Entonces no sé muy bien por donde coger el desarrollo profesional o qué carácter debe tener. No la marqué porque no sabía muy bien qué implicaba.

M: Bueno... En concreto no se refiere a formación, porque la formación entra dentro de la siguiente dimensión. Se refiere en todo caso a desarrollarse como profesional, asumiendo más responsabilidades (Gestión?),

X alicante: bien, yo lo he pensado y entendido así, al hablar de oportunidad y de desarrollo profesional, entiendo que no es ejercer como enfermero sino ir progresando. Es confuso pero se refiere más a la oportunidad (X Bcn dice que es oportunidad personal, de actitud), que esa oportunidad te la brinde el sistema.

M: efectivamente, en la revisión de la literatura, se habla de que el profesional debe percibir esa oportunidad del sistema de que si trabaja y si se implica en la empresa, pueda ir subiendo escalones, no ser un enfermero asistencial de lo que

llamamos base, y que no tenga la oportunidad de que no cambie la cosa. Es decir, si yo me formo, si yo estudio, si me preparo, si investigo, ¿qué oportunidad voy a tener de ser algo en esta empresa? A eso se refiere.

X (Bcn): es que el desarrollo profesional parece que se limite solo a gestión,

X Vlc: perdonad un momento... el ítem número 6 es como muy parecido (ASIENTE EL GRUPO, TODOS),

M: Fijaros que el ítem 6 que habla de carrera, habla de carrera clínica...

X Bcn: sí, efectivamente, la carrera profesional se refiere al progreso con compensación económica, a mejorar individualmente, por eso hablaba yo de actitud.

X Vlc: luego el desarrollo profesional personal te lo buscas tú, lo haces tú, tampoco la empresa puede hacerlo esencial, depende mucho de cada uno.

X Asturias: sí bueno, coincido un poco con X Vlc, de hecho, uno de los ítems que había elegido era el 6... yo sí entiendo como equivalentes el desarrollo profesional y la carrera profesional. Para mí son importantes porque tienen que ver con algo que yo considero que es básico, algo que creo que debería implantarse en los centros y que es la gestión por competencias. Al final lo que ha pasado (en Asturias) es que la carrera y el desarrollo profesional se han prostituido totalmente, se ha ligado exclusivamente a la antigüedad y se ha basado exclusivamente en el carácter retributivo, pero no ha dado ocasión de que fuera un elemento incentivador

M: Bien, podemos valorar ambos ítems pues más o menos conjuntamente, si bien entendemos que el cuestionario los plantea como distintos y no podemos confundirlo

X Navarra: Bueno, yo lo entendí como X Asturias, y no lo seleccioné porque aquí (Navarra) la carrera profesional también se ha convertido en antigüedad, por eso no lo veía importante, pero en cambio el desarrollo profesional lo he entendido como la madurez en el sentido profesional, pero no solo en lo que vas haciendo, sino también en la gestión, relacionado con el ítem 4, que la dirección escucha y da respuestas, es decir deja que pueda haber desarrollo para la madurez relacionado con las competencias de lo que nos toca trabajar. Yo lo he entendido por ahí...

X Tenerife: Yo me decanté de entrada entre los ítems 3 y 6, no el 2, porque me pareció que el desarrollo profesional tiene que ver con el ascenso en la carrera clínica, y me pareció que para mejorar el cuidado que se ofrece en enfermería, hay que hacer carrera clínica, carrera profesional, pero no entendida como lo es en este país, como dinero, y yo preferí este ítem 6 porque el desarrollo profesional SI que está vinculado a la excelencia, es decir, si yo hago un desarrollo profesional interesante, que tenga posibilidades de ascender, soy experta en esta área, me decanté por el 6 porque de qué vale que yo me desarrolle profesionalmente, si no tengo ninguna oportunidad de ascender en carrera profesional... este es el razonamiento que yo he hecho.

X (Burgos): Realmente a ninguno de los 2 ítems les he dado prioridad, quizá porque no los acabé de entender, yo entiendo desarrollo profesional como el crecimiento profesional, la madurez como enfermera, que independientemente de que estés en atención primaria o en otro ámbito, el desarrollo que alcanzas por

experiencia, por adquisición de experiencias. No me lo parecía si buscamos lo que puede tener de magnético un equipo de atención primaria.

Y en atención primaria donde tenemos una estructura muy determinada, que hay poca diferencia entre unos y otros, con cupos asignados, pues no me pareció importante porque la carrera es complicada...

X Asturias: el estatuto marco y la LOPS dice que las organizaciones deben favorecer el desarrollo profesional de sus profesionales, y está obligado a desarrollar un sistema de carrera profesional. Digamos que habría como habéis dicho el ítem 3 al hecho de la motivación intrínseca, y el 6 al de la motivación y la incentivación. Yo creo que incluir en la organización elementos de competencia profesional que ahora mismo no existen, y que tiene que ser una oportunidad, no solo para los profesionales sino para el sistema en su conjunto.

M: os pediría que nos decidiéramos entre uno de los dos ítems, ese ítem 3 de elemento personal, o ese ítem que dice que esa enfermera que intenta desarrollarse tenga su posibilidad en el sistema.

Grupo, mejor la 6, X Bcn insiste en que la 6.

X Asturias: Creo que conforme avanza el desarrollo de la sesión, vamos a ir consensuando con mayor facilidad

M: VAMOS A PASAR AL ÍTEM 4, PARA VER CUAN IMPORTANTE ES PARA EL ENTORNO, PARA DESARROLLAR CUIDADOS EXCELENTES DE ENFERMERÍA, QUE LA DIRECCIÓN ESCUCHE Y DE RESPUESTA A LOS ASUNTOS DE LAS ENFERMERAS, ES EL ÍTEM 4.

X Vlc: mira, yo creo que como está enfocado más a especializada, se refieren a la dirección de enfermería del departamento... en primaria estaríamos lejanos, esto estaría más próximo a la coordinación del centro...

M: me gustaría que tuviéramos en cuenta que el cuestionario es muy general, que es americano, que está traducido validado y adaptado tanto para especializada como para primaria, pero además pues que los subsistemas, las transferencias a las comunidades autónomas en materia de sanidad, hace que tengamos modelos de gestión distinta, X Vlc habla de los departamentos de valencia... a ti te parece lejana X Vlc?

X Vlc: a mí sí, me parece lejana, es que es lejana.

M_ pensáis como X Vlc?

X Vlc: yo creo que cerca del coordinador de enfermería.

X Bcn: a mí me parece que no, que contestan rápidamente...

M: fijaos en lo que dice la cuestión, "los asuntos"...

X Alicante: eso es importante, qué son los asuntos.

X Bcn: si es el asunto cotidiano, no cuentas con ello, no los ves.

X Navarra: sin embargo yo la he marcado como importante. Estoy hablando en plan ideal, creo que es imprescindible que si no hay comunicación permanente, si no se crea esa comunicación permanente, escuchando, no se abre el camino adecuado para ver qué es realmente lo que preocupa, estamos fuera, fuera del camino de la madurez profesional.

X Alicante: claro.

X Baleares: yo lo he considerado como X Navarra, es posible que estén lejos, pero tienen que estar muy cerca, porque están para dar solución a nuestros problemas. A la mejora de la situación enfermera, esos son los asuntos. Aunque pueda estar lejos, debe estar cerca, y yo creo que ayuda esa cercanía en cuanto a comunicación, los gestores están para eso, por eso lo prioricé.

X Alicante: que la dirección de respuesta a los asuntos, los problemas, etc. pues dicho así, no sé, no me gusta lo de los asuntos.

M: X Alicante no te corto, me gustaría recordar que estamos debatiendo cuáles son los que deciden la calidad, los ítems, lo digo para aclarar lo que estamos hablando, que esto suceda va a permitir que haya cuidados excelentes?

X Alicante: visto así, yo no lo marcaría como prioritario.

X Asturias: yo creo que el papel de los directivos es muy importante, básico, pero de todos los ítems que hacen referencia a los directivos no seleccioné ninguno porque no se muy bien esto de los asuntos... me habría gustado que incluyeran en esta dimensión uno como el 20, el buen gestor y líder, que creo que el liderazgo incluye accesibilidad, cercanía, dar respuesta, escuchar, liderar en suma...

M: te entiendo perfectamente.

X Alicante: yo también he elegido ese ítem.

X Bcn: yo también.

X Vlc: si el director es un puesto real, sí, pero si es un puesto político, esto no vale.

X Bcn: si hablamos de conversación con la dirección para que te escuche, relacionándolo con lo anterior, ya tengo órganos de gestión y opinión donde puedo participar, formales, para tomar decisiones de enfermería de base, no necesito tal comunicación con el director.

X Alicante: mi problema es que yo iba marcando ítems, y cuando leía después tachaba y marcaba otros, como por ejemplo el 7... me parece más importante que los gestores enfermeros consulten los problemas del día a día, y que eso englobaba que el enfermero del equipo de atención primaria sea consultado, más que los anteriores de que el director escucha o es accesible, que englobaba al 3 y al 4, por eso me parecía una manera de garantizar que los enfermeros sean escuchados en demandas y propuestas, en lo que pueden aportar.

M: perfecto... ligaríais el ítem 4 con el ítem 5? que la dirección escuche y de respuesta, significa que es fácilmente accesible, si bien el 5 habla exclusivamente del director, y no tal vez del equipo directivo... os lo parece?

Grupo: sí, sí.

X Vlc: yo los uniría.

X Bcn: incluso el 7,

X Alicante: sí, sí.

X Asturias: sí sí sí, el 7 también.

X Vlc: a mí el 7 me genera dudas: si se escucha a los enfermeros, es más bien organizativo o de calidad de los cuidados??

X Alicante: bueno yo creo que se refiere a todo,

X Vlc: yo pensaba que era más organizativo, de tareas, me genera dudas.

X Alicante: tal vez cada uno leemos lo que vemos, y es distinto

X Asturias: entiendo esa duda, por eso no elegí esos ítems, y si en cambio el 20, que habla de liderazgo.

X Navarra: yo cuando lo leí, a la hora de contestar el 7, no lo marqué porque lo veía muy diferente al 4 y al 5, en muchos sentidos, y había como 2 niveles diferentes, del asistencial al organizativo, y es función del equipo directivo de enfermeros luchar con los demás integrantes de la organización /. Entonces yo más bien lo veía como que los asuntos, que es abstracto, que el llevar todas las inquietudes a la mesa de la organización donde no solo hay enfermeros, pues hace que sí que haya una defensa de los cuidados con mayúsculas. Entonces no lo veía tanto, no me gustaba tanto el ítem, porque ese papel de la dirección no tenía porqué bajarse, visibilizar, como ha dicho X Bcn, ya hay comisiones a las que queremos llevar las tomas de decisiones, ya están ahí las enfermeras, pero hay otro plano donde se toman las decisiones estratégicas, y si en esas decisiones estratégicas no están fundamentadas desde las decisiones de la base, pues no se llega a buen puerto, ni visibilizamos el papel de la enfermería.

X Alicante, se suman todos: de acuerdo todos, sí sí.

M: estupendo, estupendo, pero estábamos hablando de 1 ítem, saltamos a 2 y ahora hablamos de 3 a la vez, y yo necesito que prioricemos los que sean importantes, los necesarios... X Navarra, y te pregunto a ti porque has hablado en último lugar, de los ítem 4, 5 y 7,

X Navarra: yo priorizo el 4.

M: X Asturias, yo creo que has hecho una aportación importante, y lo has repetido varias veces, has ligado estos ítems con el 20...

Todos todos: sí, sí...

X Vlc: yo me he dado cuenta al decirlo, lo estoy revisando, y tiene razón.

X Bcn: yo no he marcado ninguno de estos, pero sí el 20.

X Asturias: como yo.

M: bueno, el tema es que es una cuestión de dimensiones, de acuerdo, los asuntos del centro es estructura interna, y capacidad y liderazgo de los gestores es otra dimensiones, claro, los gestores también participan de los asuntos del centro, eso está claro, yo creo que habéis repetido lo del ítem 20, y muchos habéis explicitado que os quedáis con el 20, y para concretar...

X Asturias: yo creo que el 4 está también incluido en el 2, hay oportunidades de participar, y eso implica que sean escuchados por la gobernanza, lo dejaríamos en el 2.

X Burgos: yo he entendido que son dos niveles distintos, el 20 sobre la responsable del equipo, y el 3,4, 7 los órganos de gerencia, en un nivel distinto, por eso para mí ese nivel más alto debe tener la consideración con el equipo. Tal vez sea una tontería, pero la frase de que la dirección escucha a SUS enfermeras, ese SUS es despectivo, posesivo...

Grupo: risas, jajaja.

M: ¿os ha parecido tan importante la 20, que la coordinadora sea buena gestora y líder para poder hacer cuidados de calidad?

Grupo, sisisisisi, todos.

M: un sí tan rotundo????

Grupo: sí

X Vlc: si en el centro hay un buen líder, la visita del director es secundaria, porque el coordinador tira del centro y consigue cuidados adecuados, el otro puesto es más político.

Todos: sí, sí

X Navarra: sí, estoy de acuerdo, pero yo también lo he visto en dos planos, el más político y el más de abajo, el 20, lo he pensado bastante, y entendía que tenemos que tener buenos líderes porque arrastran y empujan, pero buenos gestores debemos ser todos, por eso no la marqué.

M: voy a dejar marcado el ítem 20, creo que ha habido mucho consenso.

X Tenerife: por un añadido, yo creo que el ítem 20 recoge lo que el 21, 22, 23 24, porque son las cualidades de un buen gestor y líder, no hay que darle muchas vueltas si entendemos el liderazgo, el director está más arriba y aunque no lo he marcado, que esa parte de la dirección escuche, no que sea visible, que pasee, que se vea, accesible, pero sí que escuche sobre el trabajo, como se dan los cuidados, creo que eso es muy importante.

X baleares: yo también, y destaco el "y da respuesta" y no solo escuchar. SI es verdad que "sus enfermeras", lo perdonaría si dan respuesta.

X Asturias: de todos los atributos que vienen en esta dimensión de la dirección, destaco que lo más importante para mi es que escuchen, y asumiendo que gran parte de nuestros directivos son elegidos por criterios no profesionales, deberíamos abogar por que las direcciones sean competentes, lideres, con capacidades de gestión y no políticos.

M: me quedo con algo interesante, los ítems 21, 22, 23, 24, están englobados en el 20... yo estoy aquí para "cazar" consensos y no sé si todos coincidís en esto?

Grupo: todos explicitan que sí, rotundo.

M: eso significa que puedo elegir la 20, y descartar de la 21 a la 24?

X burgos: creo recordar que la 24 no la había elegido nadie. Era descartada.

X Navarra: tuve la misma reflexión que estáis diciendo. Pienso que la 20 las engloba a todas las demás.

M: me parece estupendo, porque la dimensión 3 queda resuelta completamente, dejando solo la 20. Eso es lo que opina el grupo. Me vuelvo atrás a la dimensión 1, considero que los ítems 3,4 y 7 están debatidos, y que son un poco confusos, pero que el grupo ve más relevante la 4, veré en el análisis posterior, y si alguien quiere aportar ahora algo sobre estas.... ¿Alguien?

Grupo: silencio...

M: pues pasamos al ítem 8. Las enfermeras de plantilla tienen oportunidades en participar en las comisiones del centro (investigación, infecciones...) que es algo que ya ha salido antes... quién opina?

X Bcn: yo creo que efectivamente ya ha salido, pero que es más clínica, y por eso la encuentro básica, que la plantilla puede participar en estas comisiones.

M: es tan básico, X Bcn, para ser de las más importantes?

X Bcn: para mí sí.

X Vlc: estoy de acuerdo con MA:

X Alic: yo también...

X Navarra: yo también, pero apporto algo más, es tan importante, que esa excelencia de la que estamos hablando pasa por la participación activa de todas las enfermeras en grupos de investigación, excelencia por práctica basada en la evidencia, la labor asistencial, nuestra relación con el paciente, yo creo que es básico.

X Baleares: yo la había priorizado, justo por eso, porque si tenemos que estar en los puntos de decisión, yo creo que esto aumenta la calidad de los cuidados y eso pasa por participar en comisiones.

X Tenerife: no la prioricé porque ya tenía 10, pero coincido que es muy importante para la excelencia, la sacrifiqué por la 2, pero si hay que dejarla se deja, reconozco que es importante.

M: este ítem, efectivamente, tiene gran relación con la 1 y la 2, no sé si también a la 8...

X Bcn: creo que son dimensiones diferentes.

X Alic, X Navarra, todos: son dimensiones diferentes.

M: pues no podemos englobar. Pasamos al ítem 9: los directivos enfermeros están al mismo nivel de poder y autoridad que el resto de directivos del centro. ¿Cuánto de importante es esto para los cuidados de calidad? X Vlc por ejemplo opinas tú?

X Vlc: sí... yo creo que es importante, pero que para gestionar y liderar no hace falta estar al mismo nivel, que no pasa nada, pero es que me lía la pregunta, no sé si habla de direcciones o dentro del centro de salud.

M: no, X Vlc, se refiere, exactamente, a directores/as.

X Vlc: no están al mismo nivel, y no creo que influya demasiado.

M: no preguntamos si están en la realidad al mismo nivel, sino que estén al mismo nivel significa poder mejorar los cuidados, que el director de enfermería tenga tanto poder como los demás.

Vlc: yo decía que aunque no lo tengan, si se lo creen tiran. Si estuvieran al mismo nivel, harían más que lo que hacen, me explico?

M: a ver los gestores que hay por ahí...

Grupo: risas jajajaja.

X Navarra: creo que... a mí no me parece importante y os digo porqué... creo que este ítem viene de un modelo más médico, en el que el reparto de la tarta de la asistencia se basa en el modelo de asistencia de médicos, hay enfermeras, etc. habrá que centrar la atención en el paciente, y si lo hacemos así, no importa quién tenga el poder, si es médico, enfermero, economista, etc. creo que deberíamos partir de un concepto diferente y por eso no me parece relevante, al menos como yo veo la gestión.

X Asturias: primero, yo creo que es algo que debería ser tal cual, los directivos deben tener la misma autoridad que el resto, algo de base. No estoy tan seguro que no tenga influencia en algunas decisiones estratégicas y que influyen mucho. Mi experiencia personal con 10 años en gestión es que me los pasé peleándome con la dirección médica para tener autoridad, que dependía de decisiones y fue negativa para el desarrollo del área, y tengo mis dudas. Y en los hospitales, los directores de enfermería han perdido mucho poder y también la gestión de los cuidados que depende de los jefes de unidad... por eso creo que no es tan importante.

X Baleares: estaría de acuerdo con X Navarra si eso fuera real, pero al menos en baleares no es la realidad, continua siendo muy médica, muy jerárquica, así que si no hay enfermera al mismo nivel defendiendo los cuidados, se pierden y creo que es importante el ítem.

X Bcn: yo también lo considero importante, creo que en todas las instituciones la lucha de poder es una realidad, y no tener un status de tu a tu podría influir a la larga en la calidad del cuidado, es mi visión, no tengo experiencia en gestión.

X Tenerife: he estado en gestión, y creo que es fundamental. Pero dicho esto, creo que hay otras cosas fundamentales para los directivos, que sepan de asuntos, de modelos, de cuidados... y hay directivos que están al mismo nivel que el resto, pero no ejercen liderazgo enfermero porque no lo saben... estoy de acuerdo con X Navarra, defender el mismo nivel, pero poniéndole otros atributos a las direcciones... por eso no lo marqué, es importante, pero si después los líderes no lideran el cuidado... para tener más plantillas? para qué, para no enfocarla a lo que hay que hacer???

X Burgos: el mismo criterio, que tenga el mismo poder, pero con filosofía enfermera y del cuidado.

X Asturias: lo primero es que debería haber directivos en todos aquellos sitios donde se toman decisiones, y hay una carencia muy grande, no hay enfermeras en servicios centrales de las consejerías de salud, donde se toman decisiones en la gestión de cuidados.

M: algo controvertido el ítem pues... dejamos así el ítem 9...

Pasamos al ítem 10, dimensión 2. **ES MUY IMPORTANTE QUE SE USEN DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.**

X Bcn: no me parece importante, ni básico.

X Vlc: a mi si... jajajaja.

M: no vamos a entrar en una discusión eterna de si diagnósticos sí o no, es saber si es importante para mejorar el cuidado.

X Tenerife: en mi centro de salud se trabaja con diagnósticos, pero al final, no aporta calidad, es importante para el lenguaje y la taxonomía., pero no mejora el cuidado, no es importante.

X Navarra: comparto a X Tenerife

X Baleares; totalmente, no es imprescindible, es solo un lenguaje.

X Burgos: se suma a esto, y eso que soy profesora de metodología y diagnósticos, es una taxonomía. Solo que hay que tener claro que hay problemas que tenemos que diagnosticar.

M: perfecto, podemos pasar al siguiente.

Pasamos al 11: hay un programa de garantía de calidad.

grupo, en general: mucho, mucho, muy importante (todos, insisten en que lo priorizaron muchos...)

X Bcn: no lo prioricé, pero la verdad es que es muy importante, depende de si se lo creen o si solo es un papel que firmar, pero sí, creo que sí lo es.

X Asturias: si, es importante, aunque tampoco lo prioricé, por el modelo que tenemos aquí en Asturias, que no refleja la atención, pero si me parece importante.

X Burgos: pero dice activo, que se usa,... porque si no no se hace nada.

grupo: sí, sí...

M: hay unanimidad con el 11

grupo: si sí.

M: pasamos a la 12: hay un programa de acogida y tutelaje a las enfermeras de nuevo ingreso. Qué os parece?

X Burgos: importante.

X Tenerife: donde se hace?

X Burgos: yo creo que es a nivel centro, coger a la persona nueva y dirigirla en el día a día. Yo creo que es garantía de calidad y del trabajo en equipo. Para mí es muy importante.

X Asturias: es lo que decía en lo del desarrollo profesional, esa posibilidad de introducir un modelo de gestión por competencias, se debería aplicar para el sistema de selección y acceso al centro. Yo imagino que con las especialidades algo va a cambiar. Sí, ese programa de acogida, pero que las personas que accedan tengan un perfil determinado.

X BCN: siendo importante, no sé si entre los 10 más importantes... es mi duda... no lo tengo nada claro

M: estáis de acuerdo con X BCN?

Grupo; sí, sí, no es tan importante... (muchos sí distintos).

X Navarra: estoy muy de acuerdo con X Bcn.

M: habéis dicho muchos sí, me he permitido tachar el ítem.

pasamos al ítem 13: los cuidados de las enfermeras están basados en modelos enfermeros, más que en modelos médicos.

X Alic: ahí sí

X BCN: ahí sí.

X Burgos: ahí sí.

X Navarra: discrepo, jajaja, es importante, pero debemos romper ese fundamentalismo médico-enfermero en los cuidados, y hay que pasar a un modelo centrado en otras dimensiones, olvidar modelos históricos... ojo, creo que es importante, el modelo enfermero aporta calidad, pero hay que buscar otro horizonte. Sí que la tiene, pero no es lo más importante.

M: alguien de acuerdo con X Navarra?.

X Vlc: yo pienso con X Navarra, todos trabajamos con un modelo, siempre, lo hacemos, pero bajo el modelo biomédico es difícil.

M: se refiere mucho a enfermeros muy técnicos.

X Vlc: si es que el método es importante, discrepo porque ya discrepaba con los diagnósticos.

X Asturias: yo creo que es importante, y que el modelo de asistencia sanitaria que tenemos es biomédico, que todos deberían apartarse de ese modelo también los médicos.

X Tenerife: a veces tengo confusión con esto, en mi contexto trabajamos por programas de salud, que siguen el modelo biomédico, que son modelos biomédicos de salud-enfermedad, trabajo con patrones funcionales de salud, valoraciones, damos mirada biopsicosocial, trabajamos con diagnósticos, pero en la práctica, somos más biomédicos que nada. Para mí sería importante que diéramos otro enfoque enfermero, pero nos perdemos porque somos muy médico clínicos...

X Vlc: lo que pasa es que los enfermeros por formación y la edad, estamos más cómodos con el modelo biomédico, es lo que hemos aprendido, pero la tendencia es a cambiar el modelo al enfermero, menos derivado, más colaborativo, tenemos nuestra responsabilidad... creo que los cuidados ahí son muy importantes.

X alicante: ese sentir de X Vlc, no es la generalidad...

X Vlc: es mi sentir...

X Alic: hemos luchado mucho por alejarnos de ese modelo y trabajar con el modelo enfermero.

X Burgos: no lo he priorizado, siendo importante, porque pensé que si tenía que priorizar sería mejor el 15, la filosofía común de enfermería en el entorno de cuidado... ese da calidad y salva las confusiones del modelo. Ahí es donde tenemos la respuesta.

M: me permito tomar la palabra por la discusión, es una discusión tradicional sin fin, por lo que os voy a sugerir, ya que lo dice X Burgos, lo del ítem 15... hay relación entre la 13 y la 15??? Es el modelo y la filosofía.

X Baleares: como X Burgos, el 15 es más amplio que el 13, y no tanto el rol de médico o enfermera como profesión, y da el enfoque del cuidado.

X Navarra: yo lo mismo, el 15 creo que es prioritario e imprescindible, filosofía, ciencia con mayúsculas, y dice que "impregna", me parece una definición muy buena.

X Bcn: había elegido el 13, pero viéndolo ahora cogería el 15.

X Vlc: yo también el 15.

X Asturias: yo también, el 15.

M: estupendo.

M: paso directamente al 14. La asignación de pacientes a cada enfermera existente favorece la continuidad del cuidado (por ejemplo cada enfermera cuida al mismo paciente cada día, a lo largo del tiempo). Bueno, decidme cosas sobre la importancia de este ítem:

(silencio total).

X Asturias: Pasa un poco como con los directivos, yo creo que es algo, una condición necesaria, imprescindible, no entiendo un modelo... puedes discutir

sobre el sector, la UBA... pero no creo que haya discusión sobre los cuidados personalizados por ejemplo.

M: si queréis... la realidad de este ítem... es difícil discrepar de algo así... os recuerdo que esto nace en especializada. Allí este ítem tiene gran pertinencia por los turnos y rotación... se adapta, porque la escala está adaptada a APS, a los cupos, a la enfermera de referencia, a eso se refiere...

X Burgos: quizá en atención primaria, el que la enfermera tenga su población de referencia no es discutible, es una realidad, no se han desarrollado las herramientas adecuadas, y siempre han sido unas asignaciones indirectas. Todo usuario tiene derecho un médico asignado a su asistencia sanitaria, y en algunas comunidades se ha avanzado más y han ido buscando los artilugios para que los usuarios sepan quién es su enfermera de referencia, han tardado más, y a veces ha complicado el acceso del usuario a su enfermera. Estamos mucho mejor que hace años, pero es incuestionable que hoy se pueda trabajar por tareas en APS.

X Navarra: Yo no la he priorizado, y no porque estuviese en desacuerdo. Creo que es fundamental la personalización de los cuidados, de hecho algo que en navarra conseguimos, no sé si en otras comunidades autónomas también es poner en la tarjeta sanitaria el nombre de la enfermera de referencia de cada persona, pero de cara a priorizarlo, me ha parecido algo tan lógico, que tenía que estar.

Yo aquí he trabajado toda la vida así, entonces no lo concibo sin eso, no es que sea prioritario, es que sin eso no puedes hacer una atención personalizada, no puede centrar el cuidado, es simplemente, que no lo concibo.

M: no se si en realidad es un ítem importante, o un requisito de base... a veces si elegimos algo como importante, cuando en realidad resulta que es un requisito imprescindible para poder trabajar y ofrecer calidad...

X Vlc: es lo que estás diciendo, es un absoluto requisito, en la tarjeta sanitaria debe aparecer tanto el nombre del médico como el de la enfermera. Pero para priorizar como los 10, yo creo que no... Es que es una condición.

Grupo (X navarra, X Alic, X Bcn) sí, sí, sí...

X Asturias: yo creo que siendo una condición, sería un ítem a considerar que la asignación fuera de hecho y no de derecho, y más aún, la libre asignación de enfermera dentro del sistema sanitario.

M: Dado que el 15 ya se ha hablado sobre él, pasaremos al 16...

Grupo: no, no, que ha quedado excluido.

M: gracias, gracias, no me había dado cuenta, sí, sí, fuera, vale. Vamos al 17, LOS GESTORES DEL CENTRO SE PREOCUPAN DE QUE LOS ENFERMEROS PRESTEN CUIDADOS DE ALTA CALIDAD.

X Asturias: yo creo que esto que esta también podríamos incluirla dentro del 20, la de los gestores.

X Alic: sí, en la de los gestores.

X Burgos: yo creo que está más relacionado con el 11, hay un programa activo de garantía de calidad...

Grupo: sí sí, estaría entre el 20 y el 11...

M: es indiferente si está en el 20 o en el 11, lo importante es si puede estar englobado en otro más general... perfecto, entonces dado que lo tenéis claro, pasamos al ítem 18, SE DESARROLLAN PROGRAMAS DE FORMACIÓN CONTINUADA PARA LAS ENFERMERAS. ¿Cuánto de importante es que el sistema forme a sus enfermeras para que ofrezcan cuidados de calidad?

X Vlc: pues es muy importante...

X Alicante: es muy importante...

X Burgos: la actualización debe de estar ahí.

X Navarra: sí, yo lo prioricé.

X Tenerife: yo también.

X Bcn: yo también lo prioricé...

X Baleares: sí, sí, a mí me quedaba el primero después de los 10...

Grupo jajajajaja.

X Burgos, yo creo que también, era el 11 jajaja.

M: vale, os apunto 10 más 1 (risas)... Pues pasaremos al 19, LAS ENFERMERAS DEL CENTRO TIENEN UNA COMPETENCIA CLÍNICA

ADECUADA (PARA LA CALIDAD FINAL). ¿Como de importante es que sean competentes?

X Vlc: eso es un deseo no?

X Bcn: es como el de antes, ¿no? no se concibe la calidad sin eso,

Grupo, ríe y asiente...

X Baleares: para mí también era un requisito,

X vLC: competentes se les supone, no?

X Bcn: no es un requisito, pero una condición para la excelencia, nos estamos machacando diciéndonos que no lo somos...

M: no X Bcn, no, no partimos de eso... no creernos que todas las enfermeras son competentes, eso es una falacia...

Grupo: sí, efectivamente, es verdad, eso no existe...

X Asturias: hay una cuestión, a mí no me parece que este sea un ítem tan sencillo, sobre todo en el momento actual en el que se está hablando de la enfermera de práctica avanzada y de las especialidades... yo creo que hablar de la competencia sí que tiene su injundia... de hecho yo si seleccioné este ítem igual que la formación continuada, y como ya comenté en anteriores ocasiones, la gestión por competencias me parece básica, es clave, y si hablamos de competencias, hay que hablar de competencias básicas, de clínica avanzada, de especialista... a mí si me parece importante.

Grupo (sí, sí...).

M: muy bien, tiene mucho que ver con lo que has dicho, X Asturias, toda la filosofía magnética que es la base de nuestro estudio, pues bueno dice que conforme van aumentando la calidad de los cuidados, se dan cuenta de que es que las enfermeras están más preparadas y son más competentes., es una evidencia y hay relación significativa, bueno y la competencia está muy relacionado con esto, que al final un sistema ofrezca calidad de cuidado, ¿ va a depender de lo competentes que sean sus enfermeras??? eso es un poco, por concretar.

X canarias: yo la he marcado... ahora mismo a las enfermeras de primarias se nos piden un montón de competencias, y están todas ligadas a poder ofrecer unos cuidados de calidad, o sea que es tan grande el marco competencial que para cumplirlo hay que ser competente, y para ser competente tienen que estar bien formadas... entonces yo le di igual de peso que a los programas de formación...

X Asturias: igual que yo...

M: bien, pues una vez comentado, pasaríamos al 20 del que ya hemos hablado, y que además lo hemos elegido. 21, 22, 23 y 24 ya hemos hablado de ellos también, por lo tanto pasaríamos a la DIMENSIÓN 4, ADECUACIÓN DE PLANTILLA Y RECURSOS HUMANOS.

Vamos al ítem 25, HAY SUFICIENTE PLANTILLA DE EMPLEADOS EN GENERAL PARA REALIZAR EL TRABAJO. ¿Cuánto influye eso para la calidad del cuidado?

X Navarra: yo... yo lo prioricé... igual no sé cómo explicarlo, dudé mucho entre el 25 y el 26... si es de empleados, o de las enfermeras... y pienso que los cuidados no están solo relacionados con las enfermeras sino con todos los profesionales

que nos dedicamos al trabajo asistencial, y no solo asistencial sino de gestión, etc. Yo creo que este ítem le da un valor añadido al cuidado.

X Asturias: yo creo que es algo a debatir, y aunque sea una simplificación somos el segundo país de Europa en número de médicos, y el tercer país de Europa con menor número de enfermeras. Tenemos una estructura buena, con una plantilla buena, pero mal distribuida, en atención primaria pero también en los hospitales. Yo creo que hay pocas enfermeras, y el resto de los empleados, en algunas categorías creo que están sobredimensionadas.

X Navarra: yo creo que estoy muy de acuerdo con X Asturias, no me entendáis mal, yo priorizo más el recurso enfermero para los cuidados que el recurso médico, eso está claro. Pero para dar esa excelencia que estamos buscando en los cuidados, pues tenía mis dudas... pero estoy de acuerdo con lo que dice X Asturias.

X Tenerife: yo también.

X Bcn: si bueno... yo doy más prioridad a una cosa que hemos dicho antes que era la capacitación clínica, que no tanto al número, por la situación que vivimos actualmente, yo no sé si estoy más quemado o qué, pero a veces es preferible deshacerte de dos a cambio de nada... yo estoy más por las competencias, que por el número...

X Burgos: yo llegados a este punto ya solo podía marcar dos... por eso al leer este ítem tuve que priorizar, y entendí por ejemplo, que me parecía mejor que si hay tiempo suficiente y oportunidad para hablar y discutir problemas de cuidado y casos con las enfermeras, significa que habrá enfermeras suficientes para hacerlo y hacer sesiones clínicas, que no muchas veces que tenemos plantilla suficiente pero el trabajo no sale.

M: bien, permitidme ya que X Burgos ha introducido el ítem 28, y dado que el 27 no va porque se cayó, en realidad estamos hablando de 25, 26 y 28 a la vez, de toda la dimensión... plantea una visión muy interesante, y es la siguiente: ¿tal vez el ítem 28 engloba al 25 y al 26 a la vez, de forma indirecta?

X Vlc: yo creo que sí.

X Burgos: son cosas distintas...

X Asturias: yo creo que la 28 tiene más que ver muchas veces con la dirección, con como organizamos el tiempo, gestionamos la agenda, el trabajo... que más con la dimensión de la plantilla. De todos modos si vamos a desarrollar todas las competencias dentro de un modelo de filosofía de cuidados determinados, necesitarás suficientes recursos, y bien formadas para desarrollarlas... está claro...

M: bueno, no son excluyentes ambas posturas, estamos solo hablándolo, discutiéndolo...

X Tenerife: yo hice el razonamiento inverso, pensé que si había suficiente plantilla, habrá tiempo para discutir y hablar sobre los cuidados, entonces... pero también es como una obviedad, tiene que haber suficiente plantilla, porque si la tenemos pero no es competente... yo me incliné por la 25, porque si hay suficiente plantilla, daría tiempo a suficiente participación.

X alicante: Vicente, yo creo que es como has dicho, que no son excluyentes, o sea, es necesario tener suficiente plantilla, porque aunque tengas enfermeras preparadas y competentes, no van a poder desarrollar el trabajo correctamente, por lo tanto son necesarias ambas, pero en nuestro país son pocas, y además necesitamos que sean competentes...

X Vlc: la cantidad no te da la competencia, eh X Alicante?

X Alicante: claro, pero la competencia sola tampoco te va a dar resultados si la plantilla no es suficiente... o sea, aunque estemos muy preparadas, si no damos abasto, no puedes desarrollar los cuidados correctamente. Creo que son necesarias las dos.

X Asturias: sí, no... con respecto a la plantilla suficiente yo es que llevo 25 años en APS, y he visto evolucionar la asignación de recursos, y de aquella primera época en la que la paridad era sagrada, hemos visto como han menguado las plantillas, ojo como se entienda eso de la cantidad suficiente de empleados, porque yo sí creo que tenemos suficiente plantilla de empleados, no creo que tengamos un problema de recursos, el tema es que yo creo que se pueden realizar esas competencias.

X Navarra: yo por aportar mi comentario, yo apunté los dos, el 25 y el 28... yo creo que sí que es importante el tener tiempo para hablar, para reflexionar, para compartir los cuidados y saber hacia dónde queremos ir, y eso solo lo tenemos si tenemos plantillas adecuadas, porque si no se nos come la asistencia...

X Alicante: claro, eso es... esa es la idea que yo quería transmitir.

M: me ha gustado la reflexión de X Asturias, donde decía que cuidado que la plantilla puede ser suficiente, lo que pasa es que es cierto que los médicos están igualados en número con respecto a Europa y sin embargo hay una carencia muy importante de enfermeras con respecto a Europa. Eso puede significar que haya suficiente número de empleados, pero que haya un desequilibrio de enfermeras, esa falta... no sé si estáis de acuerdo con eso y si se comparte por el grupo, porque el ítem 27 habla de otros empleados, pero también médicos, solo que aquí se

habla también de otros empleados no asistenciales, lo que diríamos profesionales sanitarios y no sanitarios, va un poco por ahí... ¿Qué os parece lo que decía X Asturias?

(silencio...)

M ¿sí? ¿no?

(silencio...)

M ¿difícil?

X Asturias: no es fácil...

M: no es fácil, es complicado...

X Asturias: hace poco tuve la oportunidad de participar en un grupo en el cual tuve que preparar sobre competencias, y en un estudio sobre dimensión de plantilla en Asturias, pues bueno, en Asturias tenemos más médicos y pediatras que enfermeras en APS, y sin embargo tenemos una de las poblaciones más envejecidas de Europa, con un sistema, con una estructura tremenda, un gasto sanitario desbordado, yo creo que eso para la reflexión, qué sistema queremos, al final a lo mejor es más bueno, es un sistema en el que la gente quiere ir al médico a por la medicina, a la demanda...

Yo me he contestado a mí mismo..

Grupo: jajaja, risas.

M: sí, sí jajaja. Lo importante es contestar jajaja. Es una dimensión corta pero complicada, de entrada cayó un ítem, es posible que pudiéramos discutir si suficientes enfermeras o suficiente plantilla, todos coincidimos en que es importante que haya tiempo para la discusión, también he visto los datos cuantitativos de la encuesta, hay mucha gente que comparte ítems, y habrá que analizarlo posteriormente...

Si nadie tiene más que aportar de la dimensión de plantilla, pasaríamos a la dimensión nº 5, RELACIÓN ENTRE MÉDICOS Y ENFERMERAS. Es una dimensión que siempre ha estado presente en EEUU, y por tanto el ítem 30 habían caído ya... lo recordáis? por lo tanto, había que consensuar si el 29, el 31, o los 2... El 29 dice que SE REALIZA MUCHO TRABAJO EN EQUIPO ENTRE MÉDICOS Y ENFERMERAS, Y EL 31 SI ESA PRÁCTICA, ESE TRABAJO, ESTÁ BASADO EN COLABORACIÓN APROPIADA... ¿Cuál os parece mejor?

X Tenerife: yo me decanté por el 31, directamente, porque me parece que una colaboración adecuada implica un buen trabajo en equipo, y el trabajo en equipo en APS se debe hacer con colaboración. Por eso directamente el 31, no tuve ninguna duda.

X Baleares: la duda fue realmente esa, si se plantea un trabajo real en equipo, o si esa colaboración adecuada es que dependemos uno del otro, prioricé la del equipo más que la de la colaboración, por eso tuve dudas.

X Burgos; entendí como X Tenerife, y preferí la colaboración, perseguimos el mismo objetivo, con intervenciones distintas, y buscamos la colaboración. no tuve duda en marcar el 31.

X Navarra: no tuve duda, también marqué la 31.

X Bcn: yo también marqué la 31... no tuve dudas.

M: bueno, perfecto... hemos revisado todo el cuestionario, algo muy largo, estamos una hora y 50 minutos... yo tengo unas conclusiones con las notas que hemos ido tomando, lo compararé con lo que Paula ha ido tomando... Por enunciar unas conclusiones preliminares, yo pienso que ha habido suficiente y mucho consenso en algunos ítems, y no tanto en otros que habrá que estudiar más. Por lo tanto, voy a proceder a hacer el análisis y os mandaré por mail las conclusiones junto con unas preguntas para intentar que haya retroalimentación.

Si queréis que os de algunos resultados, que son a priori, pues podría adelantaros que ha habido mucho consenso en los ítems 2, 11, 15, 19, 20 con mucho consenso y otros más con bastante consenso como el 31. Esto os lo voy a mandar todo, pero esto es a priori lo que se intuye.

Si alguien quiere aportar algo más....

Bueno, pues muchísimas gracias a todos, para mí era muy importante poder realizar esta sesión, y gracias a vosotros esto ha podido suceder. Por lo tanto, os mantendré al corriente, y os preguntaré lo que dude. Es posible que sea necesario nuevo feedback, que en todo caso sería vía mail.

Buenas noches!!!!

ANEXO 15.

ÁRBOLES DE RELACIÓN DE LAS PALABRAS CLAVE EN EL TEXTO.

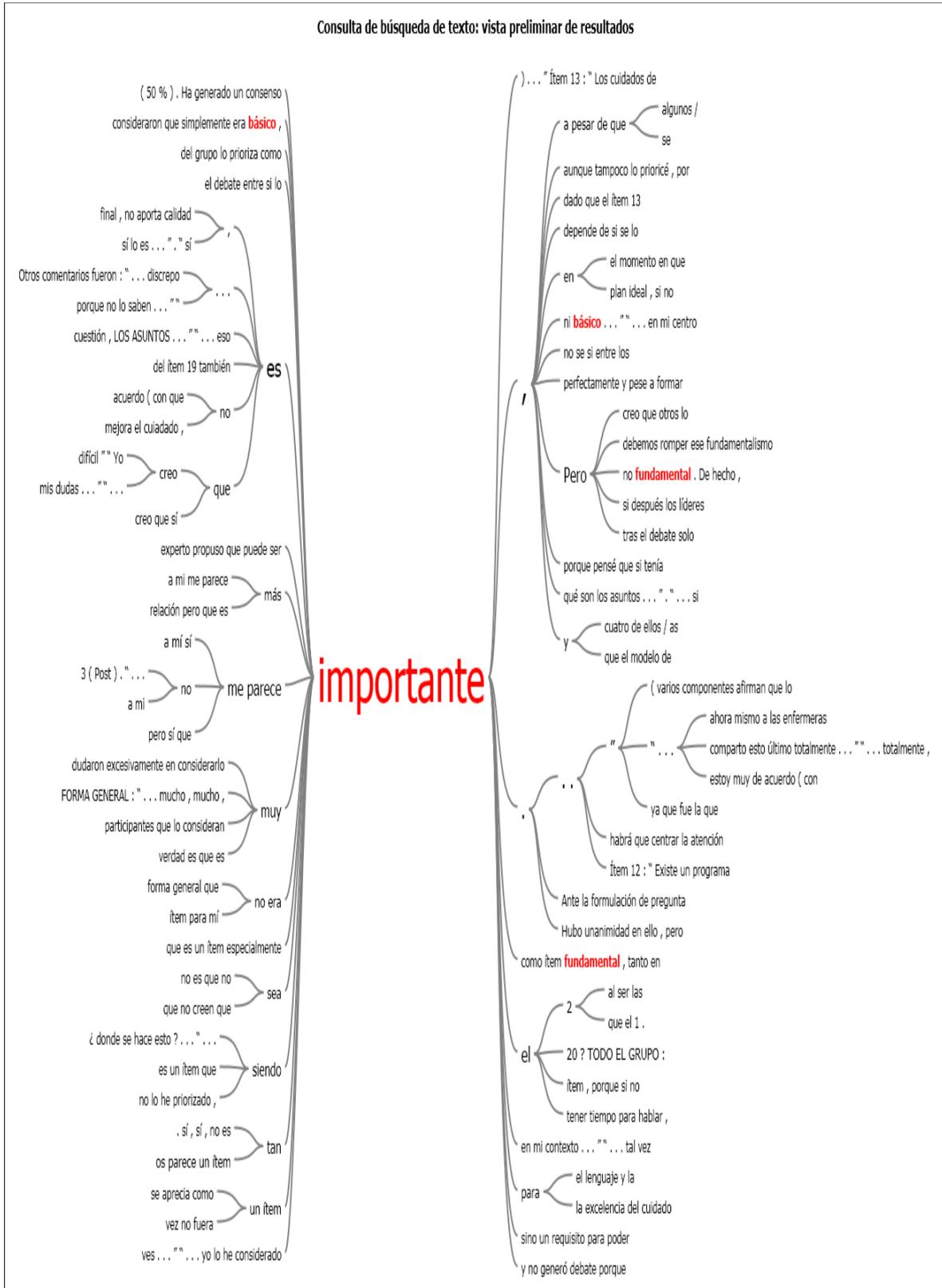


Figura 32: Árbol de información relacionado con la palabra "importante".



Figura 33: Árbol de información relacionado con la palabra “fundamental”.



Figura 34: Árbol de información relacionado con la palabra “relevante”.

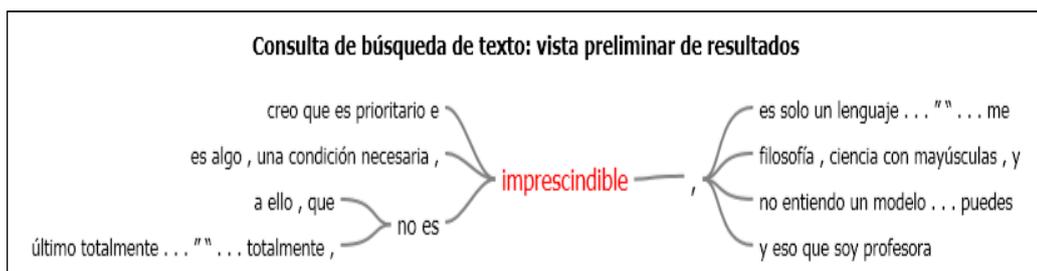


Figura 35: Árbol de información relacionado con la palabra “imprescindible”.

ANEXO 16**SELECCIÓN DE EXPRESIONES Y PARTICIPACIONES DE EXPERTOS/AS EN LA SESIÓN DE GRUPO FOCAL.**

Ítem 1:

“Éste ítem no sé qué decir, no es que no sea importante, Pero creo que otros lo son más...”

“... hay pocos órganos de decisión en los centros... ojalá hubiera más, y eso aumentara su peso (del ítem), pero tal vez por eso yo tenía claro que este ítem para mí no era importante en mi contexto...”

“... tal vez haya un participación formal, pero no es real...”

“... los órganos de decisión enfermera se deciden a otros niveles diferentes, que vienen a su vez de la participación activa de la opinión de las enfermeras... esa participación es secundaria, pero hace que participen en las decisiones y en esos órganos...”

Ítem 1 + Ítem 2:

“... lo ideal es que se hiciera la participación tal y como se dice en los ítems 1 y 2 juntos, pero la realidad es que en la toma de decisiones, pocas oportunidades que tiene, y luego hay gente que de forma esporádica se implica, poca gente implica...”

“... a mí me parece súper-importante opinar, la participación, pero creo que está un poco olvidada...”

“obviamente buscas aquel que mejor identifica lo que signifique la participación, entonces sí que es cierto que las enfermeros de los equipos de atención primaria (EAP) están implicadas en muchos consejos, pero lo que interesa es estar en lo que es realmente una toma de decisiones...”

“...a la hora de elegir, elegiría la participación en la toma de decisiones, no en tareas o funciones que son comunes en los centros...”

“Para mí, entre el 1 y el 2, me quedaría con el 2... no a nivel de centro, sino más a nivel de gerencia en atención primaria, que abarcaría ambos aspectos...”

“... El ítem 1 sería una condición necesaria para que se dé una participación real, no solo de las enfermeras... mi experiencia es que hay muy pocas posibilidades de que los profesionales participen realmente en la toma de decisiones...”

“... a mí me parece más importante el 2 que el 1...”

Ítem 3 + Ítem 6:

“... no entiendo muy bien hacia donde, entiendo que un campo es la asistencia, y las oportunidades y la formación en todo caso carrera... no sé muy bien por donde coger el desarrollo profesional o qué carácter debe tener... no la prioricé porque no sabía muy bien qué implicaba...”

“...el desarrollo profesional parece que se limite solo a gestión...”

“...el ítem 6 es como muy parecido...” Y TODO EL GRUPO ASIENTE... TODOS/AS.

“... el desarrollo profesional personal te lo buscas tú, lo haces tú, tampoco la empresa puede hacerlo esencial, depende de cada uno...”

“el desarrollo profesional lo he entendido como la madurez profesional, no solo en lo que vas haciendo, sino en la gestión, en las competencias de lo que nos toca trabajar...”

“fijaros que el ítem 6 habla de carrera, de carrera clínica...”

“... yo entiendo como equivalentes el ítem 3 y el 6, al final se han prostituido y se ha ligado exclusivamente a la antigüedad, basándose exclusivamente en el carácter retributivo, pero no ha dado ocasión de que fuera un elemento incentivador...”

“no seleccioné ninguno porque aquí (por su comunidad autónoma) se ha convertido en antigüedad...”

“... al final me decanté por el ítem 6 porque de qué vale que haga un buen desarrollo profesional si no tengo ninguna oportunidad de ascender en carrera profesional...”

“... la LOPS (ley de ordenación de las profesiones sanitarias) dice que las organizaciones deben favorecer el desarrollo profesional de sus profesionales, y está obligado a desarrollar un sistema de carrera profesional. Por ello, el 3 es una motivación intrínseca, y el 6 incentivación...”

“... EL GRUPO PRIORIZA DE FORMA GLOBAL LA 6 EXPLÍCITAMENTE”.

“... el 6, sí el 6, claramente...”

Ítem 4 + Ítem 5 + Ítem 7:

“... yo creo que como esta escalas está más orientada a la especializada, se refieren a la dirección del departamento, del hospital... en primaria estaríamos lejos, esto estaría más próximo a la coordinación...” (EL MODERADOR RECUERDA QUE LAS DIFERENCIAS AUTONÓMICAS EN GESTIÓN PUEDEN MODULAR ESTA ÚLTIMA OPINIÓN...)

“...fijaos en la cuestión, LOS ASUNTOS...”

“...eso es importante, qué son los asuntos...”.

“... si son asuntos cotidianos, olvídate, no los ves...”

“... yo lo he considerado importante, en plan ideal, si no hay comunicación permanente, escuchando, no se abre el camino adecuado para ver qué es lo que preocupa...”

“...es posible que estén lejos, pero deberían estar cerca... la mejora de la situación enfermera, eso son los asuntos...”

“... que la dirección de respuesta a los asuntos, no me gusta lo de los asuntos...”

“... yo no lo marcaría como prioritario...”

“... si el director es un puesto real, sí, pero si es un puesto político, eso no vale...”

“... si hablamos de conversación para que la dirección te escuche, para eso ya tengo órganos de gestión y opinión donde puedo participar, formales, no necesito comunicarme con el director...”

MODERADOR: “... entonces, ¿ligaríais el ítem 4 con el 5? que la dirección escuche y de respuesta, significa que es fácilmente accesible, si bien el 5 habla exclusivamente del director y no tal vez del equipo directivo... ¿os lo parece?”

GRUPO: “...sí, sí...”

“yo los uniría...”

“incluso el 7...”

“...sí, sí, el 7 también...”

“...el 7 genera dudas, si se escucha a los enfermeros, es más bien organizativo o de calidad de los cuidados?...”

“...se refiere a todo...”

“genera dudas, por eso elegí el 20, que habla de liderazgo...”

“en realidad el 4 y el 5 se refieren a 2 niveles diferentes... los asuntos es lo abstractos, el llevar las inquietudes a la mesa de la organización donde no solo hay enfermeros... así hay una defensa del cuidado con mayúsculas... entonces no me gustaba tanto el ítem” “no me gustaba porque la dirección no tenía porqué bajar, visibilizarse, ya tenemos otros órganos de participación, pero hay otro plano donde se toman las decisiones estratégicas, y si no están fundamentadas desde las decisiones de las bases, no llegamos a buen puerto...”

...SURGE LA POSIBLE RELACIÓN CON EL ÍTEM 20.

EL GRUPO afirma que sí, que sí, que tienen relación con el 20.

MODERADOR INTERVIENE: es una cuestión de dimensiones, asuntos del centro / capacidad liderazgo y apoyo por parte de los gestores enfermeros.

“...sí yo entendí que son 2 cosas distintas, una de gestión y la otra de responsable de equipo...”

Todo el grupo insiste en la importancia del ítem 20.

MODERADOR: ¿De verdad os parece un ítem tan importante el 20?

TODO EL GRUPO: “sí, sí”

Ítem 8:

“... yo decía que aunque no lo tengan, si se lo creen tiran. Si estuvieran al mismo nivel, harían más de lo que hacen...”

“... a mí no me parece importante... habrá que centrar la atención en el paciente, y si lo hacemos así, no importa quién tenga el poder...”

“... yo creo que es algo que debe ser tal cual, los directivos deben tener la misma autoridad que el resto, algo de base... mi experiencia de 10 años en gestión es que me los pasé peleándome con la dirección médica para tener autoridad, que dependía de decisiones y fue negativa para el desarrollo del área, y tengo mis dudas...”

“...creo que es importante el ítem, porque si no hay enfermeras al mismo nivel, los cuidados se pierden...”

“... creo que hay otras cosas fundamentales para los directivos, que sepan de asuntos, de modelos, de cuidados... y hay directivos que están al mismo nivel que el resto, pero no ejercen liderazgo enfermero porque no lo saben...”

“... es importante, pero si después los líderes no lideran el cuidado... para tener más plantillas? Para no enfocarla a lo que hay que hacer?...”

“... que tenga el mismo poder, pero con filosofía enfermera y cuidado...”

“debería haber directivos en todos aquellos sitios donde se toman decisiones, y hay una carencia muy grande, no hay enfermeras en servicios centrales de las consejerías de salud, donde se toman decisiones en la gestión de los cuidados...”

Ítem 10:

“... no me parece importante, ni básico...”

“... en mi centro de salud se trabaja con diagnósticos, pero al final, no aporta calidad, es importante para el lenguaje y la taxonomía... pero no mejora el cuidado, no es importante...”

“... comparto esto último totalmente...”

“... totalmente, no es imprescindible, es solo un lenguaje...”

“... me sumo a ello, que no es imprescindible, y eso que soy profesora de metodología...”

Ítem 11:

GRUPO, OPINIÓN GRUPAL DE FORMA GENERAL: “... mucho, mucho, muy importante...” (Varios componentes afirman que lo priorizaron).

“... no lo prioricé, pero la verdad es que es muy importante, depende de si se lo creen o si solo es un papel que firmar, pero sí, creo que sí lo es...”

“sí, es importante, aunque tampoco lo prioricé, por el modelo que tenemos aquí en Asturias, que no refleja la atención, pero sí que me parece importante...”

Ítem 12:

“... ¿donde se hace esto?...”

“... siendo importante, no sé si entre los 10 más importantes... es mi duda, no lo tengo nada claro...”

“...sí, sí, no es tan importante...”

“...estoy muy de acuerdo (con que no es importante)...”

Ítem 13 + Ítem 15:

3 participantes explicitaron la expresión “ahí sí...”

Otros comentarios fueron:

“... discrepo... es importante, pero debemos romper ese fundamentalismo del modelo médico-enfermero en los cuidados, y pasar a un modelo centrado en otras dimensiones...”.

“Yo pienso como él (el anterior comentario), todos trabajamos con un modelo, pero bajo el modelo biomédico es difícil”

“Yo creo que es importante, y que el modelo de asistencia sanitaria que tenemos es biomédico, que todos deberían apartarse de ese modelo, también los médicos”.

“...los enfermeros por formación y edad estamos más cómodos con el modelo biomédico, es lo que hemos aprendido, pero la tendencia es a cambiar al modelo enfermero...”

“... no lo he priorizado, siendo importante, porque pensé que si tenía que priorizar, sería mejor el ítem 15, la filosofía común de enfermería en el entorno de cuidado... esa da calidad y salva las confusiones del modelo. Ahí es donde tenemos la respuesta”.

“El 15 es más amplio que el 13, y no tanto el rol de médico o enfermera como profesión, y da el enfoque del cuidado”.

“... el 15 creo que es prioritario e imprescindible, filosofía, ciencia con mayúsculas, y dice que impregna, me parece una definición muy buena...”.

“había elegido el 13 pero viéndolo ahora, creo que cogería el 15”.

2 opiniones más expresan “yo también elegiría el 15”.

Ítem 14:

“...Pasa un poco como con los directivos, yo creo que es algo, una condición necesaria, imprescindible, no entiendo un modelo... puedes discutir sobre el sector, la UBA... pero no creo que haya discusión sobre los cuidados personalizados...”

“...quizá en atención primaria, el que la enfermera tenga su población de referencia no es discutible, es una realidad... en algunas comunidades se ha

avanzado más y han ido buscando los artilugios para que los usuarios sepan quién es su enfermera de referencia...”

“...Yo no lo he priorizado, pero creo que es fundamental la personalización de los cuidados, de hecho algo que en Navarra conseguimos, no sé si en otras comunidades autónomas también, que es poner en la tarjeta sanitaria el nombre de la enfermera de referencia de cada persona, pero de cara a priorizarlo, me ha parecido algo tan lógico, que tenía que estar...”

“... no lo concibo sin eso, no es que sea prioritario, es que sin eso no puedes hacer una atención personalizada, no puede centrar el cuidado, es simplemente, que no lo concibo...”

“...es un absoluto requisito, en la tarjeta sanitaria debe aparecer tanto el nombre del médico como el de la enfermera. Pero para priorizar como los 10, yo creo que no... Es que es una condición...”

Grupo hace explícito “sí, sí, sí...”

Ítem 17:

“...esta deberíamos incluirla en el ítem 20, la de los gestores...”

“... yo creo que estaría más relacionado con el 11, hay un programa activo de garantía y mejora de la calidad...”

GRUPO, DE FORMA GENERAL: “sí, sí, estaría entre el 20 y el 11...”

Ítem 18:

Las expresiones en general han sido unánimes, del tipo “...es muy importantes...” y “... yo lo prioricé...”

Ítem 19:

“... no se concibe la calidad sin eso...”

“... es un requisito...”

“... no es un requisito, pero es una condición para la excelencia...”

“... a mí no me parece que sea un ítem tan sencillo... en el momento actual hablamos de enfermeras de práctica avanzada y de las especialidades... yo sí seleccioné este ítem... la gestión por competencias me parece básica, es clave, y si hablamos de competencias, hay que hablar de competencias básicas, de clínica avanzada, de especialistas... a mí sí me parece importante...”

“...ahora mismo a las enfermeras de primaria se nos piden un montón de competencias, y están todas ligadas a poder ofrecer unos cuidados de calidad, o se que es tan grande el marco competencial que para cumplirlo hay que ser competente, y para ser competente tenemos que estar bien formadas...”

Opiniones negativas: “... eso es un deseo, ¿no?”

“...competentes se les supone, ¿no?”

Ítem 20:

...SURGE LA POSIBLE RELACIÓN (ítems 4 y 5) CON EL ÍTEM 20.

EL GRUPO afirma que sí, que sí, que tienen relación con el 20.

MODERADOR INTERVIENE: es una cuestión de dimensiones, asuntos del centro / capacidad liderazgo y apoyo por parte de los gestores enfermeros.

“...sí yo entendí que son 2 cosas distintas, una de gestión y la otra de responsable de equipo...”

Todo el grupo insiste en la importancia del ítem 20.

MODERADOR: ¿De verdad os parece un ítem tan importante el 20?

TODO EL GRUPO: “sí, sí”

“... de todos modos, si en el centro hay una buena líder, la visita del director es secundaria... el coordinador consigue cuidados adecuados...”

“...por un añadido, yo creo que el ítem 20 recoge lo que el 21, 22, 23 y 24... son cualidades de un buen gestor...”

TODO EL GRUPO EXPLICITA UN SÍ, ROTUNDO, ANTE LA PREGUNTA DEL MODERADOR DE SI COMPARTEN ESA OPINIÓN...

EL MODERADOR INSISTE Y LES VUELVE A LANZAR LA PREGUNTA: “¿entonces puedo elegir la 20 y descartar de la 21 a la 24? ASIENTEN.

Ítem 25 +Ítem 26 + Ítem 27:

“...dudé mucho entre el 25 y el 26... si es de empleados, o de las enfermeras... y pienso que los cuidados no están solo relacionados con las enfermeras sino con todos los profesionales que nos dedicamos al trabajo asistencial, y no solo asistencial sino de gestión”

“...somos el segundo país de Europa en número de médicos, y el tercer país de Europa con menor número de enfermeras. Tenemos una estructura buena, con una plantilla buena, pero mal distribuida, en atención primaria pero también en los hospitales. Yo creo que hay pocas enfermeras, y el resto de los empleados, en algunas categorías creo que están sobredimensionadas...”

“...yo priorizo más el recurso enfermero para los cuidados que el recurso médico, eso está claro...”

“...me parecía mejor que si hay tiempo suficiente y oportunidad para hablar y discutir problemas de cuidado y casos con las enfermeras, significa que habrá enfermeras suficientes para hacerlo y hacer sesiones clínicas...”

“si vamos a desarrollar todas las competencias dentro de un modelo de filosofía de cuidados determinados, necesitarás suficientes recursos, y bien formadas para desarrollarlas...”

“...yo hice el razonamiento inverso, pensé que si había suficiente plantilla, habrá tiempo para discutir y hablar sobre los cuidados, entonces... pero también es como una obviedad, tiene que haber suficiente plantilla, porque si la tenemos pero no es competente...”

“...es necesario tener suficiente plantilla, porque aunque tengas enfermeras preparadas y competentes, no van a poder desarrollar el trabajo correctamente, por lo tanto son necesarias ambas, pero en nuestro país son pocas, y además necesitamos que sean competentes...”

“...la competencia sola tampoco te va a dar resultados si la plantilla no es suficiente... o sea, aunque estemos muy preparadas, si no damos abasto, no puedes desarrollar los cuidados correctamente. Creo que son necesarias las dos...”

“...yo creo que sí que es importante el tener tiempo para hablar, para reflexionar, para compartir los cuidados y saber hacia dónde queremos ir, y eso solo lo tenemos si tenemos plantillas adecuadas, porque si no se nos come la asistencia...”

Ítem 29 + Ítem 30 + Ítem 31:

“... yo me decanté por el 31, directamente, porque me parece que una colaboración adecuada implica un buen trabajo en equipo, y el trabajo en equipo en APS se debe hacer con colaboración. Por eso directamente el 31, no tuve ninguna duda...”

“... preferí la colaboración, perseguimos el mismo objetivo, con intervenciones distintas, y buscamos la colaboración... no tuve duda en marcar el 31...”

“...no tuve duda, también marqué la 31...”

“...yo también marqué la 31... no tuve dudas...”

ANEXO 17.**DISEÑO DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA****ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.**

Pregunta PICO:

PROBLEMA: Mejora de la calidad del cuidado, búsqueda de la excelencia en el cuidado.

INTERVENCIÓN: Medición y mejora de los entornos para la práctica profesional, mediante el cuestionario PES-NWI. Valoración de otras herramientas. Elección de elementos esenciales para la mejora del cuidado en atención primaria.

COMPARACIÓN: ambientes hospitalarios/atención primaria de salud. Diferentes modelos de gestión de servicios públicos.

RESULTADOS: ¿existencia de elementos clave?

Las proposiciones que han fundamentado y establecido la estrategia de búsqueda son:

- El modelo “Magnet” en entornos hospitalarios.
- Las fuerzas del magnetismo como base del modelo magnético.
- Entornos para la práctica profesional en enfermería. Escalas y cuestionarios NWI y NWI-R, PES-NWI, EOM I y EOM II.
- Las fuerzas del magnetismo en entornos de enfermería comunitaria/domiciliaria.
- Valoración de entornos profesionales en España y en otros países, en especial en APS con PES-NWI y con EOM 1 y 2.
- Modelos de gestión sanitaria mixto (públicos de gestión privada) en el ámbito de la salud.

Búsqueda bibliográfica.

Previamente, se desarrolló una búsqueda exploratoria inicial en la red, partiendo de la página web (www.nursecredentialing.org), de la American Nurses Credentialing Center (ANCC) de donde se obtuvieron gran cantidad y variedad de fuentes bibliográficas primarias y secundarias (en forma de estudios de investigación, tanto de carácter descriptivo como analítico), que la propia organización propone como la claves del desarrollo de la acreditación Magnet y que conforma la evidencia científica.

Posteriormente se siguió con una búsqueda indiscriminada en metabuscadores típicos, y finalmente en las bases de datos:

Cochrane Library,
PubMed,
Embase,
Medline,
CINAHL,
Cuiden, y
Nursing Ovid.

De forma accesoria se recurrió a los siguientes recursos:

HealthSTAR,
Scielo,
ScienceDirect,
Scopus,
Scirus,
Biblioteca Virtual en Salud España, y
LILACs.

Descriptores:

En base a la búsqueda indiscriminada inicial y a estos estudios de investigación obtenidos, que la ANCC fundamenta como la base de su modelo de acreditación, y partiendo del estudio pionero de 1983, se tomaron como referencia determinadas palabras clave como motor de búsqueda en MEDLINE:

- Magnet Hospital
- Accreditation
- Forces of Magnetism
- Quality

Posteriormente, se añadieron términos encontrados en la búsqueda primaria (conjugados con operadores booleanos):

- Nursing Practice Works
- Excellent Care
- Community Health
- Primary Health
- Home Care

De entre ellos, se pudo localizar en Medical Subject Headings (MeSH) como lenguaje documental los siguientes, autocompletados con los términos correspondientes expresados entre paréntesis, y ampliadas finalmente en un descriptor concreto derivado de la investigación en MeSH (entornos/environments):

- Accreditation
- Quality (of health care)
- Community Health (nursing)
- Primary Health (care)
- Home care (services).
- Environments

A partir del descriptor Environments se realiza revisión no exhaustiva en metabuscador google académico con los términos NWI, NWI-R, EOM y PES-NWI.

La recuperación global de documentos fue llevada a cabo utilizando los métodos digitales habituales: artículos libres, revistas digitales con o sin acceso libre, libros digitales, libros físicos y redirección para localizar fuentes secundarias a través de la red.

El tratamiento de las fuentes documentales y bibliográficas se ha llevado a cabo mediante el gestor MENDELEY y su APP para SO Android, Scholarley.

TESIS DOCTORAL
VICENTE ANTONIO GEA CABALLERO
Director: Dr. D. JOSÉ RAMÓN MARTÍNEZ RIERA.
UNIVERSIDAD DE ALICANTE.