



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CENTRO DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

**CREACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN  
INSTRUMENTO PARA MEDIR EL ENTORNO DE  
LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA.  
URUGUAY 2019**

**Autor:**  
Lic. Esp. Serrana Ostolaza

**Tutor:**  
Dr. C. Milton Sbárbaro

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

**Montevideo, 2020**

**CENTRO DE POSGRADO**  
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY**

**Creación y Validación de un Instrumento para medir el Entorno de la  
Práctica de Enfermería, Uruguay 2019.**

Creación, validez de contenido con Juicio de Expertos.  
2017-2019

Tesis presentada en opción al grado científico Magister en Gestión de Servicios de  
Salud.

**Autor:** Lic. Esp. Serrana Ostolaza.

**Tutor:** Dr. Milton Sbarbaro.

Montevideo; Mayo 2020.

**AGRADECIMIENTOS:**

A todas las personas que marcan la diferencia en mi vida por el sólo hecho de transitarla  
junto a mí.

A Dios.

## **ABREVIATURAS Y SIGLAS:**

ANA	Asociation Nursing Americana
ANCC	Centro de Acreditación de Enfermería de América.
BIUR	Biblioteca de la Universidad de la República.
CIE	Consejo Internacional de Enfermería
CONAE	Comisión Nacional Asesora de Enfermería.
DEMPESA	División de Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud.
EFN	Federación Europea de Enfermería
LILACS	Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud.
OIT	Organización Internacional del Trabajo.
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PES	Practice Environment Scale.
PES-NWI	Practice Environment Scale, Nursing Work Index.
NWI-R	Nursing Work Index-Revised
NIOSH	Instituto Nacional Americano para la Salud y Seguridad Ocupacional.
RNAO	Asociación de Enfermeros registrados de Ontario

## TABLA DE CONTENIDOS:

### 1- INDICE

Índice.....	Pág. 5
Tablas y Gráficos.....	Pág. 7

### 2- CAPITULO I:

1.1	Resumen.....	Pág. 11
1.2	Introducción.....	Pág. 14
1.3	Pregunta de investigación.....	Pág. 17
1.4	Objetivos.....	Pág. 17

### 3- CAPITULO II:

#### Fundamentos Teóricos:

2.1	Antecedentes.....	Pág. 18
2.1.1	Entorno de la práctica de Enfermería.....	Pág. 18
2.1.2	Instrumentos de Medición.....	Pág. 19
2.1.3	Construcción y validación de escalas en Salud.....	Pág. 24
2.2	Justificación.....	Pág. 26
2.4	Marco teórico.....	Pág. 33

### 4- CAPITULO III:

#### Metodología:

3.1	Tipo de investigación.....	Pág. 43
3.2	Técnicas y procedimientos.....	Pág. 43
3.3	Primera fase.....	Pág. 43
3.3.1	Revisión bibliográfica y documental.....	Pág. 43
3.3.2	Definición de las dimensiones.....	Pág. 45
3.3.3	Definición del instrumento preliminar.....	Pág. 62
3.3.4	Escala de medición de entorno de la práctica de Enfermería.....	Pág. 66
3.4	Segunda fase.....	Pág. 67
3.4.1	Aplicación Método Delphi.....	Pág. 67
3.5	Consideraciones éticas.....	Pág. 68

### 5- CAPTULO IV:

4.1	Resultados y discusión.....	Pág. 69
4.1.1	Características de los expertos.....	Pág. 69
4.1.2	Determinación del la validez de contenido.....	Pág. 69
4.2	Conclusiones.....	Pág. 86

6- CAPITULO V:

- 5.1 Referencias Bibliográficas..... Pág. 89  
5.2 Bibliografía..... Pág. 94

7- CAPITULO VI:

Anexos:

- 6.1 Anexo I..... Pág. 99  
Consentimiento para la participación de los expertos.  
6.2 Anexo II..... Pág. 100  
Aval del protocolo de investigación por el comité de ética  
de la Facultad de Enfermería.  
6.3 Anexo III..... Pág. 101  
Información recibida por los expertos.  
6.4 Anexo IV..... Pág. 106  
Instrumento entregado en primera ronda de expertos.  
6.5 Anexo V..... Pág. 112  
Instrumento entregado en segunda ronda de expertos.  
6.6 Anexo VI ..... Pág.118  
Instrumento final.

## TABLAS Y GRÁFICOS:

Tabla N° 1.....	Pág. 18
Evolución del concepto de entorno de la práctica de Enfermería.	
Tabla N° 2.....	Pág. 20
Antecedentes de instrumentos para medición de entorno de la práctica de Enfermería.	
Tabla N°3.....	Pág. 31
Laudos de FUS de Enfermería. Julio 2018- Junio 2020.	
Tabla N° 4.....	Pág. 35
Componentes del Modelo de Hospital Magnético.	
Tabla N° 5.....	Pág. 46
Presentación de las dimensiones del instrumento.	
Tabla N° 6.....	Pág. 47
Ítems que operacionalizan la dimensión I.	
Tabla N° 7.....	Pág. 50
Ítems que operacionalizan la dimensión II	
Tabla N° 8.....	Pág. 53
Ítems que operacionalizan la dimensión III	
Tabla N° 9.....	Pág. 56
Ítems que operacionalizan la dimensión IV	
Tabla N° 10.....	Pág. 58
Ítems que operacionalizan la dimensión V	
Tabla N° 11.....	Pág. 60
Ítems que operacionalizan la dimensión VI.	
Tabla N° 12.....	Pág. 62

Esquema contenido del instrumento entregado a los expertos.

Tabla N° 13..... Pág. 64

Escalas de medición establecidas para los 5 criterios de Moriyama.

Tabla N° 14..... Pág. 64

Parámetros de análisis de las respuestas obtenidas.

Tabla N° 15..... Pág. 73

Resultados para la dimensión I: Higiene y seguridad laboral según  
criterios de Moriyama.

Tabla N° 16..... Pág. 74

Resultados para la dimensión II: Estilos de gestión según criterios  
de Moriyama.

Tabla N° 17..... Pág. 75

Resultados para la Dimensión III: Fundamentos de Enfermería para  
la calidad del cuidado, modelo y teorías de enfermería, según  
criterios de Moriyama.

Tabla N° 18..... Pág. 76

Resultados para la dimensión IV Dotación y desarrollo de los recursos  
humanos según criterios de Moriyama.

Tabla N° 19..... Pág. 77

Resultados para la dimensión V: Relaciones interdisciplinarias según  
criterios de Moriyama.

Tabla N° 20..... Pág. 78

Resultados para la dimensión VI: Satisfacción del recurso humano  
según criterios de Moriyama.

Tabla N° 21..... Pág. 79

Comportamiento del criterio coherencia en todas las dimensiones.	
Tabla N° 22.....	Pág. 80
Comportamiento del criterio relevancia en todas las dimensiones.	
Tabla N° 23.....	Pág. 81
Comportamiento del criterio suficiencia en todas las dimensiones.	
Tabla N° 24.....	Pág. 82
Comportamiento del criterio claridad en todas las dimensiones.	
Tabla N° 25.....	Pág. 83
Comportamiento del criterio factible en todas las dimensiones.	
Tabla N° 26.....	Pág. 84
Totalidad global de respuestas según el nivel, por cada criterio de Moriyama.	
<b>Gráficos.</b>	
Gráfico N° 1.....	Pág. 73
Resultados para la dimensión I: Higiene y seguridad laboral según criterios de Moriyama.	
Gráfico N° 2.....	Pág. 74
Resultados para la dimensión II: Estilos de gestión según criterios de Moriyama.	
Gráfico N° 3.....	Pág. 75
Resultados para la dimensión III: Fundamentos de Enfermería para la calidad del cuidado, modelo y teorías de enfermería, según criterios de Moriyama.	
Gráfico N° 4.....	Pág. 76
Resultados para la dimensión IV: Dotación y desarrollo de los recursos	

humanos según criterios de Moriyama.

Gráfico N° 5..... Pág. 77

Resultados para la dimensión V: Relaciones interdisciplinarias según  
criterios de Moriyama.

Gráfico N° 6..... Pág. 80

Resultados para la dimensión VI: Satisfacción del recurso humano  
según criterios de Moriyama.

Gráfico N° 7..... Pág. 85

Totalidad global de respuestas según el nivel, por cada criterio de Moriyama.

## **CAPITULO I**

### **1.1 RESUMEN:**

La tesis de maestría que se presenta a continuación, trata de una investigación de desarrollo en sistemas de salud, con una metodológica cuantitativa. Su finalidad es diseñar y validar el contenido y la apariencia según los criterios de Moriyama, de un instrumento que permita conocer cuál es el entorno de la práctica de enfermería en el Uruguay.

Se definieron los componentes del Instrumento, 102 Ítems comprendidos en 6 dimensiones con sustento teórico y documental y se lo sometió a través de la técnica de Delphi a una primera ronda de expertos, donde de forma presencial se dio lectura al instructivo y se entregaron los instrumentos, que luego fueron devueltos, vía mail, con las respuestas y sugerencias.

Los participantes del comité de expertos fueron integrantes de la Comisión Nacional asesora de Enfermería (CONAE), quienes fueron seleccionados por su experticia y por su rol asesor en las políticas sanitarias.

En la primera ronda se obtuvo entre un 94 y 98% de concordancia en todos los criterios, y se contemplaron sugerencias en 4 Ítems sobre la apariencia. Se aceptó la incorporación de 16 Ítems sugeridos en 4 dimensiones, y se realizó vía mail una segunda ronda, obteniendo el 100% de aprobación en los cambios.

Se llega a la conclusión que el instrumento diseñado, con 118 ítems finales, mostró validez de contenido y apariencia según los criterios de Moriyama, y puede ser utilizado para la medición del entorno de la práctica de Enfermería en el Uruguay.

### **Palabras claves:**

Investigación en administración de Enfermería.

Ambiente de trabajo.

Estudios de validación.

Calidad de la atención de Salud.

Condiciones de trabajo.

Modelos de enfermería.

**ABSTRACT:**

The master's thesis presented below deals with development research in health systems, with a quantitative methodology. Its purpose is to design and validate the content and appearance according to Moriyama's criteria, of an instrument that allows knowing the environment of nursing practice in Uruguay.

The components of the Instrument were defined, 102 Items comprised in 6 dimensions with theoretical and documentary support and it was submitted through the Delphi technique to a first round of experts, where the instructions were read in person and the instruments were delivered, which were then returned, via email, with the responses and suggestions.

The participants of the expert committee were members of the National Nursing Advisory Commission (CONAE), who were selected for their expertise and for their advisory role in health policies.

In the first round, between 94 and 98% agreement was obtained in all the criteria, and suggestions were considered in 4 items on appearance. The incorporation of 16 suggested Items in 4 dimensions was accepted, and a second round was carried out via email, obtaining 100% approval of the changes.

It is concluded that the designed instrument, with 118 final items, showed content and appearance validity according to the Moriyama criteria, and can be used to measure the Nursing Practice Environment in Uruguay.

**Keywords:**

Nursing Administration Research

Working Environment

Validation Studies as topic

Quality of Health Care

Working Conditions

Models Nursing.

## 1.2 INTRODUCCION

*“La Calidad de la atención médica, es la obtención de los mayores beneficios posibles con los menores riesgos para el paciente, en función de lo alcanzable, de acuerdo a los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención de acuerdo a los valores sociales imperantes”*

A. Donabedian

Actualmente se evidencia en el mundo, y a nivel nacional, un esfuerzo permanente para definir, medir y elevar los estándares de calidad en la atención de la Salud.

Considerando que “la calidad beneficia al que recibe el servicio, tanto como para quien la brinda, la atención humana dignifica a uno y a otro”.<sup>1</sup>

Dentro del equipo de salud, es sin lugar a dudas el recurso enfermero, un valor apreciado y destacado ya que aporta una perspectiva individual de la calidad a su práctica clínica. Definir los estándares que permitan conocer el entorno de trabajo de la práctica de Enfermería, es la forma de medir la prestación de un servicio calificado, según la Organización Mundial de la Salud, el Consejo Internacional de Enfermería, la Federación Europea de Enfermeras, la Asociación Americana de Enfermería y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.

Existen numerosas experiencias a nivel internacional, <sup>(32-33-34-35)</sup> de diseño de instrumentos para medir el entorno de la práctica de Enfermería, pero que no han arrojado los resultados esperados y no aseguran su eficacia en los diferentes ámbitos de aplicación.

En el Uruguay, no se registran antecedentes de medición del entorno de la práctica de Enfermería, si bien se cuenta con algunos datos obtenidos a través del censo Nacional de Enfermería, realizado en el año 2013 por la División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (DEMPESA), que describe algunas características de la población de

enfermería, el mismo no menciona aspectos del contexto dónde se desarrolla la profesión; las necesidades reales del colectivo, el grado de satisfacción, la participación de enfermería en la planificación y toma de decisiones, y si existen diferencias entre el contexto público o privado.<sup>2</sup>

Este vacío de estudio, medición y análisis del entorno de la práctica de Enfermería en el Uruguay, generó el diseño de un Instrumento que fue validado por un equipo de expertos, con amplio dominio de los componentes teóricos, que trabajó en la validez de contenido y apariencia, según los criterios de Moriyama.

Se trató de una investigación metodológica cuantitativa, con utilización de la técnica Delphi para la validación de contenido.

La instancia de definición de los componentes, fue realizado por un equipo de investigadores, especialistas en Gestión de Servicios de Salud que compartiendo el sustento teórico, originaron líneas de investigación, la presente que refiere al diseño preliminar y la validación de contenido del instrumento, una para determinar la confiabilidad interna y la estabilidad en el tiempo en el ámbito público y otra para el ámbito privado.

El mencionado marco teórico adoptado y compartido, está basado en aquellos que modelizan el entorno como son las 14 dimensiones del modelo de Hospital Magnético, el modelo de OMS “Entorno de trabajo saludable”; “Higiene y seguridad laboral”, “Modelos de Gestión de Calidad” , “Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado, modelo y teorías de enfermería”, “Desarrollo de las personas y manejo del recurso humano”; “Relaciones interdisciplinarias”, “Satisfacción del recurso humano”, “Normativa: Ley de la profesión Enfermería en el Uruguay”.

Luego de realizadas dos rondas de consultas a los expertos se determinó la validez de contenido y apariencia del instrumento, quedando constituido por 6 dimensiones y 118 ítems con una escala de medición definida.

Este instrumento con un diseño basado en la amplia revisión bibliográfica, habiendo sido sometido al Juicio de expertos nacionales, se constituye en una herramienta oportuna y eficaz para la medición del entorno de la práctica de enfermería en el Uruguay, en el ámbito público y en el ámbito privado.

### **1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

¿Cuáles son los componentes que deben integrar el Instrumento que permita medir el Entorno de la Práctica de Enfermería en Uruguay?

### **1.4 OBJETIVOS:**

#### **Objetivo General:**

Diseñar un instrumento válido para la medición del entorno de la práctica de Enfermería en el Uruguay.

#### **Objetivos Específicos:**

- 1)- Definir los componentes que conformarán la herramienta que permita medir el entorno de la práctica de Enfermería.
- 2)- Elaborar un instrumento preliminar.
- 3)- Establecer una escala de medición del entorno de la práctica de Enfermería
- 4)- Estimar la validez del contenido y de la apariencia del instrumento, utilizando el juicio de expertos.

## CAPITULO II.

### FUNDAMENTOS TEÓRICOS:

#### 2.1 ANTECEDENTES:

Se realizó la revisión documental y bibliográfica de artículos científicos en bases de datos MedLine, BIUR, BVS, LILACS, Scielo.

Los descriptores utilizados fueron: investigación de administración en Enfermería, ambiente de trabajo, estudios de validación como asunto, calidad de la atención de salud, condiciones de trabajo y modelos de Enfermería.

##### 2.1.1 Entorno de la Práctica de Enfermería:

El entorno donde se desarrolla la práctica de enfermería, tiene un impacto significativo en la administración de cuidados de enfermería de calidad; y se ha observado una evolución de su concepto, en los últimos 20 años.

*Tabla N° 1: Evolución del Concepto de Entorno de la Práctica de Enfermería.*

Año	País	Autores	Definición de Entorno.
1992	The Journal of Nursing Administration. 22 (7/8): 18-23, 1992. Baltimore Maryland, USA.	Bonnie Zelauskas y Debra Howes	Contexto organizativo: aquel contexto que incluye 3 componentes: autonomía profesional, responsabilidad e implicación en la toma de decisiones y control sobre el entorno donde prestan los cuidados. <sup>3</sup>
1996	Northeastern University, Boston, USA.	Grindel CG1, Peterson K, Kinneman M, Turner TL.	Agregan otro valor: relación interpersonal entre enfermeros y médicos <sup>3</sup> .
2007	Federación de 120 asociaciones nacionales	Consejo Internacional de Enfermería	Entorno organizativo para la prestación de cuidados: la seguridad, los programas de reconocimiento, la disponibilidad de equipamiento, estrategias de formación, desarrollo de normativas que introduzcan elementos de innovación en la gestión de los recursos humanos <sup>3</sup> .

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE), se constituye como la voz de la enfermería, y tiene como objetivo, asegurar cuidados de calidad y establecer políticas de salud a nivel mundial.

A través de un trabajo realizado por Andrea Baumann para el CIE “Lugares de trabajo de calidad= atención de calidad del paciente”, se reconoce la crisis mundial de escasez de recursos humanos y considera como motivo prioritario, “los entornos de trabajo poco saludables, que frenan los resultados y alejan a las enfermeras y, con demasiada frecuencia, las expulsan de determinados contextos laborales o de la propia profesión de la enfermería”.<sup>4</sup>

De esta manera el CIE divulga los componentes para fomentar entornos positivos para la práctica profesional, definiéndolos en elementos de la política de la organización, oportunidades de avance profesional, reconocimiento de las enfermeras como profesionales, marco deontológico de la profesión, comunicación, incentivos, práctica segura, capacitación, financiación, inversión en entornos de trabajo, normativas y sanciones.<sup>4</sup>

### **2.1.2 Instrumentos de Medición:**

La disciplina de Enfermería es considerada un pilar fundamental en los sistemas de salud, y a nivel internacional, desde la década de los 80 se han desarrollado, instrumentos capaces de medir en forma confiable y objetiva la práctica de enfermería, como forma de dar respuesta al faltante de este recurso humano, así como los elementos que la motivan y logran su empoderamiento.

En cuanto a la construcción y validación de herramientas para medir el entorno de Enfermería se conocen los siguientes antecedentes:

Tabla 2: Antecedentes de instrumentos para medir el entorno de la práctica de

Enfermería:

Año	País	Autores	Instrumento	Componentes	Resultado
1982-1983	EEUU	ANA- American Academy of Nursing	Hospital Magnético	Se definen 8 estándares de excelencia que debe cumplir un hospital para ser reconocido como magnético	Es la base del trabajo del trabajo de Kramer que en los siguientes años desarrolla un instrumento basado en éstos estándares.
1989	Nevada EEUU	Kramer y Hafner	Nursing Work Index (NWI),	Medir los ambientes de la práctica de enfermería con el fin de aportar al reconocimiento de los mismos y a la implementación de estrategias que promuevan su mejoramiento (57 ítems)	La línea de investigación que se hallaba centrada sobre la satisfacción laboral fue desplazándose hacia la asociación entre las características organizacionales y los resultados clínicos, en busca de la excelencia en los cuidados
1991	EEUU	American Nursing Credentialing Center	Magnet Recognition Program	Programa que tiene como objetivo incentivar la excelencia clínica con un ambiente de trabajo contenedor.	
1994	EEUU	ANCC Centro de Acreditación de Enfermeras de América	Hospital Magnético (Imán)	Desarrollan las 14 fuerzas del magnetismo	
2000	Pennsylvania.	Aiken LH y Cols.	Nursing Work Index-Revised	Adaptación del NWI	Medición del contexto organizativo.

	Filadelfia		(NWI-R)		
2002	Pennsylvania. Filadelfia EEUU	Lake Eileen T.	PES Practice Environment Scale	Genera 5 subescalas del NWI, comprende las características organizativas de los hospitales magnet originales. Se validaron los datos por 11.636 enfermeras de Pennsylvania	Encuentra solidez, integridad conceptual, fuerza psicométrica y generalización en el instrumento
2002	Pennsylvania. Filadelfia. EEUU	Lake Eileen T.	Practice Environment Scale-Nursing Work Index (PES-NWI),	31 ítems que miden los ambientes de práctica de enfermería	Con varias validaciones y adaptaciones transculturales
2005	665 Hospitales de Florida, California, Pennsylvania y Nueva Jersey	Aiken Linda H.	Practice Environment Scale-Nursing Work Index (PES-NWI),	Estudia la relación entre la cantidad del personal de enfermería/paciente, las características organizativas del entorno de enfermería, la educación de enfermería y la mortalidad del paciente hospitalizado 30 días	Asocia la menor mortalidad hospitalaria con con enfermeras más educadas y mejores entornos de trabajo de enfermería.
2007	120 Asociaciones Nacionales de Enfermeras del mundo.	Consejo Internacional de Enfermería	Evaluación del entorno del trabajo de las enfermeras	“entornos de trabajo poco saludables, que frenan los resultados o alejan a las enfermeras y, con demasiada frecuencia, las expulsan de determinados contextos	El CIE entiende que cada Organización o Institución de Salud es diferente, por ello las respuestas a las preguntas serán exclusivas del contexto, pero no se obtuvieron resultados de

				laborales o de la propia profesión de la enfermería”.	publicaciones con resultados de aplicación del mismo
2009	Islas Baleares. España	Gómez JP, Morales Asencio JM, Sesé Abad A, Bennasar Veny M, Artigues Vives G, Perelló Campaner C.	Evidence Based Practice Questionnaire: (EBPQ) y Nursing Work Index: (PES – NWI)	Estudio en una población de 3129 profesionales de enfermería	Los dos instrumentos validados son herramientas plausibles para el diagnóstico de una práctica clínica basada en la evidencia que permiten establecer elementos de mejora, tanto individual como de organización, según el contexto.
2011	Alicante. España	María Isabel Orts Cortés	Validación del Evidence Based Practice Questionnaire: (EBPQ) y Nursing Work Index: (PES – NWI)	Su objetivo fue analizar los resultados de validez de contenido del cuestionario The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index, en 11 países y en 10 idiomas oficiales con las modificaciones de los dialectos regionales a través del indicador Content Validity Indexing (CVI).	Se considera una herramienta muy útil para la medición del entorno de la práctica de enfermería, por su idoneidad, su estructura y su capacidad de discriminar hospitales con las características de los hospitales magnéticos
2013	España	M. Amparo Pérez-Campos., Inmaculada Sánchez-García.	Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI).	Se realizaron 298 encuestas telefónicas.	Los participantes dieron una valoración moderada de su entorno de trabajo. El factor peor valorado fue

		<p>Pedro L. Pancorbo-Hidalgo</p> <p>Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén, Jaén, España</p>			<p>dimensión de la plantilla y adecuación de los recursos humanos, mientras el fundamento enfermero de la calidad de los cuidados fue el mejor valorado</p>
2011	Colombia	Lisbeth Cardona	PES-NWI	<p>Estudio Psicométrico para determinar validez y confiabilidad de la versión española</p>	<p>Concluyo que se hacía necesario una nueva conformación de categorías y las dimensiones del instrumento madre deberían ser reorganizadas y/o ajustar alguna de ellas.</p>
2014	Colombia	<p>Sanchez Castro Johana Carolina.</p> <p>Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.</p>	<p>Afinación del instrumento para medir entornos de la práctica de Enfermería: “Practice Environment Scale of the Nursing Work Index PES-NWI”</p>	<p>El objetivo de este estudio fue explicar el desajuste, con relación a la validez de constructo, que presenta el instrumento para medir entornos de la práctica de Enfermería: PES - NWI”, validado para el contexto colombiano en el año 2011, con el objeto de determinar si es aplicable o no al contexto colombiano.</p>	<p>El mismo concluye que aunque con el “PES – NWI” pretende medir específicamente el constructo “Ambiente de Práctica de Enfermería”, éste no se desarrolla a profundidad, ya que la teoría se centra en la descripción de la Organización de Enfermería hospitalaria en general y no en el Ambiente de la Práctica en particular</p>

Además, del análisis de numerosos escenarios sanitarios, en Estados Unidos, enmarcados en la década 70-80; se comienza a asociar, con evidencia científica, que existe una estrecha relación entre la calidad de atención de los pacientes, con las condiciones laborales de las enfermeras, lo que marca un nuevo camino de estudio, que le da mayor trascendencia al entorno dónde se desarrolla la práctica.

Estas condiciones de trabajo, incluían las áreas administrativas y de gestión, la organización y su estructura; los estilos de gestión y liderazgo, además de las políticas y programas de recursos humanos; modelos de atención, calidad de atención, autonomía profesional, imagen y desarrollo de las relaciones interdisciplinarias, y dentro del desarrollo profesional, la formación continua, y el programa de orientación.

### **2.1.3 Construcción y Validación de Escalas en Salud:**

En el año 2015, en Colombia se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura para localizar la mayor cantidad de información disponible sobre el proceso de validación de escalas de medición en salud; posteriormente se realizó la publicación: "Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas"<sup>5</sup>, el objetivo del texto fue caracterizar los aspectos conceptuales, metodológicos y estadísticos relacionados a la construcción y validación de escalas de medición en salud. Como resultados centrales se describen las etapas traducción y adaptación de una escala y se presentan las propiedades y estadísticos utilizados para garantizar la reproducibilidad, la validez, la sensibilidad al cambio y la utilidad de las escalas de medición. En la reproducibilidad se describen la fiabilidad, la consistencia interna, el poder discriminante, la fiabilidad test-retest y la fiabilidad inter-observador; mientras que en la validez se incluyen la de apariencia, contenido, criterio (concurrente y predictiva), convergente – divergente y de constructo.

Esta revisión representa una síntesis de la información que se encuentra en la literatura sobre la construcción y evaluación de escalas en salud.

Se considera que la ausencia de equivalencia entre las diferentes escalas, derivada de un proceso de validación deficiente, reduce la posibilidad de hacer comparaciones entre poblaciones de diferentes países, culturas e idiomas, impide el intercambio de información en la comunidad científica e induce al diseño de políticas públicas y de salud inadecuadas

En este contexto, suele creerse que la traducción y adaptación de un instrumento ampliamente reconocido y utilizado en un determinado campo, país e idioma garantiza la conservación de sus propiedades psicométricas; sin embargo, esto generalmente no se cumple, por lo que es imperativa su adaptación sociocultural y más importante aún; su validación.

Vale precisar que el juicio o criterio de expertos es determinante en la etapa inicial de la construcción y validación de escalas en salud, para lo cual existen diversas metodologías y etapas como las propuestas por Escobar y Cuervo en las que se destacan la delimitación del objetivos, los criterios de selección de los expertos, la delimitación de las dimensiones e indicadores a medir, el diseño de la plantilla de evaluación y el cálculo de la concordancia entre jueces. En esta etapa de la validación uno de los métodos más usuales es el Delphi se sistematiza su ejecución en el campo de la salud a partir de la delimitación de tres fases: i) preparación, la cual incluye la selección de expertos, preparación del instrumento y decisión de la vía de consulta, ii) consulta, esta incluye la ronda de consultas, el procesamiento estadístico y la Realimentación, y iii) consenso y reporte de resultados.

Adicional a lo anterior, para considerar válida una escala de medición en salud, ésta debe cumplir con una serie de características como la sencillez, la utilidad (viabilidad),

y la aceptación por parte de los pacientes e investigadores, al mismo tiempo que debe satisfacer otros requerimientos íntimamente relacionadas con las dos grandes propiedades psicométricas, determinantes de todo instrumento: fiabilidad y validez.

Resumen de una evaluación psicométrica de escalas en salud.

- Reproducibilidad: Fiabilidad, consistencia interna, poder discriminante, fiabilidad intra observador (test – retest), fiabilidad inter – observador.
- Validez: apariencia, contenido, convergente/ divergente, constructo.
- Sensibilidad, capacidad de un instrumento de detectar cambios a través del tiempo.
- Utilidad: fácil aplicación, poco compleja y bajo costo.

Este trabajo resulta de gran utilidad para investigadores de las áreas de salud y afines, interesado en construir, adaptar y evaluar los instrumentos, de modo que los resultados de sus investigaciones sean reproducibles, válidos, sensibles y útiles para la población estudiada y la comunidad científica.<sup>6</sup>

En la búsqueda de antecedentes se puede sintetizar que en las áreas de la salud se hace cada vez más necesario disponer de instrumentos de medida que permitan evaluar atributos subjetivos que integran constructos y dimensiones más complejas, como medio para orientar acciones de atención, promoción o protección de la salud.

## **2.2 JUSTIFICACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO:**

Desde el año 1950; la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con la OIT (Organización Internacional del Trabajo); unieron esfuerzos para promocionar la Salud específicamente en el ambiente de trabajo a nivel general.

A pesar de los esfuerzos, estas organizaciones dieron a conocer en el año 2010, que mueren dos millones de hombres y mujeres anualmente, resultado de accidentes, enfermedades o heridas relacionadas con el trabajo.

“Se registraron 160.000.000 de nuevos casos de enfermedad relacionada al trabajo y adicionalmente el 8% de la tasa global de trastornos depresivos, se relaciona actualmente con riesgos ocupacionales.”<sup>7</sup>

La definición que establece la OMS: “Un entorno de trabajo saludable es aquel en el que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo en base a los siguientes indicadores:

- La salud y la seguridad concernientes al espacio físico de trabajo.
- La salud, la seguridad y el bienestar concernientes al medio psicosocial del trabajo incluyendo la organización del mismo y la cultura del ambiente de trabajo.
- Los recursos de salud personales en el espacio de trabajo,
- Las formas en que la comunidad busca mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y de otros miembros de la comunidad.

También la OMS establece una lista de Riesgos Laborales, que deben ser tenidos en cuenta, en el análisis del Entorno de Trabajo:

- *Riesgos Psicosociales:*
- *Liderazgo y Seguridad:*
- *Violencia y Seguridad:*
- *Salud Física*
- *Trabajo y Hábitos Personales de Salud*

“Referente al Entorno Laboral de Enfermería ya en el año 1970, la OMS, junto con la OIT, deciden elaborar normas para formular políticas adecuadas sobre el personal de enfermería y sus condiciones de trabajo, con el Convenio N° 149 de OIT; por la creciente preocupación generada por la escasez del personal de enfermería en el mundo, y su inadecuada distribución.”<sup>8</sup>

A pesar de los Esfuerzos, persiste la misma preocupación a nivel mundial y nacional desde esa fecha a la actualidad.

La disponibilidad de recursos humanos es un factor que repercute sobre el estado de salud de una población. Según expresa el Consejo Internacional de Enfermería en el año 2004; hay un desequilibrio entre la necesidad de Enfermería en el mundo y su disponibilidad real.

El MSP a través de la División de Recursos Humanos del SNIS en su informe: Enfermería en el Uruguay del año 2011, establecía que “las dotaciones actuales de enfermería ya son insuficientes para sustentar el modelo asistencial vigente, por lo que el problema es aún más grave si se plantea el objetivo de fortalecer el primer nivel de atención a la salud, que exige dotarlo de RHS suficientes y competentes, manteniendo los niveles de calidad actuales del segundo y tercer nivel”.<sup>9</sup>

En el mismo informe, se establece también que “la situación del equipo de enfermería se caracterizaría por un déficit de licenciadas en enfermería, población joven y altamente feminizada, alta concentración en el área metropolitana, déficit del personal de enfermería en el Primer Nivel de Atención, tendencia creciente de ingresos y egresos a la facultad de enfermería durante las últimas dos décadas”<sup>9</sup>

Al problema de la escasez del recurso, se suma la alta movilidad del personal de enfermería de una Institución a otra, las renunciadas y el alto índice de ausentismo no programado, lo que afecta la disponibilidad de recursos humanos necesarios para lograr dar la cobertura a los diferentes servicios de las Instituciones.

El modo y la calidad de vida condicionan la salud de las personas. El personal de enfermería, brinda atención en salud pero a su vez es un cliente interno del propio sistema. Produce y a la vez consume atención en salud, por lo tanto la estabilidad laboral, con beneficios sociales, acorde a la normativa vigente, en un ambiente seguro e

higiénico, forma parte del estado de salud del personal de enfermería de manera individual y colectiva.<sup>9</sup>

Otro aspecto a considerar es el marco normativo para el Ejercicio de la Profesión (Ley N° 18.815), que establece:

“la enfermería es una disciplina científica, encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano en su actividad de adaptación, desarrollada para mantener equilibrio con el medio, frente a alteraciones bio-psico-sociales; enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria, terciaria y otros.

A través de todas sus acciones la enfermería observa, garantiza y aboga por el respeto a la dignidad del ser humano, reconociendo el derecho de todo habitante a recibir servicios de enfermería de calidad y cantidad suficientes.”<sup>10</sup>

No se encuentran estudios que describan si se logra la plena implementación de la norma por parte de los diferentes prestadores de servicios de salud y si desde el propio sistema, se dan las condiciones reales para implementar los cuidados desde un modelo de atención de Enfermería o si se sigue trabajando bajo el mismo modelo médico hegemónico tan arraigado en nuestro sistema sanitario.

Al considerar el mercado laboral, debemos tener en cuenta: la organización del sistema de salud (prestador de servicios de salud públicos y privados), régimen de trabajo, organización de los servicios de salud, salarios y las condiciones laborales.

En el análisis de los resultados del Censo Nacional de Enfermería, la División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud del MSP, establece que “el multiempleo es una elección de casi la cuarta parte de la enfermería, por lo que no debemos perder de vista la exigencia física y mental que implica, lo que sumado a las tareas propias

asignadas a la condición de género, agravan aún más la situación afectando a la propia salud de las/os trabajadores y la calidad y seguridad de los cuidados realizados”.<sup>2</sup>

En nuestro país hay un déficit de 9000 enfermeros universitarios para llegar a la meta; establecida en el año 2015, con la firma del acuerdo con OPS de mejorar la dotación del personal de enfermería, logrando llegar a un licenciado en enfermería por cada médico. Actualmente nuestro país cuenta con 16.268 médicos, 6.176 Licenciados en Enfermería y 23.606 Auxiliares de Enfermería, según fuente del MSP 2017, por lo cual la relación es de casi 3 médicos por licenciado de enfermería.

La meta refiere “La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la región. El objetivo de esta meta es demostrar cuál es la relación existente entre la producción del personal médico y el personal de enfermería que podría afectar la composición de habilidades del equipo de salud. La meta mínima, en este caso, establece que por cada médico exista un/a enfermero/. Prácticamente por cada 3,4 médicos se contabilizaba una enfermera para el año 2008, esta representatividad cae a 3,1 por 1 en 5 años. Estimándose que para el 2015 se tendrá una relación de 2,9 médicos por enfermera. Esta realidad supone que la brecha existente entre Médicos y Enfermeras tenderá a disminuir en el largo plazo”<sup>11</sup>

Considerando el nivel de responsabilidad y competencias de Licenciados y Auxiliares de Enfermería respectivamente, las diferencias sustanciales no se ven reflejadas en cuanto al salario que ambos perciben

EL Laudo estipulado para Enfermería en julio 2018 es:

Consejo de Salarios del Grupo 15 "Servicios de Salud y Anexos" "Salud General", Trabajadores Médicos y No Médicos, por el período comprendido entre el 1° de julio de 2018 y el 30 de junio de 2020.<sup>12</sup>

Con representantes del Ministerio de Trabajo, del Sindicato Médico del Uruguay, de la Federación Uruguaya de la Salud y de la Federación Médica del Interior.<sup>13</sup>

Tabla N° 3. Laudos FUS para Enfermería. Julio 2018-Junio 2020.

CARGO	LAUDOS FUS PARA ENFERMERIA Julio 2018- Junio 2020
Jefe de Departamento	\$ 48.216,27
Asistente Jefe/a de Departamento	\$43.856,68
Supervisor/a	\$39,871,93
Jefe/a de Sector, Piso o Unidad	\$ 36.229,23
Licenciado Operativa	\$ 32.937,33
Ecónomo para Área Asistencial	\$ 29.909,43
Auxiliar de Enfermería Grado 1	\$ 29.909,43
Auxiliar de Enfermería Grado 2	\$ 27.182,25
Auxiliar de Enfermería Grado 3	\$ 24.723,72
Vacunador/4 horas	\$ 19.745,05

La ex a gerente general de ASSE, Alicia Ferreira hizo referencia a que "cuando una enfermera trabaja en dos o tres lugares y está cansada tiende a faltar a los hospitales públicos, pero sí va al privado porque allí tienen más estímulo en cuanto a la remuneración"

Autoridades del MSP, instituciones de asistencia, actores políticos, coinciden en que el dinero no es lo único que mueve a los enfermeros de una institución a otra.

"La rotación del personal claro que tiene que ver con un tema económico, pero también responde a la carga de trabajo", sostuvo el Dr. Tonto, el director del Hospital de Clínicas. Por otra parte, el sindicato calcula que un 10% del personal de enfermería que

renuncia sale de la profesión para desempeñar otro tipo de tareas no vinculadas a su formación”.<sup>14</sup>

En este sentido, desde el año 2014 año, se refleja la alta conflictividad del personal de Enfermería, tanto de prestadores públicos como privados, por aumento salarial y mejoras de las condiciones laborales.<sup>14</sup>

Es en este contexto entonces, que se debe dimensionar a la práctica de la Enfermería como profesión.

La administración de los recursos humanos, es entonces parte inalienable del rol como administradores de un servicio de salud y a la vez como Licenciados en Enfermería; enfrentando el déficit de personal de Enfermería que atraviesa nuestro país, las permanentes salidas y reingresos del sistema que presenta dicho personal, los altos costos que implican el pago de salarios y beneficios sociales en el presupuesto de funcionamiento de una institución, el multiempleo, la alta rotación, el desestímulo, el desconocimiento de la satisfacción laboral del personal, la escasa remuneración, es necesario reflexionar y analizar la realidad.

¿Existe algún instrumento que permita conocer las necesidades reales del personal de enfermería?

¿Se conocen de manera cuantificable y objetiva cuales son las necesidades reales del personal de enfermería del Uruguay? ¿Se conoce el grado de satisfacción de los enfermeros al momento de desempeñar su tarea? ¿Enfermería participa activamente de manera real al momento de la planificación y toma de decisiones en las áreas que son de su competencia? ¿Cuáles son los determinantes que llevan a Enfermería a renunciar a sus puestos de trabajo?

¿Son las características propias del mercado laboral que se ofrece actualmente o las posibilidades reales de desarrollo profesional que brindan las diferentes instituciones los factores decisivos al momento de presentar la renuncia al cargo?

¿Cuáles son las dimensiones más sensibles para medir el entorno de la práctica de Enfermería?

Para acercarnos a conocer la realidad del entorno de la práctica de Enfermería, se hace imprescindible definir un método, que unifique criterios y establezca dimensiones oportunas para obtener información cuantificable para la definición del Entorno que ofrecen las Instituciones públicas y privadas de nuestro país.

El conocimiento del entorno de la práctica de enfermería contribuye a mejorar la calidad de atención que se brinda a los pacientes, permite conocer la satisfacción laboral del trabajador, trabajar con personal más calificado, motivado, mejor remunerado, evita la alta rotación además influye positivamente en otros aspectos medioambientales, de higiene y seguridad laboral, de interrelación médico- enfermero-paciente obteniendo resultados beneficiosos para la salud del paciente y la eficacia de las Instituciones.

Es necesario desarrollar un instrumento válido y confiable de medición, para conocer el Entorno de la Práctica de Enfermería, permitiendo su medición y monitoreo, adaptado a la realidad de nuestro país, en el ámbito público y privado del Sistema Nacional Integrado de Salud.

### **2.3 MARCO TEÓRICO:**

Obtener información de diferentes fenómenos que intentan entender y conocer la práctica clínica en Enfermería, suele ser un camino complejo, para llegar a algún modelo que posea suficiente capacidad explicativa; utilizando con frecuencia en las investigaciones, instrumentos, cuestionarios, etc.

El diseño y validación de un instrumento se define como un proceso arduo, que requiere de meses de trabajo de mesa y trabajo de campo hasta lograr su versión final.

Generalmente se utilizan instrumentos ya elaborados, pero cuando los existentes, no arrojan los resultados esperados, no logran ser eficaces en los distintos ámbitos, diferentes al de su aplicación original, es necesario elaborar y validar uno nuevo.

Se requiere para ello un dominio absoluto de los componentes teóricos del tema que se quiere medir, así como formación estadística y manejo de paquetes informáticos adecuados.

En Ciencias de la Salud, es habitual el uso de Instrumentos de Escala para la medición de diferentes realidades.

Es necesario tener bien definido el propósito principal de la investigación y profundizar en la definición operacional de las variables, no dejando lugar a ninguna improvisación.

Para la conceptualización del constructo es esencial una exhaustiva revisión bibliográfica, análisis teóricos de investigaciones anteriores, y observación natural.

“La elaboración y validación de un instrumento es una investigación en sí, y el desafío de los investigadores es lograr un instrumento que cumpla con los siguientes atributos: adecuado para medir el problema que se pretende medir, ser sencillo, viable, ser sensible a los cambios entre individuos y en el tiempo. Tener claras las dimensiones y que aporte nueva información del tema abordado.”<sup>6</sup>

En el proceso de estudio, el sustento teórico adoptado para la selección de los componentes, está basado en aquellos enfoques referenciales y conceptuales, dados por el Modelo de Hospitales Magnéticos, el Modelo de Entorno de Trabajo Saludable de la OMS, Normativa de Seguridad y Salud en el Trabajo y de la Práctica de Enfermería; Entornos Positivos para la Práctica de Enfermería (Consejo Internacional de

Enfermería), Higiene en el Trabajo y Seguridad Laboral, Gestión Total de Calidad, Talento Humano.

Se consideró como definición de Entorno de la práctica de enfermería el propuesto por el Consejo Internacional de Enfermería, “entorno organizativo para la prestación de cuidados: la seguridad, los programas de reconocimiento, la disponibilidad de equipamiento, estrategias de formación, desarrollo de normativas que introduzcan elementos de innovación en la gestión de los recursos humanos<sup>3</sup>.

Sumando los componentes de Bonnie Zelauskas y Debra Howes (1992): autonomía profesional, responsabilidad e implicación en la toma de decisiones y control sobre el entorno donde prestan los cuidados, y el valor que agregan Grindel CG1, Peterson K, Kinneman M, Turner TL (1996): relación interpersonal entre enfermeros y médicos.<sup>3</sup>

En el año 1983 la *American Academy of Nursing's (ANA)* establece que el reconocimiento de los “Hospitales Magnéticos” es la mejor iniciativa basada en la evidencia para mejorar el entorno de la práctica de enfermería, posicionando a las instituciones de salud como organizaciones excelentes.

Siguiendo en ésta línea de trabajo, la misma Organización en el año 2008 reconoce a aquellas organizaciones que sirven como la fuente de conocimiento para los cuidados enfermeros globales.

Para Donabedian, el modelo de hospital magnético, constituye una estrategia para la mejora de la calidad asistencial.

Los resultados se basan en la productividad, satisfacción, los logros y en las contribuciones. La estructura en la organización planificada, descripción de roles, recursos, equipos, sistemas, soporte y el proceso bajo parámetros de comunicación, desarrollo, reconocimiento, disciplina, educación y mejores relaciones.

Con un Departamento de enfermería adecuado y capacitado se fomenta un mejor ambiente de trabajo.

*Tabla N° 4: Componentes del Modelo Magnético<sup>15</sup>*

Componentes	Fuerzas del Magnetismo	Alcance
Liderazgo de Transformación	Calidad del liderazgo de enfermería	Provee el mecanismo para comunicar y automatizar su Modelo del proceso de cuidados. Mejora de las gestiones clínicas mediante la visibilidad del cumplimiento, datos y Medidas de resultados.
	Estilo de Gestión	Debe facilitar el manejo de las gestiones clínicas y la efectividad. Toma de decisiones compartida Foco en el personal operativo. Estructuras de comunicación efectivas
	Estructura de la Organización	Soporta y permite un modelo de colaboración interdisciplinario de trabajo y comunicación. Soporta el alcance de la práctica para cada clínico mediante la configuración adecuada. Permite la presencia de líderes de enfermería en los comités ejecutivos
	Programas Políticos y Personales	Aplica el conocimiento sobre la tecnología para el proveedor adecuado en el momento adecuado
Empoderamiento estructural	Organización de la Comunidad y Sanidad	Colaboración con otras organizaciones sanitarias. Cruce continuo de información. Historia centrada en la persona Historia compartida en la comunidad. Historia compartida en la atención domiciliaria
	Imagen de la Enfermería	Conciencia interdisciplinar. Mejor comunicación y coordinación en el equipo de cuidados. La dirección de enfermería es la clave de la influencia organizacional en la toma de decisiones
	Desarrollo Profesional	Soporte a la Decisión y pensamiento crítico Soporte de planes multidisciplinares
	Modelos de Cuidados Profesionales	Facilita el aprendizaje de Enfermería Basada en Evidencia Capacidad del mapeo de terminologías bajo un único Índice. Decisión del estado futuro bajo el uso de la tecnología para maximizar el cuidado individualizado y el elevado nivel de calidad asistencial.
	Recursos y Consultas	Liderazgo clínico experimentado Procesos recomendados en las mejores practicas

Practica de Enfermera Profesional Ejemplar	Autonomía	Referencias online y links basados en evidencia científica Servicios de conocimiento Referencias de evidencia científica
	Enfermeras como formadoras	Habilidad para crear historia electrónica que facilitan el pensamiento crítico. Transiciones de cuidados. Formación para la conversión Acceso concurrente a la Historia Clínica
	Relaciones interdisciplinarias	Notificaciones: facilitan el proceso de trabajo para el personal adecuado: alertas, confirma, revisión de peticiones, validación de farmacia, datos críticos Proceso de medicación en ciclo cerrado
Nuevo conocimiento, innovaciones y mejoras	Mejora de la calidad	Cierre del circulo en la evaluación de resultados Gestión del proyecto liderado por una metodología probada Habilidad para documentar la consecución Efectividad de los planes de cuidados y ajuste a la practica Clínica
Resultados Empíricos Cualitativos	Calidad de los Cuidados	Toma de decisiones. Incorporación de reglas y alertas Habilidad para monitorizar y facilitar intervenciones inmediatas y asistir con la prevención de errores y vigilancia enfermera, así como el “fallo al rescate”

El Modelo de la OMS define un entorno de trabajo saludable de la siguiente manera:

“Un Entorno de Trabajo Saludable, es un lugar donde todos trabajan unidos para alcanzar una visión conjunta de salud y bienestar para los trabajadores y la comunidad.

Esto proporciona a todos los miembros de la fuerza de trabajo, condiciones físicas, psicológicas, sociales y organizacionales que protegen y promueven la salud y la seguridad. Esto permite a los jefe y trabajadores tener cada vez mayor control sobre su propia salud, mejorarla y ser más energéticos, positivos y felices.”<sup>16</sup>

El Instituto Nacional Americano para la Salud y Seguridad Ocupacionales (NIOSH) tiene una iniciativa para la vida de trabajo, que “tiene la visión de que existan espacios de trabajo libres de peligros previamente reconocidos, con políticas sustentables,

programas y prácticas de promoción de la salud; y empleados con franco acceso a programas y servicios efectivos que protejan su salud, seguridad y bienestar.”<sup>7</sup>

En la revista Health Canadá, GS Lowe, hace una diferencia entre entorno de trabajo saludable y organización saludable, ve el término entorno de trabajo saludable como un énfasis en el bienestar físico y mental de los trabajadores, mientras que una organización saludable considera “... supeditar la salud y el bienestar del trabajador a la manera en que la organización opera para lograr sus objetivos estratégicos.”<sup>17</sup>

Según Grawitch et al., enfatizan el rol de los programas de salud como programas dirigidos a riesgos físicos específicos para los empleados y la revista Fortuna, con su lista de los 100 mejores lugares para trabajar”, enfatiza el rol de la cultura organizacional, y utiliza la tasa de crecimiento de la compañía y su desempeño regular como indicadores secundarios de eficiencia”<sup>18</sup>

Un entorno de trabajo saludable debe proporcionar un ambiente abierto de accesibilidad y aceptación para personas de diferente sustrato, origen, capacidades y habilidades. También debe asegurar que se minimicen o eliminen las disparidades entre grupos de trabajadores o las dificultades que afecten a grupos específicos.

Benach, Muntaner y Santana, al escribir para la Red de Investigadores sobre las condiciones de empleo, introdujeron el concepto de “empleo justo” para complementar el concepto de trabajo decente de la OIT.<sup>19</sup>

Ellos definen el “empleo justo como aquel en el que existe una justa relación entre empleados e inversionistas la cual presenta ciertas características tales como: libre de coacción; seguridad laboral en cuanto al contrato y la protección, ingreso justo; protección al trabajo y beneficios sociales, respeto y dignidad en el trabajo; participación en el ambiente de trabajo”<sup>19</sup>

Para el Consejo Internacional de Enfermería CIE (Suiza 2013), “los entornos positivos para la práctica profesional son contextos que favorecen la excelencia y el trabajo honrado. En particular, tratan de asegurar la salud, la seguridad y el bienestar de su personal, promueven los cuidados de calidad para los pacientes y mejoran la motivación, la productividad y los resultados de las personas y de las organizaciones”.<sup>20</sup> Contemplando la Higiene en el Trabajo y Seguridad Laboral, como otro componente, “la Higiene en el Trabajo, es un conjunto de normas y procedimientos tendientes a la protección de la integridad física y mental del trabajador, preservándolo de riesgos de salud inherentes a las tareas y/o funciones de su cargo y al ambiente físico donde se ejecutan”.

“La Seguridad del trabajo es el conjunto de medidas técnicas, educacionales, médicas y psicológicas empleadas para prevenir accidentes, tendientes a eliminar las condiciones inseguras del ambiente y a instruir o convencer a las personas acerca de la necesidad de implantación de prácticas preventivas”<sup>1</sup>.

Para el componente de estilos de gestión se toma la definición del Modelo de Mejora Continua del Instituto Nacional de Calidad sobre el Liderazgo de la Alta Dirección,” la actualización de la gestión de la empresa requiere de líderes capaces de generar estrategias y de motivar a sus colaboradores en el cumplimiento de las mismas. Sin estos líderes, la Gestión Total de Calidad se estanca o se imposibilita. Los líderes deben brindar ejemplo y cultivar los valores de la organización”<sup>21</sup>

Otro aspecto del entorno, el desarrollo y dotación de los Recursos Humanos, es una función compleja, que comprende pasos secuenciales e interdependientes, para definir la dotación y perfil adecuado del personal de enfermería que garantice la asistencia de calidad y la continuidad de los cuidados para el bienestar de los usuarios.

Se necesita una planificación minuciosa para determinar las necesidades del cuidado de enfermería de cada paciente y las competencias del perfil del enfermero que deban asumir las necesidades asistenciales de los pacientes.

Las decisiones sobre dotación de personal de los gestores, están influidas por sus convicciones sobre la utilización correcta del personal de enfermería. Es clave un acuerdo sobre filosofía de recursos humanos como un primer paso en el diseño del programa de personal del departamento de Enfermería.<sup>22</sup>

“La armonía de todo el grupo humano que trabaja en la organización es esencial para el trabajo en Gestión Total de Calidad. Las personas deben ser respetadas, involucradas, educadas y reconocidas para que brinden su mejor aporte y desarrollen las soluciones más inteligentes para la empresa que desea la mejora continua de sus procesos. En el lugar de trabajo debe haber una calidad de vida que impulse al trabajador al logro de objetivos desafiantes pero realistas. La inteligencia de los individuos debe lograr una sinergia que lleve a los procesos a sus mejores niveles de competitividad, se puede lograr una inteligencia colectiva mayor que la de las inteligencias individuales”.<sup>22</sup>

Sobre la satisfacción del recurso humano; “La satisfacción laboral es una respuesta afectiva o emocional hacia varias facetas del trabajo del individuo”.<sup>23</sup>

Puede interpretarse la satisfacción laboral como el sentimiento positivo hacia el puesto de trabajo, pero no solo consiste en las condiciones de trabajo sino que la personalidad y las propias autoevaluaciones positivas intervienen en la satisfacción.

Se relaciona a veces el concepto de satisfacción laboral con el involucramiento en el trabajo y la importancia de su nivel de desempeño en términos de valor personal y ampliamente vinculado a esto se encuentra la facultación psicológica, es decir el grado en que los empleados creen que influyen en su entorno, su formación, sus competencias y la autonomía que perciben. Muchas veces las personas se identifican con una

organización en particular, generando un sentimiento de pertenencia hacia ella, donde la satisfacción también está dada por el apego emocional a la organización y en la creencia en sus valores.<sup>24</sup>

En el marco normativo de la seguridad y salud en el trabajo en Uruguay; la única ley, con alcance a todas las actividades es la Ley N° 5.032 del 21 de julio de 1914, sobre prevención de accidentes de trabajo en el que se establece la obligación del empleador “de tomar medidas de resguardo y seguridad para el personal de trabajo, a efectos de evitar los accidentes” y que “estas medidas serán indicadas por la reglamentación que compete al Poder Ejecutivo”.<sup>25</sup>

Posteriormente la Ley N° 15.965 de 28 de junio de 1988, aprueba los Convenios de la OIT (Organización Internacional del Trabajo), en materia de seguridad y salud en los trabajadores y se establece:

“1. N° 148, relativo al medio ambiente de trabajo adoptado por la Conferencia General de la OIT, en el transcurso de su sexagésima tercera Reunión celebrada en Ginebra durante el mes de junio de 1977.”<sup>26</sup>

2. N° 155, sobre la seguridad y la salud de los trabajadores adoptada por la Conferencia General de la OIT, en el transcurso de su sexagésima tercera Reunión celebrada en Ginebra durante el mes de junio de 1977.”<sup>26</sup>

3. N° 161, relativo a los Servicios de Salud en el trabajo, adoptado por la Conferencia General de la OIT, en el transcurso de su sexagésima tercera Reunión celebrada en Ginebra durante el mes de junio de 1977.”<sup>26</sup>

Por último el Decreto N° 291/007 de 13/08/007 – Entre otros, Uruguay ratificó el Convenio de la OIT N° 155 de 1981 (“Salud y seguridad de los trabajadores y medio ambiente de trabajo”), que fue reglamentado por este Decreto.

En cuanto a la Reglamentación específica de la Profesión de Enfermería, la Ley N° 18.815 es la que reglamenta la profesión de Enfermería en Uruguay, desde el 14 de setiembre de 2011.<sup>27</sup>

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General, decretan:

“Artículo 8°.- Sin perjuicio de la aplicación de las normas legales nacionales pertinentes, las condiciones laborales del personal de enfermería en lo relativo al ambiente laboral, remuneraciones, aspectos de la tarea y de la organización institucional, tendrán presente lo estipulado en el Convenio N° 149 (Recomendación N° 157) de la Organización Internacional del Trabajo, ratificado por la República Oriental del Uruguay por el Decreto-Ley N° 14.906, de 2 de julio de 1979”.<sup>27</sup>

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA:**

#### **3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

Se realizó una investigación en Sistemas y Servicios de Salud, de tipo cuantitativa, de desarrollo de una nueva tecnología sanitaria que permite la aproximación a un nuevo conocimiento sobre el entorno de la práctica de Enfermería en el marco de las organizaciones sanitarias.

El período de desarrollo quedó comprendido entre los años 2017-2019.

#### **3.2 TÉCNICA Y PROCEDIMIENTOS:**

Se realizó la investigación en 2 fases:

##### **■ Primera fase** incluyó:

- a) revisión bibliográfica y documental,
- b) definición de dimensiones para el diseño de un instrumento,
- c) confección del instrumento preliminar.
- d) definición de una escala de medición del entorno de la práctica de Enfermería

**■ Segunda Fase:** se realizó la validación de contenido y apariencia, mediante consulta a expertos aplicando del Método Delphi.

#### **3.3 PRIMERA FASE:**

##### **3.3.1 Revisión Bibliográfica y Documental.**

Se realizó la revisión Bibliográfica de artículos Científicos a través de la Biblioteca Virtual en Salud de Enfermería, LILACS (Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud; MEDLINE, BIUR, BVS, Scielo.

Los descriptores utilizados fueron: construcción y validación de instrumentos,

entorno de enfermería; entorno laboral, condiciones de trabajo, atención de calidad y modelos de enfermería.

Se revisaron los resúmenes, artículos completos y se confeccionaron fichas bibliográficas, que favorecieron el análisis y organización para el abordaje del tema de estudio y la construcción del Instrumento.

La revisión documental estuvo basada en:

■ C 149 Convenio sobre el personal de enfermería, 1977 (núm. 149) y Recomendación sobre el personal de enfermería, 1997 (núm. 157) que lo complementa.

■ Program Magnet Nursing Services Recognition Program. ANA 1997.-

■ Ley N° 15.965; Convenios Internacionales, Montevideo 28 de Julio 1988.

Se aprueban los Convenios de la OIT (Organización Internacional del Trabajo), en materia de seguridad y salud en los trabajadores que se determinan:

1. N° 148, relativo al medio ambiente de trabajo adoptado por la Conferencia General de la OIT, en el transcurso de su sexagésima tercera Reunión celebrada en Ginebra durante el mes de junio de 1977.
2. N° 155, sobre la seguridad y la salud de los trabajadores adoptada por la Conferencia General de la OIT, en el transcurso de su sexagésima tercera Reunión celebrada en Ginebra durante el mes de junio de 1977.
3. N° 161, relativo a los Servicios de Salud en el trabajo, adoptado por la Conferencia General de la OIT, en el transcurso de su sexagésima tercera Reunión celebrada en Ginebra durante el mes de junio de 1977.

■ Decreto N°291/007; Establece los derechos, principios y obligaciones de trabajadores y empleadores; Montevideo 13 de agosto 2007.

■ Ley N° 18.815; Profesión de Enfermería Reglamentación. Montevideo; 14 de setiembre de 2011.-

En las tablas N° 6, 7, 8, 9 y 10 se puede observar el origen teórico de cada ítem definido.

### **3.3.2 Definición de las Dimensiones para la construcción del Instrumento:**



Para dar cumplimiento al objetivo específico N° 1:  
“Definir los componentes que conformarán la herramienta que permita medir el Entorno de la Práctica de Enfermería”.

Se constituyó un equipo de trabajo con Especialistas en Gestión de los Servicios de Salud, que participaron en la definición de los componentes y/o dimensiones que debían constituir el Instrumento de Medición basados en contenido normativo, modelos de práctica de enfermería y de entornos de trabajos nacionales e internacionales.

De éste intercambio se obtuvo como producción un instrumento con 6 dimensiones y 102 ítems, que después de la primera ronda de expertos contó con 119 Ítems.

Tabla N° 5: Presentación de las dimensiones del primer instrumento puesto a consideración de los expertos.

**Definición de las Dimensiones:**

<b>Dimensiones</b>	<b>Nombre</b>	<b>Operacionalizada por:</b>
<b>Dimensión I</b>	Higiene y Seguridad Laboral	20 ítems
<b>Dimensión II</b>	Estilos de Gestión	27 ítems
<b>Dimensión III</b>	Fundamentos de Enfermería para la Calidad del Cuidado. Modelos y Teorías de Enfermería.	17 ítems
<b>Dimensión IV</b>	Dotación y Desarrollo de los Recursos Humanos	13 ítems
<b>Dimensión V</b>	Relaciones Interdisciplinarias	13 ítems
<b>Dimensión VI</b>	Satisfacción del Recurso Humano	12 ítems

***Dimensión I: Higiene y Seguridad Laboral***

**Definición:** “La Higiene en el Trabajo, es un conjunto de normas y procedimientos tendientes a la protección de la integridad física y mental del trabajador, preservándolo de riesgos de salud inherentes a las tareas y/o funciones de su cargo y al ambiente físico donde se ejecutan. La Seguridad del trabajo es el conjunto de medidas técnicas, educacionales, médicas y psicológicas empleadas para prevenir accidentes, tendientes a

eliminar las condiciones inseguras del ambiente y a instruir o convencer a las personas acerca de la necesidad de implantación de prácticas preventivas."<sup>1</sup>

Tabla N° 6 Ítems que operacionalizan a la Dimensión I.

<b>Ítems de la Dimensión I:</b>	<b>Fuente:</b>
1)-La institución cuenta con protocolos que protegen la integridad física y mental del trabajador.	CYMAT, Condiciones y medioambiente de trabajo/Entorno OMS/Entorno CIE.
2)- La Institución cuenta con un plan de prevención de riesgos laborales y de situación desastre.	Decreto 291/007 Reglamentación para la prevención y protección contra los riesgos derivados de cualquier actividad. Seguridad y Salud del trabajo ratifica el decreto 155 de OIT.
3)-Conoce los Riesgos Laborales con los que trabaja.	Decreto 291/007 Reglamentación para la prevención y protección contra los riesgos derivados de cualquier actividad. Seguridad y Salud del trabajo ratifica el decreto 155 de OIT.
4)-Existe un Mapa de Riesgos que incluye tóxicos, radiactividad, otros.	Decreto 291/007 Reglamentación para la prevención y protección contra los riesgos derivados de cualquier actividad. Seguridad y Salud del trabajo ratifica el decreto 155 de OIT.
5)- La planta física donde desarrolla su tareas y/o funciones cuenta con iluminación, temperatura, espacio, higiene, mobiliario suficiente y en condiciones óptimas.	Decreto 291/007 Reglamentación para la prevención y protección contra los riesgos derivados de cualquier actividad. Seguridad y Salud del trabajo ratifica el decreto 155 de OIT.

6)-Su espacio laboral está libre de contaminación sonora.	Decreto 291/007 Reglamentación para la prevención y protección contra los riesgos derivados de cualquier actividad. Seguridad y Salud del trabajo ratifica el decreto 155 de OIT.
7)- El desempeño de sus tareas le implica una carga física excesiva.	Entorno CIE/Entorno OMS/ Equipo de Trabajo.
8)-La institución le ofrece herramientas para la manipulación de cargas, de pacientes.	Entorno CIE/Entorno OMS/ Equipo de Trabajo.
9)- Recibe educación sobre higiene postural y mecánica corporal.	Decreto 291/007 Reglamentación para la prevención y protección contra los riesgos derivados de cualquier actividad. Seguridad y Salud del trabajo ratifica el decreto 155 de OIT
10)-Se trabaja en prevención de alteraciones de la función visual para poder trabajar con los sistemas informáticos.	Decreto 291/007 Reglamentación para la prevención y protección contra los riesgos derivados de cualquier actividad. Seguridad y Salud del trabajo ratifica el decreto 155 de OIT
11)- El trabajador recibe instrucción teórica y práctica sobre el uso y mantenimientos de las máquinas, herramientas, nuevas tecnologías y equipos de protección individual y colectiva.-	Decreto 291/007 Reglamentación para la prevención y protección contra los riesgos derivados de cualquier actividad. Seguridad y Salud del trabajo ratifica el decreto 155 de OIT
12)- La institución respeta los horarios asignados.	Entorno CIE.
13)-La institución no propone cambios de turnos inesperados, que provoquen alteración en su ritmo biológico.	Entorno CIE.

14)- La planificación de las guardias es organizada no afectan su equilibrio biológico y social.	Decreto 291/007 Reglamentación para la prevención y protección contra los riesgos derivados de cualquier actividad. Seguridad y Salud del trabajo ratifica el decreto 155 de OIT.
15)- El turno de trabajo asignado no dificulta la interacción familiar y social.	Decreto 291/007 Reglamentación para la prevención y protección contra los riesgos derivados de cualquier actividad. Seguridad y Salud del trabajo ratifica el decreto 155 de OIT.
16)- La elección de turnos es discutida con los interesados.	Entorno CIE/Entorno OMS/Equipo de trabajo.
17)- La elección de turnos no es impuesta por la institución.	Entorno CIE/Entorno OMS/Equipo de trabajo.
18)- El plan de rotación de turnos, protege sus horas de descanso y su alimentación.	Entorno CIE.
19)- Las demandas no superan los recursos del trabajador (no hay fatiga).	Decreto 291/007 Reglamentación para la prevención y protección contra los riesgos derivados de cualquier actividad. Seguridad y Salud del trabajo ratifica el decreto 155 de OIT.
20)-La Institución dispone de un área para la Gestión de los Conflictos laborales.	Entorno CIE/Entorno OMS/Equipo de trabajo.

### ***Dimensión II: Estilos de Gestión***

***Definición:*** Administración: Es una actividad sistemática desarrollada por un grupo humano que utiliza un conjunto de recursos para alcanzar determinada finalidad de manera eficaz y eficiente con beneficio social para quienes la producen, condicionada por el sistema socio-económico y basada en determinada concepción ideológica.<sup>1</sup>

Liderazgo de la Alta Dirección. La actualización de la gestión de la empresa requiere de líderes capaces de generar estrategias y de motivar a sus colaboradores en el cumplimiento de las mismas. Sin estos líderes, la Gestión Total de Calidad se estanca o se imposibilita. Los líderes deben brindar ejemplo y cultivar los valores de la organización.<sup>21</sup>

Tabla N° 7. Ítems que Operacionaliza la Dimensión II.

Ítems de la Dimensión II: (27 ítems)	Fuente:
21)-El personal conoce la Misión, Visión, Valores y objetivos institucionales.	Modelo de mejora continua de INACAL.
22)- El Estilo de la Dirección Institucional permite un modelo de colaboración interdisciplinario de trabajo y comunicación.	Modelo de mejora continua de INACAL.
23)-El/la jefe del Departamento de Enfermería cumple con los requisitos de la Ley N° 18.815, es Especialista, Magister o Doctor en Enfermería.	Ley 18.815. Profesión de Enfermería. Uruguay.
24)- El/ la Jefe de Departamento de enfermería es muy visible y accesible al personal.	Fuente textual del ítem 11 del PES-NWI
25)- El/la Jefe de departamento de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital o /Institución.	Fuente textual del ítem 16 del PES-NWI
26)- El Liderazgo de Enfermería es claro y está definido.	Modelo de mejora continua de INACAL.
27)- La toma de decisiones es compartida con la Alta Dirección.	Reformulado del ítem 6 del PES-NWI y aportes de expertos.
28)- El Departamento de Enfermería involucra al personal	Modelo de mejora continua de INACAL.

del área operativa para la toma de decisiones.	
29)-Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería	Ley 18.815. Profesión de Enfermería. Uruguay.
30)- Las Enfermeras se involucran en la gestión interna del Hospital/Institución (comités, grupos de trabajo, etc).	Fuente textual del ítem 25 del PES-NWI
31)-Existe y se conoce la definición de perfiles y competencias.	Modelo de mejora continua de INACAL.
32)- Se permite el desarrollo de la práctica clínica para cada enfermero, según la descripción de cargos.	Ley 18.815. Profesión de Enfermería. Uruguay.
33)-Existen manuales y protocolos para la Práctica de Enfermería en cada área asistencial.	Modelo de mejora continua de INACAL.
34)- Los protocolos y manuales se difunden y son accesibles.	Fuente reformulada del PES-NWI
35)-Los planes de cuidados de Enfermería son registrados de manera sistemática.	Modelo de Mejora Continua de INACAL.
36)- La Institución y el Departamento de Enfermería brindan oportunidades de desarrollo clínico y profesional.	Reformulado del ítem 4 del PES-NWI
37)-Existen Programas activos de desarrollo profesional o formación continuada para enfermeras.	Modelo de mejora continua de INACAL
38)- Hay oportunidades de ascender tomando en cuenta formación académica, evaluación de desempeño y antigüedad.	Modelo de mejora continua de INACAL
39)-Hay un programa de orientación y seguimiento para las enfermeras de reciente incorporación.	Fuente textual del ítem 27 del PES-NWI
40)- La/El supervisora/or apoya a las enfermeras.	Fuente reformulada del

	PES-NWI
41)- La/El supervisora/or cumple con sus funciones.	Modelo de mejora continua de INACAL/ Equipo de trabajo
42)- La/El supervisora/or es líder.	Reformulado del ítem 10 del PES-NWI
43)- La/El supervisora/or respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico.	Fuente textual del ítem 22 del PES-NWI
44)- La/El Supervisora/or fomenta instancias de participación donde se compartan dificultades y logros por parte del equipo, vivenciando este espacio como una oportunidad de mejora.-	Modelo de mejora continua de INACAL/ Equipo de trabajo.
45)- La/El Licenciada/o operativa/o cumple funciones de líder del equipo.	Ley 18.815. Profesión de Enfermería. Uruguay/Equipo de trabajo.
45)- El Auxiliar de enfermería participa de la planificación de los cuidados.-	Ley 18.815. Profesión de Enfermería. Uruguay/Equipo de trabajo.
47)- El Auxiliar de enfermería realiza tareas de coordinación que no son inherentes a su cargo	Ley 18.815. Profesión de Enfermería. Uruguay/Equipo de trabajo.

***Dimensión III: Fundamentos de Enfermería para la Calidad del Cuidado. Modelo y Teorías.***

**Definición:** Los modelos conceptuales de enfermería son matrices disciplinares diferentes derivados del metaparadigma de enfermería (persona, entorno, salud y concepto de Enfermería).

Cada modelo define los cuatro conceptos en forma diferente y enfoca desde distintos puntos de vista las relaciones que se dan entre ellos. La utilización de un método conceptual permite describir, explicar y predecir las acciones necesarias para la prestación de los cuidados de enfermería.<sup>28</sup>

La calidad de los cuidados está alineada a lo que establece la Organización Mundial de la Salud como Calidad Asistencial: " asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso."

Tiene como componentes principales la eficacia, eficiencia, nivel científico-técnico, adecuación y como componentes adicionales: accesibilidad, competencia, relaciones interpersonales, seguridad, comodidad, satisfacción de usuarios y trabajadores.<sup>29</sup>

Tabla N° 8. Ítems que operacionalizan a la Dimensión III.

<b>Ítems de la Dimensión III: (17 ítems)</b>	<b>Fuente:</b>
48)- Existe un modelo de atención definido de enfermería que domina el entorno del cuidado de los pacientes.	Ley 18.815. Profesión Enfermería. Uruguay.
49)- El Modelo es conocido por todo el personal de	Modelo de mejora

enfermería.	continua.INACAL/Equipo de trabajo.
50)- Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de uno médico.	Fuente textual del ítem 28 del PES-NWI.
51)- Las autoridades institucionales esperan cuidados de enfermería de calidad.	Fuente reformulada del PES-NWI
52)- Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes.	Fuente textual del ítem 20 del PES-NWI.
53)- Se realizan planes de cuidado, actualizados y por escrito, de cada paciente.	Fuente textual del ítem 31 del PES-NWI
54)- Se aplica el cuidado de los pacientes de forma que se fomenta la continuidad del cuidado (por ejemplo; la misma enfermera se encarga del mismo paciente todos los días).	Fuente textual del ítem 32 del PES-NWI.
55)- Hay continuidad de los planes de cuidados entre los diferentes turnos.-	Modelos de atención/equipo de trabajo
56)- Enfermería utiliza Escalas de Clasificación de Riesgo de UPP, de caídas, de Nivel de dependencia en la gestión del cuidado.	Modelos de atención/equipo de trabajo
57)- La/El Licenciada/o de Enfermería participa con enfoque preventivo en el cuidado y educación en salud al usuario y su familia en todo su ciclo vital.	Ley 18.815. Profesión Enfermería. Uruguay.
58)- La/El Licenciada/o de Enfermería al gestionar el Servicio a su cargo, elabora y prioriza planes de cuidados de cada paciente.	Ley 18.815. Profesión Enfermería. Uruguay.
59)- La/El Licenciada/o de Enfermería, brinda atención directa	Ley 18.815. Profesión

a aquellos pacientes que lo requieran.	Enfermería. Uruguay.
60)- El auxiliar de enfermería ejecuta bajo supervisión las actividades del proceso de atención de enfermería que le fueren delegadas.	Ley 18.815. Profesión Enfermería. Uruguay.
61)- El auxiliar de enfermería sólo ejecuta cuidados de enfermería inherentes a su cargo.-	Ley 18.815. Profesión Enfermería. Uruguay.
62)- Enfermería planifica la administración de los cuidados.	Ley 18.815. Profesión Enfermería. Uruguay.
63)- Enfermería no trabaja a demanda.	Ley 18.815. Profesión Enfermería. Uruguay.
64)- La gestión del cuidado se realiza según el nivel de dependencia.-	Modelos de atención/equipo de trabajo

***Dimensión IV: Desarrollo y dotación de los recursos humanos.***

***Definición:*** La dotación de personal es una función compleja, que comprende pasos secuenciales e interdependientes, para garantizar y proporcionar el número adecuado de personas de cada categoría para realizar las tareas de enfermería necesarias, a fin de brindar asistencia y bienestar a pacientes de una unidad.

Se necesita una planificación minuciosa para determinar las necesidades del cuidado de enfermería de cada paciente, también es esencial reunir el número adecuado de personas convenientemente preparadas para que asuman las necesidades asistenciales de los pacientes. Las decisiones sobre dotación de personal de los gestores, están influidas por sus convicciones sobre la utilización correcta del personal de enfermería. Es clave un acuerdo sobre filosofía de recursos humanos como un primer paso en el diseño del

programa de personal del departamento de enfermería.<sup>22</sup>

El Desarrollo de las personas implica que los individuos deben ser respetados, involucrados, educados y reconocidos para que brinden su mejor aporte y desarrollen las soluciones más inteligentes para la empresa que desea mejora continuamente sus procesos. En el lugar de trabajo debe haber una calidad de vida que impulse al trabajador al logro de objetivos desafiantes pero realistas. La inteligencia de los individuos debe lograr una sinergia que lleve a los procesos a sus mejores niveles de competitividad, se puede lograr una inteligencia colectiva mayor que la de las inteligencias individuales.<sup>21</sup>

Tabla N° 9. Ítems que operacionalizan la Dimensión IV.

<b>Ítems de la Dimensión IV: (13 ítems)</b>	<b>Fuente:</b>
65)- Existen Sistemas de Apoyo adecuados que permiten a enfermería dedicar tiempo con mis pacientes. (Servicios de Apoyo: personal de limpieza, tisaneria, camilleros, ecónoma, mensajería, transportar muestras de laboratorio o medicación desde la unidad de Farmacia).	Fuente textual del ítem 1 del PES-NWI.
66)- Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras.	Fuente textual del ítem 8 del PES-NWI.
67)- Hay suficientes enfermeras en la guardia para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes.	Fuente textual del ítem 9 del PES-NWI.
68)- Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo.	Fuente textual del ítem 12 del PES-NWI.
69)- La dotación de personal de su Servicio cumple con la sugerencia del Ministerio de Salud.	Modelo de mejora continua/equipo de

	trabajo/entorno CIE.
70)- Sus tareas se limitan a la descripción de cargos.	Modelo de mejora continua/equipo de trabajo/entorno CIE.
71)- El Servicio dispone de un plan de inducción para el personal.	Modelo de mejora continua de INACAL.
72)- Se realiza inducción a todo el personal que ingresa, por primera vez, o por rotación interna, de forma sistemática.	Modelo de mejora continua de INACAL.
73)- El personal participa en la definición de los criterios y parámetros para la evaluación de desempeño individual y grupal.	Modelo de mejora continua de INACAL.
74)- Se realizan evaluaciones de desempeño individual y grupal, sistemáticas, en función de los parámetros definidos para cada puesto.	Modelo de mejora continua de INACAL.
75)- Existe retroalimentación sistemática respecto a la evaluación de desempeño.	Entorno OMS/trabajo en equipo/Modelo de mejora continua.
76)- Se aplican encuestas en forma planificada para conocer la percepción del funcionario de su clima laboral.	Entorno OMS/trabajo en equipo/Modelo de mejora continua.
77)- Se identifican y promueven acciones para la equidad de género.-	Entorno CIE/equipo de trabajo.

***Dimensión V: Relaciones Interdisciplinarias***

La Organización Mundial de la Salud define al Equipo de salud como la " asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familia la atención más integral de salud posible".

Cada trabajador es un sujeto individual, con formas de pensar, actuar, relacionarse, organizarse y desarrollar el proceso de trabajo, el potencial de creatividad e inteligencia de las personas y de su capacidad para colaborar activamente en la mejora de todas las áreas de la organización, el esfuerzo para lograr y mantener un ambiente que facilite el desempeño excelente, la participación y el crecimiento, “tanto de la gente como de la organización”<sup>21</sup>

Tabla N° 10. Ítems que operacionalizan a la Dimensión V.

<b>Ítems de la Dimensión V (13 ítems)</b>	<b>Fuente:</b>
78)- Los médicos y enfermeras tienen una buena relación laboral.	Fuente textual del ítem 2 del PES-NWI
79)- Los médicos valoran las observaciones y juicios de las enfermeras.	Fuente textual del ítem 7 del PES-NWI
80)- Los médicos reconocen las contribuciones de las enfermeras al cuidado de los pacientes.	Fuente textual del ítem 13 del PES-NWI
81)- Hay trabajo en equipo entre el colectivo de enfermería y médicos.	Fuente textual del ítem 17 del PES-NWI
82)- Se incluye a otros integrantes del equipo de Salud en la asistencia al usuario y toma de decisiones.	Modelos de atención/equipo de trabajo.
83)- Los médicos respetan a las enfermeras como	Fuente textual del

profesionales.	ítem 21 del PES-NWI
84)- Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos.	Fuente textual del ítem 26 del PES-NWI
85)- Los médicos no se colocan como centros de decisión y consideran para sí la supervisión del trabajo de otros profesionales.	Entorno CIE/equipo de trabajo.
86)- La comunicación interna entre los integrantes del equipo de salud es adecuada.	Entorno CIE/modelo de mejora continua/PES-NWI.
87)- La comunicación entre los integrantes del equipo de salud, usuario y familia es adecuada.	Entorno CIE/modelo de mejora continua/PES-NWI.
88)- En su lugar de trabajo no existen conductas inapropiadas en forma escrita, verbal, gestual y/o de comportamiento (transgresión de límites con pacientes, familiares, personal u otros, expresiones de ira, bulling, no cumplir normas, ruptura de la confidencialidad).	Entorno CIE/equipo de trabajo.
89)-En caso de existir conductas inapropiadas hay protocolos de actuación establecidos.	Entorno CIE/equipo de trabajo.
90) No ha detectado situaciones de discriminación, violencia física y/o psicológica. Cuando una situación sale fuera de la rutina de trabajo, es decir cuando sale “algo mal”, no existe un juego de culparse unos con los otros.	Entorno CIE/equipo de trabajo.

***Dimensión VI: Satisfacción del Recurso Humano.***

***Definición:*** Hay dos teorías de la Satisfacción Laboral:

1)- Teoría de los Factores de Herzberg: las personas tienen dos grupos de necesidades, las que implican el ambiente físico y psicológico del trabajo (necesidades higiénicas), y las que implican el contenido mismo del trabajo (necesidades de motivación). Cuando se cumplan las necesidades higiénicas y además se cumplen las necesidades de motivación, la persona siente satisfacción.

2)- Teoría Modelos de las Determinantes de la Satisfacción en el trabajo de Lawler: relación entre expectativas y recompensas, desde las distintas facetas y aspectos del trabajo si la recompensa alcanza o excede lo que se considera adecuado, estar satisfecho, el trabajador lo estará en relación inversa se produce insatisfacción. En éste modelo tiene importancia la percepción individual de la situación laboral.<sup>29</sup>

Tabla N° 11. Ítems que operacionalizan a la Dimensión VI.

<b>Ítems de la Dimensión VI: (12 ítems)</b>	<b>Fuente:</b>
91)- La tarea que desarrolla está de acuerdo con sus competencias.	Entorno CIE/OIT/equipo de trabajo.
92)- La remuneración que recibe es adecuada.	Entorno OMS/OIT/equipo de trabajo.
93)- La remuneración que recibe es según el laudo y la considera adecuada.	Entorno OMS/OIT/equipo de trabajo.

94)- Se hacen elogios y reconocimientos al trabajo bien hecho.	Fuente textual del ítem 14 del PES-NWI.
95)- Tiene deseo de ir a trabajar.	Concepto de hospitales magnéticos/equipo de trabajo.
96)- En el desempeño de su puesto de trabajo se siente satisfecho.	Concepto de hospitales magnéticos/equipo de trabajo.
97)- Existen incentivos o premios por objetivos y/o metas alcanzadas.	Entorno OMS/OIT/equipo de trabajo.
98)- El tiempo libre en sus horas laborales es suficiente.	Entorno OMS/OIT/equipo de trabajo.
99)- La organización le ofrece buenas condiciones para el descanso en el tiempo libre.	Entorno CIE/OIT/equipo de trabajo.
100)- La institución brinda a los funcionarios estabilidad laboral.	Entorno OMS/OIT/equipo de trabajo.
101)- Tiene sentimiento de pertenencia a la institución.	Equipo de trabajo.
102)- La institución mide sistemáticamente la satisfacción del funcionario.-	Modelo de mejora continua de INACAL/equipo de trabajo.

### 3.3.3 Definición del Instrumento Preliminar



Para dar cumplimiento al objetivo específico N°2: “Elaborar un Instrumento Preliminar”

Los 102 ítems que constituían las 6 dimensiones fueron analizados por los Expertos según los criterios de Moriyama para medir la validez de contenido.

El instrumento quedó confeccionado como se ilustra en la siguiente tabla:

Tabla N° 12: Esquema Contenido del Instrumento entregado a los Expertos.

Dimensiones	Nombre	Ítems	Criterios de Moriyama				
			Coherencia	Relevancia	Suficiencia	Claridad	Factible
Dimensión I	Higiene y Seguridad Laboral	20 ítems					
Dimensión II	Estilos de Gestión	27 ítems					
Dimensión III	Fundamentos de Enfermería para la Calidad del Cuidado. Modelos y Teorías de Enfermería.	17 ítems					
Dimensión IV	Dotación y Desarrollo de los Recursos Humanos	13 ítems					
Dimensión V	Relaciones Interdisciplinarias	13 ítems					
Dimensión VI	Satisfacción del Recurso Humano	12 ítems					

Al final de la evaluación se consideró en el instrumento un espacio para que los Expertos realizaran sus aportes y sugerencias, para ser tomadas en cuenta, que quedó constituido de la siguiente forma:

¿Considera alguna otra dimensión que podría ser parte del constructo y no fue evaluada? -----.-

Otras Sugerencias -----.-

Los criterios de Moriyama estaban definidos de la siguiente manera:

a) **Razonable Y Comprensible**: si se comprende la inclusión del ítem en relación con la categoría que se pretende medir. (*Coherencia*). Así se determina si se justifica la inclusión del ítem del instrumento o no.-

b) **Sensible a Variaciones**: si el ítem es capaz de discriminar entre diferentes grados del comportamiento de la característica estudiada.- (*Relevancia*).-

c) **Con Suposiciones Básicas JUSTIFICABLES** e intuitivamente Razonables: el ítem aporta una información adicional o simplemente redundante en la información que aportan otros.- (*Suficiencia*)

d) **Con Componentes claramente definidos**: si el ítem se expresa claramente (*claridad*).-

e) **Derivable de datos factibles de obtener**: si a partir de las respuestas del ítem se puede obtener información.-

Tabla N° 13: Escalas de medición establecidas para los 5 criterios de Moriyama.

Calificador:	Descripción:	Indicador:
1	Bajo Nivel	El ítem no tiene o presenta baja relación con la dimensión
2	Moderado Nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo
3	Alto Nivel	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.

Obtenidas todas las respuestas, se realizó el análisis según el procedimiento propuesto por Escobar y Cuervo, calculando el grado o porcentaje de acuerdo o aprobación en cada nivel de las respuestas.<sup>6</sup>

Tabla N° 14. Parámetros de Análisis de las Respuestas obtenidas.

Respuestas	% de Respuestas	Decisión:
Alto Nivel	Mayor o Igual al 70% de los Expertos	Se aprueba el Instrumento sin cambios
Mediano Nivel	Respuestas entre el 60 a 70% de los expertos	Se reformulan las preguntas y son reenviadas a los expertos
Bajo Nivel	Respuestas menores al 60 % de los expertos	Se elimina el ítem

Si un experto respondía que algún ítem no es JUSTIFICABLE, sería descartado.

Los aportes y sugerencias realizados por los expertos sobre la apariencia del instrumento, o si consideraban agregar ítems se tomaron en cuenta.

### 3.3.4 Establecer una Escala de Medición del Entorno de la Práctica de Enfermería.



Para dar cumplimiento al objetivo específico N° 3:  
“Establecer una escala de medición del Entorno de la Práctica de Enfermería”

El instrumento, luego de su validación por los expertos, será aplicado con una escala de medición de cada ítem de acuerdo a los siguientes parámetros:

0: no sabe/no corresponde

1: Si

2: No

Los ítems están redactados de tal forma que cada respuesta 1 = si, es considerado un valor positivo, quedando establecida por el equipo investigador la siguiente escala:

Escala de Medición del Entorno:

Se entiende por respuestas positivas aquellas que en el instrumento contestan 1 = SI.

Cada ítem tiene 3 opciones de respuesta, a mayor puntaje de respuestas SI, se considera más favorable la actitud hacia el entorno, y a menor número de respuestas en SI es menos favorable, se considera que puntajes intermedios pueden estar expresando una actitud medianamente positiva.

Se realizará la sumatoria de la cantidad de SI obtenidos, y se las analiza en relación a la totalidad de las respuestas posibles que son 118.

Total de respuestas positivas

Total de respuestas posibles

Dependiendo de la relación obtenida:

ENTORNO FAVORABLE: respuestas positivas mayores a 0.80 a 1.

ENTORNO MEDIANAMENTE FAVORABLE: respuestas positivas entre 0,5 a 0,79.

ENTORNO DESFAVORABLE: respuestas positivas menores a 0,5

### **3.4 SEGUNDA FASE**

#### **3.4.1 Validación del constructo mediante la consulta a expertos, aplicación del**

##### **Método Delphi.**



Para dar cumplimiento al objetivo específico N° 4:  
“Estimar la Validez del contenido y de la apariencia del  
instrumento, utilizando el Juicio de Expertos”

El estudio de la validez contempló: contenido, apariencia y comprensión.

Para la validación de contenido incluyendo la apariencia y comprensión del instrumento se consideró el criterio de expertos a través del Método Delphi.

Los expertos fueron integrantes de la Comisión Nacional Asesora de Enfermería; por ser los referentes a nivel Nacional, representantes de la Academia y de los prestadores del SNIS, públicos y privados.

Dichos Profesionales de enfermería cumplen con tener un tiempo no menor a 10 años de ejercicio profesional y contar con experiencia en las áreas de docencia, investigación o gestión y dirección en el campo sanitario.-

Tienen experiencia en el manejo de entornos de práctica de Enfermería y manifiestan su compromiso para participar en el trabajo de investigación.-

La evaluación del instrumento se realizó en 2 rondas.

Se coordinó un encuentro que tuvo lugar en el Ministerio de Salud Pública, donde se reúne la Comisión Nacional de Enfermería, y se invitó a participar a todos los expertos, para la investigación, un total de 15.

Se les entregó de forma escrita la invitación formal y consentimiento para la participación en el estudio y se dio lectura al resumen del protocolo de investigación, al instrumento de medición del Entorno de la Práctica de Enfermería y del instructivo que explica cómo medir la validez de contenido según los criterios de Moriyama.

Se realizó de forma telefónica y vía mail el seguimiento del proceso de calificación y se reunió la información de las respuestas de los expertos en un período de 5 meses.

Se obtuvo respuesta de 6 expertos.

En cuanto al número de jueces que integrarían el proceso, se consideró que un mínimo de 5 jueces sería suficiente considerando la referencia teórica donde se establece que el juicio de expertos como procedimiento para estimar la validez del contenido de una prueba requiere efectivamente un mínimo de 5 jueces.<sup>30</sup>

Los resultados obtenidos fueron procesados en una planilla de excell, que contemplaba todas las variables del instrumento y los criterios de Moriyama por cada respuesta del experto correspondiente.

Luego de la primera ronda de expertos, considerando las sugerencias, el instrumento quedó constituido por 119 ítems.

Se realizó una segunda ronda de expertos, vía mail, con los nuevos aportes que constituían la incorporación de nuevos ítems.

En la segunda ronda de expertos el porcentaje de aprobación fue del 100% para todos los ítems.

La aprobación del Instrumento, significó obtener un instrumento con validez de contenido y apariencia en la palabra de los expertos, referentes de la profesión de enfermería a nivel nacional, que permite medir el entorno de la práctica de enfermería en el Uruguay.

### **3.5 Consideraciones éticas:**

Las orientaciones éticas para la Investigación derivan del Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería, del decreto 379/008 y sus modificaciones en el decreto 158/019 realizado por la Comisión de Nacional de ética en investigación vinculada a la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud Pública.<sup>30</sup>

La invitación para la participación en el Juicio de Expertos y consentimiento se realizó por escrito, con la firma y contrafirma de los involucrados, asegurando su estricta voluntariedad en la participación, la cual fue inherente a cada profesional. (Anexo N° I).

No existen riesgos potenciales de los sujetos participantes.

La autora declara ausencia de conflicto de interés.

La puesta en funcionamiento de la presente investigación cuenta con el aval del protocolo por el Comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República. (Anexo N° II).

## **CAPITULO IV**

### **4.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN:**

#### *4.1.1 Características de los Expertos:*

De la invitación realizada en el primer encuentro con todos los expertos (15 en total), donde se les brindó toda la información (ver anexo N° III), se obtuvo respuesta para participar en la investigación de 6 profesionales.

Este número se consideró suficiente ya que se había establecido que un mínimo de 5 jueces sería suficiente considerando la referencia teórica dónde se establece que el juicio de expertos como procedimiento para estimar la validez del contenido de una prueba requiere efectivamente un mínimo de 5 jueces.<sup>30</sup>

Los mismos cumplían con los requisitos establecidos, de integrar la Comisión Nacional de Enfermería, ser representantes de la academia y de los sectores públicos y privados del sistema sanitario, ocupando en su mayoría cargos de Gestión.

Dichos Profesionales de enfermería tienen más de 10 años de ejercicio profesional y cuentan con experiencia en las áreas de docencia, investigación o gestión y dirección en el campo sanitario.

Tienen experiencia en el manejo de entornos de práctica de Enfermería y manifiestan su compromiso para participar en el trabajo de investigación.-

#### *4.1.2 Determinación de la Validez de contenido:*

La determinación de la validez del contenido del instrumento (Anexo N° IV), luego de obtener los resultados de la expresión de los expertos en la primera ronda, fue determinada por un porcentaje mayor al 70% Alto Nivel, según Moriyama, en todos los ítems calificados, por lo tanto los ítems incluidos del Instrumento se pueden aprobar.

Ninguno de los expertos consideró alguna variable como no justificable, por lo que no se realizó el descarte de ninguno de los ítems.

En seis de los ítems, se aceptaron las sugerencias de los expertos en cuanto a cambio en la redacción, ya que se mejoraba la comprensión y la apariencia.

Los mismos quedaron redactados de la siguiente forma:

Dimensión I: Ítem N° 10:

10)-La institución le ofrece herramientas para la manipulación de cargas y *movilización* de pacientes.

Dimensión II: Ítem N° 34:

34)- La toma de decisiones es compartida con la alta dirección, *macro-meso y micro*

Dimensión III: Ítems N° 68 y N° 76:

68)- Se *planifica* el cuidado de los pacientes de forma que se fomenta la continuidad del cuidado (por ejemplo; la misma enfermera se encarga del mismo paciente todos los días).

76)- Enfermería planifica la administración de los cuidados, (*no a demanda*).

Dimensión IV: Ítems N° 79 y 93:

79)- Existen sistemas de apoyo adecuados que permiten a enfermería dedicar tiempo con *sus* pacientes. (Servicios de apoyo: personal de limpieza, tisanería, camilleros, ecónoma, mensajería, transportar muestras de laboratorio o medicación desde la unidad de farmacia).

93)- Se aplican *medidas* en forma planificada para conocer la percepción del funcionario de su clima laboral.

Los expertos aportaron la inclusión de 17 nuevos ítems en 4 dimensiones que se consideraron oportunas, se realizó la consulta nuevamente a todos los expertos, con los siguientes ítems agregados:

<b>Ítems agregados en la Dimensión I: 4,5,11,15,16,17,18</b>
4)-La Institución cuenta con un plan de gestión integral de residuos hospitalarios.
5)-Existe una ruta sanitaria bien definida y conocida por el personal.
11)- La Institución le ofrece elementos de protección personal para agentes químicos y biológicos.
15)- Según la tarea que desempeña se establecen controles periódicos del estado de salud del trabajador.
16)- Se cuenta con un sistema de control para la vigencia del carne de salud del personal de enfermería (incluidas vacunas obligatorias) y su plan de mejora.
17)- El servicio cuenta con un protocolo de actuación frente a accidentes con exposición a sangre y fluidos.
18)- El servicio cuenta con un protocolo de actuación frente a accidentes con exposición a sangre y fluidos.

<b>Ítems agregados a la Dimensión II: 36, 43, 46 y 58</b>
36)- Están establecidas reuniones periódicas del equipo de enfermería.
43)- Existen canales de comunicación para recepcionar quejas y sugerencias.
46)- Están sistematizadas las evaluaciones de los usuarios sobre la atención de enfermería.
58)- Se cuenta con un sistema de registro de los cuidados incorporada a la Historia Clínica.

<b>Ítems agregados a la Dimensión III: 65, 66 y 67</b>
65)- El servicio dispone de un plan de orientación del usuario al servicio y cuidados de enfermería.
66)- El servicio cuenta con un plan de alta de enfermería incorporada a la HC y

escrita para el usuario.
67)- Se dispone de un sistema de referencia y contrareferencia para la derivación de los usuarios a un sistema de cuidados enfermeros.

<b>Ítems agregados a la Dimensión IV: 84, 85 y 86</b>
84)- El servicio tiene estudiada la dotación del personal de enfermería
85)- El Servicio cuenta con un plan estratégico para resolver los problemas de dotación del personal de enfermería.
86)- La demanda de trabajo genera cargas y tensiones equitativas y soportables.-

En una segunda ronda, realizada por mail, se incluyeron los nuevos ítems y se obtuvo respuesta de absoluta aprobación, con alto nivel según los criterios de Moriyama, quedando los 119 ítems incluidos en el Instrumento (Anexo N° V), pero los ítems N° 17 y N° 18 estaban repetidos en su redacción, por lo tanto el instrumento definitivo cuenta con 118 ítems. (Anexo N° VI), distribuidos así:

<b>Dimensiones</b>	<b>Nombre</b>	<b>Operacionalizada:</b>
<b>Dimensión I</b>	Higiene y Seguridad Laboral	26 ítems
<b>Dimensión II</b>	Estilos de Gestión	31 ítems
<b>Dimensión III</b>	Fundamentos de Enfermería para la Calidad del Cuidado. Modelos y Teorías de Enfermería.	20 ítems
<b>Dimensión IV</b>	Dotación y Desarrollo de los Recursos Humanos	16 ítems
<b>Dimensión V</b>	Relaciones Interdisciplinarias	13 ítems
<b>Dimensión VI</b>	Satisfacción del Recurso Humano	12 ítems

*Resultados del Juicio de Expertos por Dimensión:*

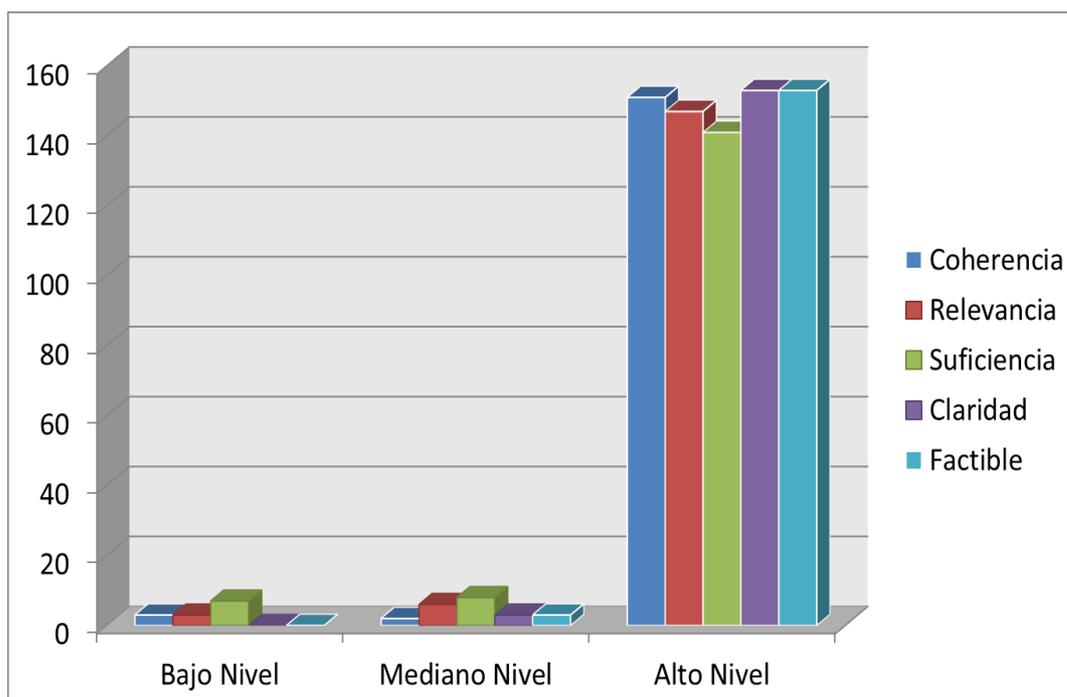
Tabla N° 15. Resultados para la dimensión I: Higiene y seguridad laboral según criterios de Moriyama.

Criterios Moriyama	N° Ítems	N° de respuestas	Bajo Nivel		Moderado Nivel		Alto nivel	
			FA	FR(%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Coherencia	26	156	3	1.9	2	1.2	151	96
Relevancia	26	156	3	1.9	6	3.8	147	94.2
Suficiencia	26	156	7	4.4	8	5.1	141	90.3
Claridad	26	156	0	0	3	1.9	153	98
Factible	26	156	0	0	3	1.9	153	98

Para el análisis se tomaron las 26 respuestas, considerando que los ítems 17 y 18 estaban repetidos y así lo detectaron los expertos.

En la dimensión I los 6 expertos respondieron todos los ítems, y los 5 criterios de Moriyama son calificados en alto nivel con más del 70% de las respuestas, superando el 90% en todos los casos.

*Gráfico N°1: Resultados para la dimensión I Higiene y seguridad laboral según criterios de Moriyama.*



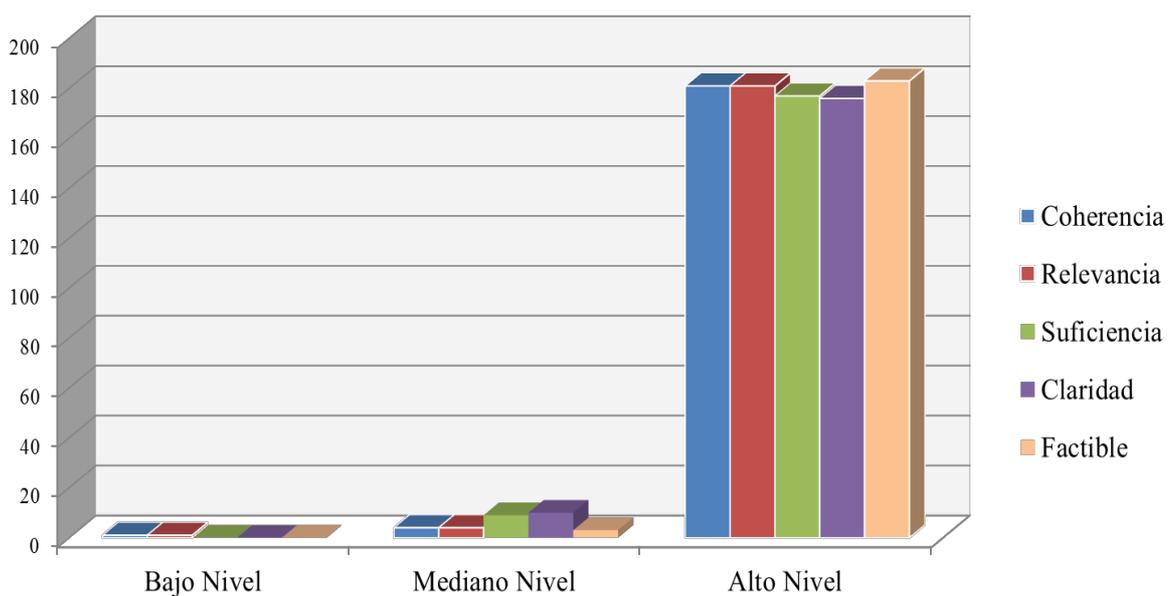
## Dimensión II: Estilos de Gestión.

Tabla N° 16. Resultados para la dimensión II: Estilos de Gestión según los criterios de Moriyama.

Criterios Moriyama	N° Ítems	N° de respuestas	Bajo Nivel		Moderado Nivel		Alto nivel	
			FA	FR(%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Coherencia	31	186	1	0.5	4	2.1	181	97
Relevancia	31	186	1	0.5	4	2.1	181	97
Suficiencia	31	186	0	0	9	4.8	177	95
Claridad	31	186	0	0	10	5.3	176	94
Factible	31	186	0	0	3	1.6	183	98

En la dimensión II los 6 expertos respondieron todos los ítems, y los 5 criterios de Moriyama son calificados en alto nivel con más del 70% de las respuestas, logrando valores entre 95 y 97%.

Gráfico N° 2. Resultados para la dimensión II: Estilos de Gestión según los criterios de Moriyama.

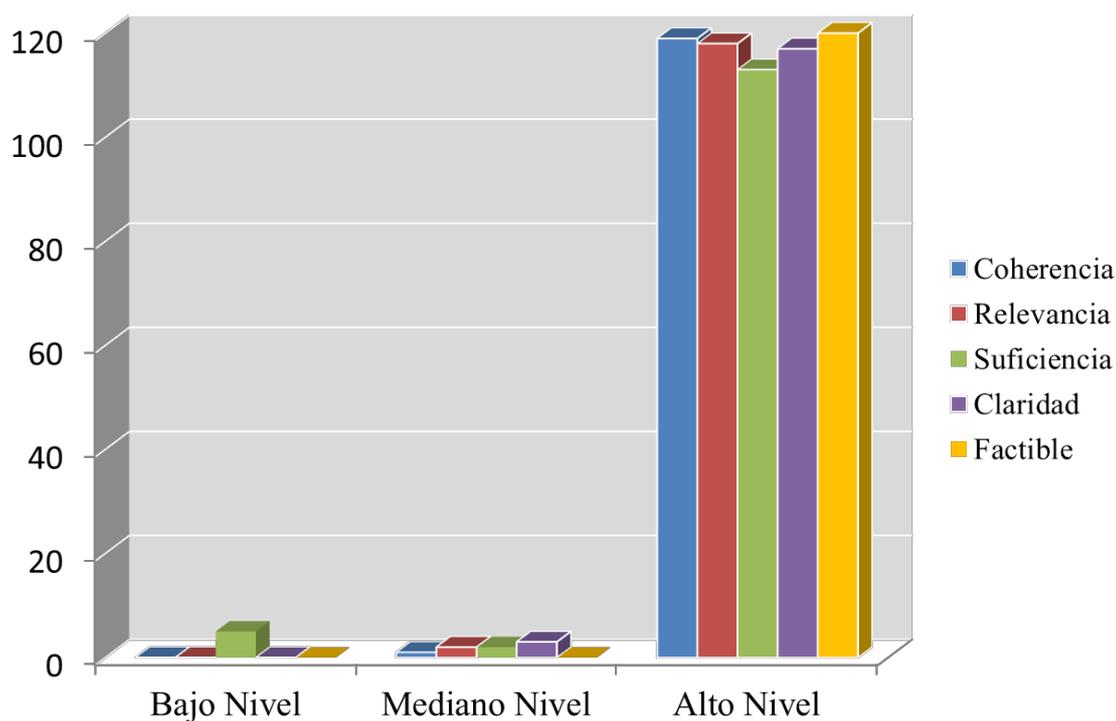


***Dimensión III: Fundamentos de Enfermería para la calidad del cuidado. Modelo y teorías.***

Tabla N° 17: Resultados de la dimensión III Fundamentos de Enfermería para la calidad del cuidado. Modelo y teorías.

Criterios Moriyama	N° Ítems	N° de respuestas	Bajo Nivel		Moderado Nivel		Alto nivel	
			FA	FR(%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Coherencia	20	120	0	0	1	0.8	119	99.1
Relevancia	20	120	0	0	2	1.6	118	98.3
Suficiencia	20	120	5	4.1	2	1.6	113	94.1
Claridad	20	120	0	0	3	2.5	117	97.5
Factible	20	120	0	0	0	0	120	100

Gráfico N° 3. Resultados de la dimensión III Fundamentos de Enfermería para la calidad del cuidado. Modelo y teorías, según los criterios de Moriyama.



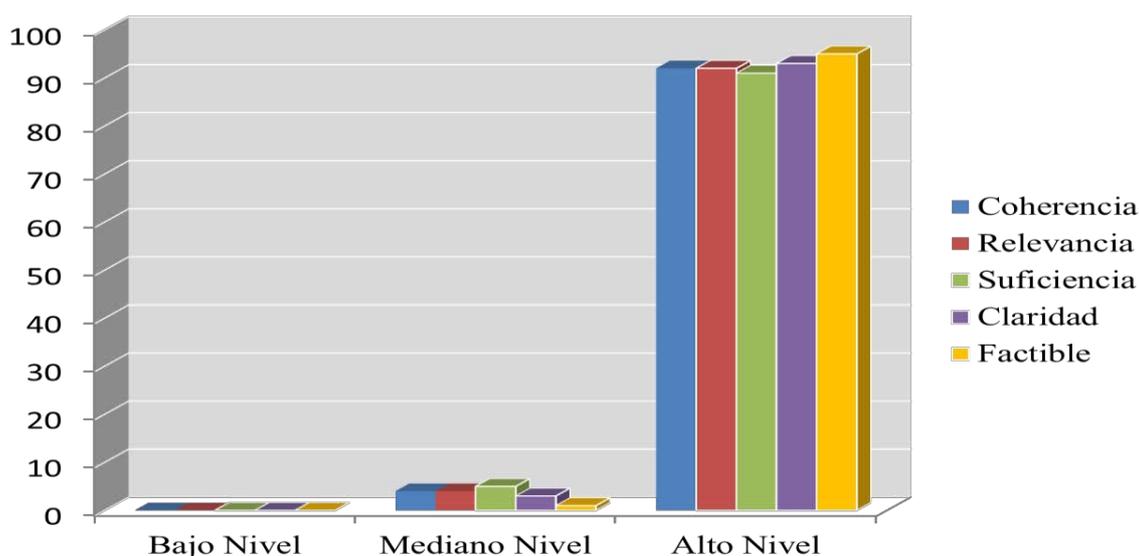
En la dimensión III los 6 expertos respondieron todos los ítems, y de las 120 respuestas obtenidas, los 5 criterios de Moriyama son calificados en alto nivel con más del 70% de las respuestas, logrando valores entre 94 y 100%.

#### ***Dimensión IV: Dotación y desarrollo de los recursos humanos.***

Tabla N° 18. Resultados de la dimensión IV Satisfacción del recurso humano según criterios de Moriyama.

Criterios Moriyama	N° Ítems	N° de respuestas	Bajo Nivel		Moderado Nivel		Alto nivel	
			FA	FR(%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Coherencia	16	96	0	0	4	4.1	92	95.8
Relevancia	16	96	0	0	4	4.1	92	95.8
Suficiencia	16	96	0	0	5	5.2	91	94.7
Claridad	16	96	0	0	3	3.1	93	96.8
Factible	16	96	0	0	1	1.0	95	98.9

Gráfico N° 4. Resultados de la dimensión IV Satisfacción del recurso humano según criterios de Moriyama.



En la dimensión IV los 6 expertos respondieron todos los ítems, y los 5 criterios de Moriyama son calificados en alto nivel con más del 70% de las respuestas, logrando valores entre 94 y 98%.

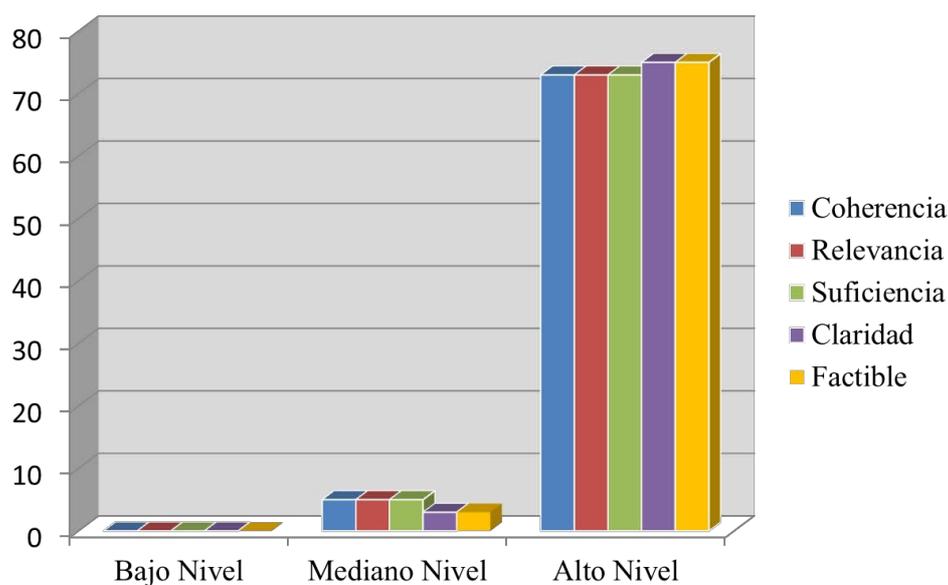
En esta dimensión se agregaron 4 ítems sugeridos por los expertos.

#### ***Dimensión V: Relaciones interdisciplinarias***

Tabla N °19. Resultado de dimensión V: Relaciones interdisciplinarias según criterios de Moriyama.

Criterios Moriyama	N° Ítems	N° de respuestas	Bajo Nivel		Moderado Nivel		Alto nivel	
			FA	FR(%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Coherencia	13	78	0	0	5	6.4	73	93.5
Relevancia	13	78	0	0	5	6.4	73	93.5
Suficiencia	13	78	0	0	5	6.4	73	93.5
Claridad	13	78	0	0	0	0	78	100
Factible	13	78	0	0	0	0	78	100

Gráfico N° 5. Resultado de dimensión V: Relaciones interdisciplinarias según criterios de Moriyama.



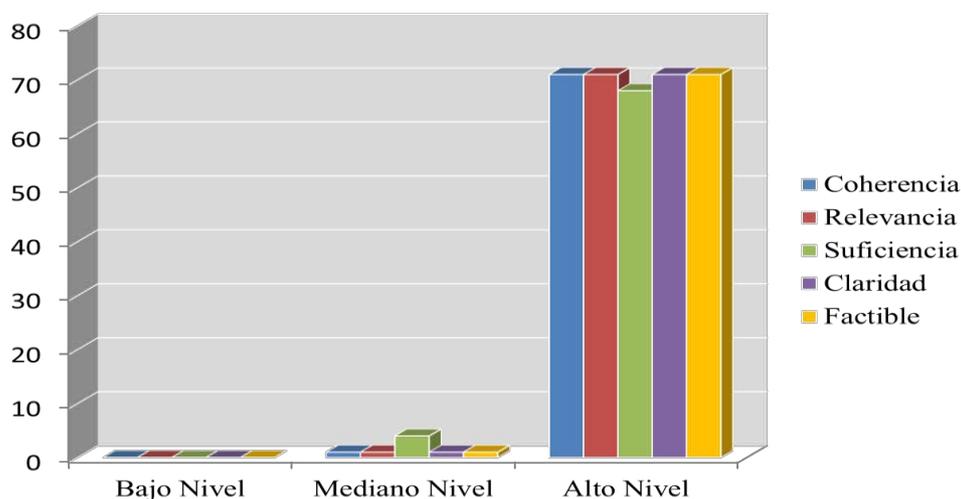
En la dimensión V los 6 expertos respondieron todos los ítems, y los 5 criterios de Moriyama son calificados en alto nivel con más del 70% de las respuestas, logrando valores de 93% para coherencia, relevancia y suficiencia, y 100% para claridad y factibilidad.

***Dimensión VI: Satisfacción del recurso humano***

Tabla N° 20. Resultados de la dimensión VI: Satisfacción del recurso humano según los criterios de Moriyama.

Criterios Moriyama	N° Ítems	N° de respuestas	Bajo Nivel		Moderado Nivel		Alto nivel	
			FA	FR(%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Coherencia	12	72	0	0	1	1.3	71	98.6
Relevancia	12	72	0	0	1	1.3	71	98.6
Suficiencia	12	72	0	0	4	5.5	68	94.4
Claridad	12	72	0	0	1	1.3	71	98.6
Factible	12	72	0	0	1	1.3	71	98.6

Gráfico N° 6. Resultados de la dimensión VI: Satisfacción del recurso humano según los criterios de Moriyama.



En la dimensión VI los 6 expertos respondieron todos los ítems, se obtuvieron 72 respuestas por cada criterio y los 5 criterios de Moriyama son calificados en alto nivel con más del 70% de las respuestas, logrando valores de 94% Suficiencia y el resto de los criterios un 98%.

Si los resultados los planteamos por criterio de Moriyama, incluyendo todas las dimensiones, el comportamiento de las respuestas fue el siguiente:

### 1) COHERENCIA

Tabla N° 21. Comportamiento del Criterio COHERENCIA en todas las dimensiones.

Criterios Moriyama	N° Ítems	N° de respuestas *	Bajo Nivel		Moderado Nivel		Alto nivel	
			FA	FR(%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Dimensión I	26	156	3	1.9	2	1.2	151	96.7
Dimensión II	31	186	1	0.5	4	2.1	181	97.3
Dimensión III	20	120	0	0	1	0.8	119	99.1
Dimensión IV	16	96	0	0	4	4.1	92	95.8
Dimensión V	13	78	0	0	5	6.4	73	93.5
Dimensión VI	12	72	0	0	1	1.3	71	98.6
Totales	118	708	4	0.56	17	2.4	687	97.03

\*N° de Respuestas: significa N° de respuestas x N° de expertos.

En el criterio de coherencia que según Moriyama mide la relación del ítem con la dimensión; el 97,03% de las respuestas fueron de alto nivel.

Se observa que sólo en un 0,56% de las respuestas, los ítems se consideraron de bajo nivel de relación con la dimensión y un 2,40% de las respuestas, los ítems se consideraron de moderado nivel.

Considerando lo establecido previamente, que respuestas en alto nivel mayor o igual a 70 % de los expertos: se aprueba el instrumento sin cambios, desde el punto de vista de la coherencia, el instrumento se aprueba sin cambios; con un 97,03% de respuestas en alto nivel de coherencia.

Se entiende que los ítems son razonables y se comprende su inclusión en la dimensión que se está midiendo.

2) **RELEVANCIA:** Sensible a variaciones: si el ítem es capaz de discriminar entre diferentes grados del comportamiento de la característica estudiada.

Tabla N° 22. Comportamiento del criterio relevancia de todas las dimensiones.

Dimensiones	N° Ítems	N° de respuestas *	Bajo Nivel		Moderado Nivel		Alto nivel	
			FA	FR(%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Dimensión I	26	156	3	1.9	6	3.8	147	94.2
Dimensión II	31	186	1	0.5	4	2.1	181	97.3
Dimensión III	20	120	0	0	2	1.6	118	98.3
Dimensión IV	16	96	0	0	4	4.1	92	95.8
Dimensión V	13	78	0	0	5	6.4	73	93
Dimensión VI	12	72	0	0	1	1.3	71	98.6
Totales	118	708	4	0.5	22	3.1	682	96.3

\*N° de Respuestas: significa N° de respuestas x N° de expertos.

En el criterio de relevancia que según Moriyama mide si el ítem es sensible a variaciones, si es capaz de discriminar diferentes grados del comportamiento de la característica estudiada, el 96,32% de las respuestas fueron de alto nivel.

Se observa que sólo un 0,56% de las respuestas, consideró a los ítems de bajo nivel de relación con la dimensión y un 3,10% de las respuestas consideró a los ítems de moderado nivel.

Considerando lo establecido previamente, que respuestas en alto nivel mayor o igual a 70 % de los expertos: se aprueba el instrumento sin cambios, desde el punto de vista de la relevancia, el instrumento se aprueba sin cambios; con un 77,96% de respuestas en alto nivel de relevancia, lo que significa que los ítems son capaces de discriminar los diferentes grados de comportamiento de la variable.

**3)- SUFICIENCIA:** Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente

Razonables: el ítem aporta una información adicional o simplemente redundante en la información que aportan otros.

Tabla N° 23. Comportamiento del criterio suficiencia en todas las dimensiones.

Dimensiones	N° Ítems	N° de respuestas *	Bajo Nivel		Moderado Nivel		Alto nivel	
			FA	FR(%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Dimensión I	26	156	7	4.4	8	5.1	141	90.3
Dimensión II	31	186	0	0	9	4.8	177	95.1
Dimensión III	20	120	5	4.1	2	1.6	113	94.1
Dimensión IV	16	96	0	0	5	5.2	91	94.7
Dimensión V	13	78	0	0	5	6.4	73	93.5
Dimensión VI	12	72	0	0	4	5.5	68	94.4
Totales	118	708	12	1.6	33	4.6	663	93.6

\*N° de Respuestas: significa N° de respuestas x N° de expertos.

En el criterio de suficiencia que según Moriyama mide si el ítem con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables, aporta una información adicional o simplemente redundante en la información que aportan otros, el 93,64% de las respuestas fueron de alto nivel.

Se observa que sólo un 1,69% de los ítems se consideraron de bajo nivel de relación con la dimensión y un 4,66% de los ítems consideraron de moderado nivel.

Considerando lo establecido previamente, que respuestas en alto nivel mayor o igual a 70% de los expertos: se aprueba el instrumento sin cambios, desde el punto de vista de la Suficiencia, el instrumento se aprueba sin cambios; con un 93,64% de respuestas en alto nivel de suficiencia, lo que significa que los ítems son capaces con suposiciones básicas justificables o intuitivamente razonables aportar información adicional a la dimensión.

**4)- CLARIDAD:** con componentes claramente definidos, si el ítem se expresa claramente.

Tabla N° 24. Comportamiento del criterio claridad en todas las dimensiones.

Dimensiones	N° Ítems	N° de respuestas *	Bajo Nivel		Moderado Nivel		Alto nivel	
			FA	FR(%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Dimensión I	26	156	0	0	3	1.9	153	98.0
Dimensión II	31	186	0	0	10	6.4	176	94.6
Dimensión III	20	120	0	0	3	1.9	117	97.5
Dimensión IV	16	96	0	0	3	3.1	93	96.8
Dimensión V	13	78	0	0	0	0	78	100
Dimensión VI	12	72	0	0	1	1.3	71	0.01
Totales	118	708	0	0	20	2.82	688	97.17

\*N° de Respuestas: significa N° de respuestas x N° de expertos.

En criterio de claridad que según Moriyama mide si el ítem está claramente definido y se expresa con claridad, el 97,17% de las respuestas fueron de alto nivel.

Se observa no hubo respuestas de bajo nivel y 2,82% de las respuestas consideraron a los ítems consideraron de moderado nivel de claridad.

Considerando lo establecido previamente, que respuestas en alto nivel mayor o igual a 70 % de los expertos: se aprueba el instrumento sin cambios, desde el punto de vista de la claridad, el instrumento se aprueba sin cambios; con un 97,17% de respuestas en alto nivel de suficiencia, lo que significa que los ítems son capaces de expresarse claramente.

Este criterio fue suficiente para interpretar la validación de apariencia, aunque también se tomaron las sugerencias realizadas por los expertos en 6 ítems, donde se corrigieron detalles de la redacción.

**5) FACTIBLE:** Derivable de datos factibles de obtener, si a partir de las respuestas del ítem se puede obtener información.

Tabla N° 25. Comportamiento del criterio factible en todas las dimensiones.

Dimensiones	N° Ítems	N° de respuestas *	Bajo Nivel		Moderado Nivel		Alto nivel	
			FA	FR(%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Dimensión I	26	156	0	0	3	1.9	153	98.0
Dimensión II	31	186	0	0	3	1.6	183	98.3
Dimensión III	20	120	0	0	0	0	120	100
Dimensión IV	16	96	0	0	1	1.0	95	98.9
Dimensión V	13	78	0	0	0	0	78	100
Dimensión VI	12	72	0	0	1	1.3	71	98.6
Totales	118	708	0	0	8	1.12	700	98.87

\*N° de Respuestas: significa N° de respuestas x N° de expertos.

En el criterio de factibilidad que según Moriyama mide si a partir del el ítem se puede obtener información, el 98,87% de las respuestas fueron de alto nivel.

Se observa que no hubo respuestas de bajo nivel y 1,12% de las respuestas consideraron a los ítems consideraron de moderado nivel de factibilidad.

Considerando lo establecido previamente, que respuestas en alto nivel mayor o igual a 70 % de los expertos: se aprueba el instrumento sin cambios, desde el punto de vista de la factibilidad, el instrumento se aprueba sin cambios; con un 98,87% de respuestas en alto nivel de factibilidad, lo que significa que a partir de los ítems se puede obtener información.

El criterio que de alguna manera fue más cuestionado fue el de suficiencia, 6,35% de las respuestas fueron hacia el mediano y bajo nivel, pero de todas formas, no resulta un número significativo.

De los resultados obtenidos en la globalidad de respuestas de los expertos, analizando las respuestas por criterio de Moriyama:

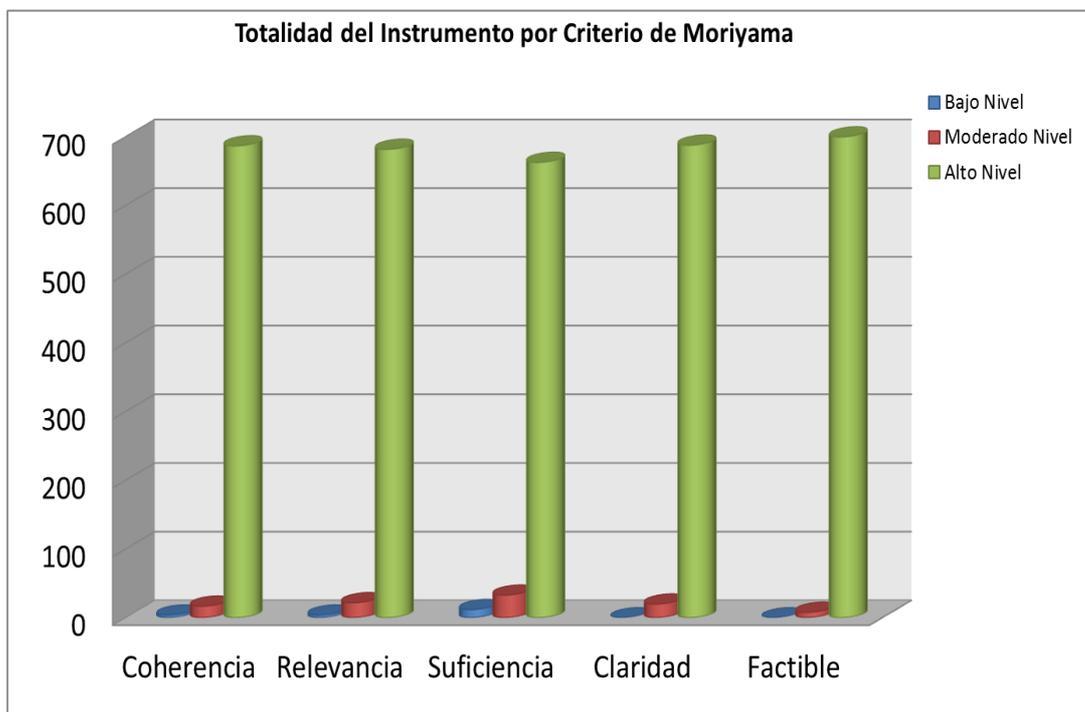
Tabla N° 26. Totalidad global de respuestas según el nivel, por cada criterio de Moriyama.

Dimensiones	Nombre	Ítems	N° Respuestas	Criterios de Moriyama														
				Coherencia			Relevancia			Suficiencia			Claridad			Factible		
				Bajo Nivel	Mod. Nivel	Alto Nivel	Bajo Nivel	Mod. Nivel	Alto Nivel	Bajo Nivel	Mod. Nivel	Alto Nivel	Bajo Nivel	Mod. Nivel	Alto Nivel	Bajo Nivel	Mod. Nivel	Alto Nivel
I	Higiene y Seguridad Laboral	26 ítems	156	3	2	151	3	6	147	7	8	141	0	3	153	0	3	153
II	Estilos de Gestión	31 ítems	186	1	4	181	1	4	181	0	9	177	0	10	176	0	3	183
III	Fundamentos para la Calidad. Modelos y Teorías.	20 ítems	120	0	1	119	0	2	118	5	2	113	0	3	117	0	0	120
IV	Dotación y Desarrollo de los Recursos Humanos	16 ítems	96	0	4	92	0	4	92	0	5	91	0	3	93	0	1	95
V	Relaciones Interdisciplinarias	13 ítems	78	0	5	73	0	5	73	0	5	73	0	0	78	0	0	78
VI	Satisfacción del Recurso Humano	12 ítems	72	0	1	71	0	1	71	0	4	68	0	1	71	0	1	71
			<b>708</b>	4	17	687	4	22	682	12	33	663	0	20	688	0	8	700

\*N° de Respuestas: significa N° de respuestas x N° de expertos.

En el caso de analizar la globalidad de las respuestas y de las dimensiones del instrumento: de los 118 ítems analizados se obtuvieron 708 respuestas por cada criterio, todos los expertos respondieron en todos los ítems.

Gráfico N° 7: Totalidad global de respuestas según el nivel, por cada criterio de Moriyama.



Para los criterios de claridad y factibilidad no se obtuvieron respuestas en bajo nivel

El criterio de suficiencia obtuvo el mayor porcentaje de respuestas en mediano nivel, de 4,66% en comparación con el resto.

Todos los criterios lograron un porcentaje mayor al 90% en un alto nivel, siendo el criterio de factibilidad el más alto, con un 96%.

El instrumento final luego de la aplicación de las dos rondas de consulta a los expertos quedó constituido por 6 dimensiones y 118 ítems.

## 4.2 CONCLUSIONES:

El desarrollo de la investigación logró cumplir con los objetivos propuestos, transitando el camino para el diseño de un instrumento válido para la medición del Entorno de la Práctica de Enfermería en el Uruguay.

Se parte de la premisa que medir significa “asignar números, símbolos o valores a la propiedades de objetos o eventos de acuerdo con reglas” (Stevens, 1951), ésta definición aplica para fenómenos con característica de objetos o eventos, pero para medir un fenómeno abstracto como puede ser el entorno de la práctica de enfermería que no puede verse o tocarse, resulta más adecuado definir la medición como “ el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos” transitando una metodología donde se deben seleccionar los indicadores, en éste caso los ítems que definirían las variables en términos de lo que el investigador tiene en mente.<sup>31</sup>

De esta forma, se logró un contenido teórico basado en la revisión bibliográfica y documental, que dio sustento al componente empírico y logró la definición de las dimensiones y de los ítems que integran la herramienta.

Dicha herramienta quedó constituida por 6 dimensiones y 118 ítems que la definen.

De los 118 ítems que conforman el instrumento, se tomaron del PES-NWI 25 ítems textuales y 2 reformulados, el resto de los ítems fueron diseñados por el equipo de trabajo con el contenido teórico aportado por el modelo de entornos saludables de la OMS, entornos de trabajo del CIE, reglamentación de la OIT, reglamentación de la profesión de Enfermería en el Uruguay y experticia del equipo de investigadores.

Todos los ítems fueron aprobados con más de un 90% en todos los criterios de Moriyama estudiados, fueron coherentes , determinando que era razonable la inclusión del ítem en la dimensión y que eran comprensibles; todos cumplían con el criterio de relevancia, eran sensibles a variaciones, con el criterio de suficiencia que determinaba

que el ítem aportaba información adicional, el criterio de claridad definió que cada ítem se expresaba claramente y el criterio de ser factible estableció que se puede obtener información a partir de cada ítem.

También se puede apreciar del análisis por cada dimensión individual, que las respuestas fueron todas en un alto nivel, cada dimensión tiene un comportamiento en sí misma, además de su comportamiento en la globalidad.

El Instrumento obtenido, sometido al juicio de expertos entendidas como las “voces calificadas”<sup>31</sup>, determinó entonces la validez del contenido y de apariencia que refiere al grado en que el instrumento en su conjunto mide la variable en cuestión.

Lograr diseñar un instrumento para medir el Entorno de la Práctica de Enfermería válido, establece un punto de partida para acercarnos al conocimiento de la realidad donde se desarrolla actualmente la práctica de enfermería en el Uruguay.

El impacto de los resultados puede ser significativo al momento de tomar decisiones a nivel institucional o a nivel de políticas estatales.

Los componentes de éste instrumento están fuertemente alineados a los entornos de trabajo saludables establecidos por la OMS, donde los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo.

Tiene componentes alineados a potenciar la salud, bienestar y práctica segura de la profesión, apunta a mejorar la calidad de atención de los usuarios y a evaluar el sistema de desempeño de la organización.

Puede proporcionar información facilitadora para la “construcción de una cultura institucional de calidad y seguridad en atención de salud”, que es un objetivo sanitario nacional, contribuyendo al logro de los resultados esperados (mejora de los cuidados por parte del equipo de salud, desarrollo de estándares y buenas prácticas por áreas),

además de constituirse en una estrategia de medición y evaluación de la calidad asistencial de la práctica de enfermería.

Este instrumento con un diseño basado en la amplia revisión bibliográfica, con contenido de los ya validados componentes de los Hospitales Magnéticos como estándares de calidad asistencial, habiendo sido sometido al Juicio de expertos nacionales, se constituye en una herramienta oportuna y eficaz para la medición del entorno de la práctica de enfermería en el Uruguay, en el ámbito público y en el ámbito privado.

Encontrará su fortaleza absoluta una vez que sea sometido a pruebas de confiabilidad, para determinar la confiabilidad interna y la estabilidad en el tiempo en el ámbito público y en el privado de nuestro país.

## CAPITULO V.

### 5.1 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Villar H. Gestión de servicios de salud. Montevideo: Zona Editorial; 2012.
2. González P, Pérez M, Núñez S. Censo nacional de enfermería, Uruguay, año 2013. Rev Urug Enferm [Internet] 2014; 2(9): 140-58. Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/viewFile/31/29> [consulta: 15 jun 2016].
3. Juvé Udina E, Farrero Muñoz S, Monterde Prat D, Hernández Villen O, Sistac Robles M, Rodríguez Cala A, et al. Análisis del contexto organizativo de la práctica enfermera: el nursing work index en los hospitales públicos. Metas de Enferm [Internet] 2007; 10(7): 67-73 . Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33784/1/615384.pdf> [consulta: 17 abr 2016].
4. Baumann A. Lugares de trabajo=atención de calidad al paciente. [Internet]. 2007. Disponible en: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/internacional/cie/send/25-cie/341-02-3-da-internacional-de-la-enfermera-2007-entornos-de-prctica-favorables> [consulta: 25 oct 2017].
5. Lujan Tangarife JA, Cardona Arias JA. Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. Archivos de Medicina [Internet] 2011; 11 (3:1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5178935> [consulta: 12 ago 2016].
6. Escobar Pérez J, Cuervo Martínez A. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. Avances en Medición [Internet] 2008; (6):

- 27-36. Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/publication/302438451\\_Validez\\_de\\_contenido\\_y\\_juicio\\_de\\_expertos\\_Una\\_aproximacion\\_a\\_su\\_utilizacion](https://www.researchgate.net/publication/302438451_Validez_de_contenido_y_juicio_de_expertos_Una_aproximacion_a_su_utilizacion) [consulta: 18 abr 2018].
7. Organización Mundial de la Salud. Entornos laborales saludables: fundamentos y modelos de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo. [Internet]. 2010. Disponible en:  
[http://www.who.int/occupational\\_health/evelyn\\_hwp\\_spanish.pdf](http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf) [consulta: 25 ene 2017].
8. Organización Internacional del Trabajo. C149 - convenio N° 149 sobre el personal de enfermería. [Internet]. 1977. Disponible en:  
[http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:C149](http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C149) [consulta: 25 ene 2017].
9. González P, Langone D, Suarez A. La enfermería en el Uruguay: características actuales y perspectivas de desarrollo. [Internet]. 2011. Disponible en:  
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/la-enfermeria-en-el-uruguay-caracteristicas-actuales-y-perspectivas-de> [consulta: 12 jun 2016].
10. Profesión de enfermería. Ley N° 18.815 de 14 octubre de 2011. [Internet]. Uruguay. Disponible en:  
[http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Ley\\_18\\_815\\_Enfermer%25c3%25ada.mh\\_.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Ley_18_815_Enfermer%25c3%25ada.mh_.pdf) [consulta: 15 jun 2016].
11. Núñez S. Los desafíos de Toronto medición de las metas regionales de recursos humanos para la salud 2007 – 2015 Uruguay. [Internet]. Disponible en:  
[http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&view=download&cat](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&cat)

[egory\\_slug=publications&alias=406-metas-regionales-de-rrhh-div-rhs-del-snis&Itemid=307](#) [consulta: 20 ago 2016].

12. Consejos de Salarios. Grupo N° 15 “Servicios de Salud y anexos” “Salud General”. Trabajadores médicos y no médicos. Norma S/N de 31 de octubre de 2018  
[Internet]. Uruguay. Disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/otras-normas-originales/SN20181031002-2018> [consulta: 08 ene 2020].
13. Uruguay. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Convenios colectivos: grupo 15 servicios de salud y anexos. [Internet]. 2015. Disponible: <http://www.impo.com.uy/convenios/30197-015.pdf> [consulta: 28 ene 2016].
14. Agencia de Noticias Enfermeras. Uruguay, cada hospital público pierde al menos dos enfermeras por día. [Internet]. 2015. Disponible: <http://www.elpais.com.uy/informacion/hospital-publico-pierde-menos-enfermeros.html> [consulta: 07 may 2017].
15. Aiken LH, Mullin M. Hospitales con magnetismo: un modelo de organización para mejorar los resultados de los pacientes. *Enfermería Clínica* 1995; 5(6): 259-62.
16. World Health Organization. Regional guidelines for the development of healthy workplaces. [Internet]. 1999. Disponible en: [https://www.who.int/occupational\\_health/regions/en/oehwproguidelines.pdf](https://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehwproguidelines.pdf) [consulta: 10 jul 2009].

17. Lowe GS. Healthy workplace strategies: creating change and achieving results. [Internet]. 2004. Disponible en: <https://www.longwoods.com/content/16975> [consulta: 3 jul 2009].
18. Grawitch MJ, Ledford GE, Ballard DW, Barber LK. Leading the healthy workforce: the integral role of employee involvement. Consulting Psychology Journal: Practice and Research [Internet] 2009; 61(2):122–35. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/230753448\\_Leading\\_the\\_healthy\\_workforce\\_The\\_integral\\_role\\_of\\_employee\\_involvement](https://www.researchgate.net/publication/230753448_Leading_the_healthy_workforce_The_integral_role_of_employee_involvement) [consulta: 3 jul 2009].
19. Benach J, Muntaner C, Santana V. Employment conditions knowledge network (EMCONET). [Internet]. 2007. Disponible en: [https://www.who.int/social\\_determinants/resources/articles/emconet\\_who\\_report.pdf](https://www.who.int/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf) [consulta: 8 set 2009].
20. Consejo Internacional de Enfermería. Las enfermeras: una fuerza para el cambio eficaces en cuidados, eficientes en costos. [Internet]. 2015. Disponible en: [https://www.consejogeneralenfermeria.org/docs\\_revista/CarpetaDIE.pdf](https://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/CarpetaDIE.pdf) [consulta: 3 jul 2018].
21. Uruguay. Instituto Nacional de Calidad. Modelo de mejora continua. [Internet] 2011. Disponible: <https://inacal.org.uy/modelos-de-calidad/> [consulta: 22 may 2017].
22. Gillies DA. Gestión de enfermería: una aproximación a los sistemas. Barcelona: Masson; 1994.
23. Kreitner R, Kinicki A. El comportamiento de las organizaciones. [Internet]. 1997. Disponible: [https://www.academia.edu/35636754/Kreitner\\_Robert\\_-\\_Comportamiento\\_De\\_Las\\_Organizaciones.PDF](https://www.academia.edu/35636754/Kreitner_Robert_-_Comportamiento_De_Las_Organizaciones.PDF) [consulta: 28 may 2017].

24. Robbins Stephen P, Judge Timothy A. Comportamiento Organizacional. 15°ed. México: Pearson; 2013.
25. Organización Internacional del Trabajo. Convenio N° 149 sobre el personal de enfermería; . [Internet]. 1977. Disponible <https://www.gub.uy/ministerio-trabajo-seguridad-social/politicas-y-gestion/convenios-internacionales-0>.
26. Organización Internacional del Trabajo. Convenios Internacionales. [Internet]. Disponible: <https://www.gub.uy/ministerio-trabajo-seguridad-social/politicas-y-gestion/convenios-internacionales-0>
27. Organización Internacional del Trabajo. Decreto N°291/007 Reglamentación del Convenio Internacional del Trabajo N° 155 sobre prevención y protección contra riesgos derivados de cualquier actividad.[Internte]. 2007. Disponible: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/291-2007/1>.
28. Balderas Pedrero ML. Administración de los servicios de enfermería. 7° ed. México: Mc Graw Hill; 2015.
29. Mompert García MP, Durán Escribano M. Administración y gestión. 2° ed. Madrid: DAE; 2009.
30. Comisión Nacional de Etica. Decreto 158/2019. [Interntet]. 2019. Disponible: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/158-2019/1>.
31. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la investigación. 6a. ed. México: McGraw Hill; 2015.
32. Hernández Cantoral A, Zarate Grajales R. Hospital magnético: escenario ideal que garantiza calidad del cuidado y la satisfacción laboral en enfermería. Enferm Univ [Internet] 2011; 8(2): 25-32. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n2/v8n2a5.pdf> [consulta: 15 may 2015].

33. Gómez JP, Morales Asencio JM, Sesé Abad A, Bennasar Veny M, Artigues Vives G, Perelló Campaner C. Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las Islas Baleares. Gac Sanit [Internet] 2011; 25(3): 191-7. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112011000300004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000300004) [consulta: 25 may 2016].
34. -Havens D, Warshawsky N, Vasey J. The nursing practice environment in rural hospitals: practice environment scale of the nursing Work Index assessment. J Nursing Work Index assessment. J Nurs Adm [Internet] 2012; 42(11): 519–25. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/145773506/Advances-in-Telemedicine-Technologies-Enabling-Factors-and-Scenarios> [consulta: 28 ene 2017].
35. Orts Cortes MI. Validez de contenido del practice environment scale of de Nursing Work Index (PES- NWI) en el ámbito europeo [tesis doctoral] [Internet]. 2011. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/21852/1/tesis\\_orts.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/21852/1/tesis_orts.pdf) [consulta: 25 may 2016].

### **Bibliografía Consulta.**

- Ballesteros Bayardo H, Vitancurt Vitancurt AM, Sánchez Puñales SD. Bases científicas de la administración. México: McGraw-Hill; 1997.
- Barrios Casas S, Paravic Klijn T. Promoción de la salud y un entorno laboral saludable. Rev Latino Am Enferm [Internet] 2006; 14(1): 136-41. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000100019&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100019&lng=en&nrm=iso&tlng=es) [consulta: 18 feb 2016].

- Contreras Ibacache V, Reynaldos Grandon K, Cardona Alzate L. Clima, ambiente y satisfacción laboral: un desafío para la enfermería. Rev Cubana Enferm [Internet] 2015; 31(1). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/478/116> [consulta: 12 abr 2016].
- García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la Investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. México: Mc Graw-Hill; 2014.
- International Council of Nurses. Entornos positivos para la práctica de los profesionales de atención de salud. [Internet]. 2008. Disponible en: <https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/GH-PPE-Generico-FINAL-SP.pdf> [consulta: 20 set 2016].
- Leddy S, Pepper JM. Bases conceptuales de la enfermería. [Internet]. 1989. Disponible en: [https://documentop.com/bases-conceptuales-de-enfermeria\\_598adde21723dd5d69644032.html](https://documentop.com/bases-conceptuales-de-enfermeria_598adde21723dd5d69644032.html) [consulta: 2 ago 2016].
- Margall M, Duquette A. El ambiente del entorno de trabajo en un hospital universitario: percepción de las enfermeras. Enferm Intensiva [Internet] 2000; 11(4): 161-9. Disponible: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-el-ambiente-del-entorno-trabajo-X1130239900201309> [consulta: 15 ene 2016].
- Organización Panamericana de la Salud. Área de fortalecimiento de sistemas de salud, unidad de recursos humanos para la salud: regulación de la enfermería en América Latina. [Internet]. 2011. Disponible en:

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=16768&](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16768&) [consulta: 2 may 2016].

-Pérez Campo MA, Sánchez García I, Pancorbo Hidalgo PL. Valoración del entorno de la práctica profesional por enfermeras españolas que participan en foros de internet. *Enferm Clin* [Internet] 2013; 23 (6): 271-8. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-valoracion-del-entorno-practica-profesional-S1130862113001174> [consulta: 23 may 2017].

-Sánchez Castro J. Afinación del instrumento para medir entornos de la práctica de enfermería: practice environment scale of the nursing workIndex PES-NWI [tesis maestría] [Internet]. 2014. Disponible en:

<http://www.bdigital.unal.edu.co/47106/1/05539847%20-%202014.pdf> [consulta: 22 jun 2016].

-Segredo Pérez AM. Clima organizacional en la gestión del cambio para el desarrollo de la organización. *Rev Cub Salud Pública* [Internet] 2013; 39(2): 385-93. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v39n2/spu17213.pdf> [consulta: 17 jun 2016].

-Sistema nacional integrado de salud. Ley N° 18.211 de 13 diciembre de 2007. [Internet]. Uruguay. Disponible en:

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2286472.htm> [consulta: 23 set 2016].

-Rivero Sánchez C, López Alonso SR. ¿Es válida la adaptación española de la Escala de Entorno de Práctica de Enfermera del Nursing Work Index para Atención Primaria? *Index Enferm* [Internet] 2014; 23(3): 188-90. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962014000200016&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200016&lng=en&nrm=iso&tlng=en) [consulta: 25 ene 2016].

-Torres Contreras CC. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. Av Enferm [Internet] 2010; 28(2): 98-110. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n2/v28n2a09.pdf> [consulta: 25 ene 2017].

Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Uruguay en cifras. [Internet]. 2012. Disponible en:

<http://www.ine.gub.uy/documents/10181/39317/Uruguay+en+cifras+2012.pdf/8a922fc6-242a-4ecc-a145-c334825c8dbd> [consulta: 18 jun 2016].

Urquiza R. Satisfacción laboral, y calidad del servicio de salud. Rev Médica [Internet] 2012; 8(2): 65-9. Disponible en:

[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582012000200012&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200012&lng=es) [consulta: 12 jun 2017].

## **CAPITULO VI.**

### **ANEXOS**

- 6.1 Anexo I. Consentimiento para la participación de los Expertos.
- 6.2 Anexo II. Aval del protocolo de investigación por el comité de ética de la Facultad de Enfermería.
- 6.3 Anexo III. Información recibida por los Expertos.
- 6.4 Anexo IV. Instrumento entregado a expertos primera ronda.
- 6.5 Anexo V. Instrumento final con escala de medición.

## 6.1 Anexo I. Consentimiento para la participación en la investigación dirigida a cada integrante del Comité de Expertos



UNIVERSIDAD de la REPÚBLICA  
FACULTAD de ENFERMERÍA  
CENTRO de POSGRADO  
PLAN MAESTRÍAS

14 de diciembre de 2017.

Estimado integrante de la CONAE

Lic. \_\_\_\_\_ :

Encontrándonos en la última etapa de la Maestría que estamos cursando en: Gestión de Servicios de Salud, estamos transitando ahora el camino de la Tesis Final.

Dicha investigación pretende crear y validar un instrumento para medir el entorno de la práctica de la Enfermería en Uruguay.

Para eso estamos diseñando una herramienta que necesita ser valorada por expertos, es por esta razón que invitamos a usted a participar de este proyecto.

Con su aprobación, le haremos llegar vía mail el contenido del instrumento para su calificación, previa presentación en reunión de CONAE.

Descontando desde ya con su valioso aporte para nuestra investigación, le saludan cordialmente,

Lic. Esp. Laura Cabrera  
Bentancor

Lic. Esp. Serrana Ostolaza

Lic. Esp. Javier

Firma de Expertos:

Esta investigación no tiene riesgos potenciales para los sujetos participantes, no existiendo conflicto de intereses. Acepto participar con la estricta voluntariedad:

Firma:

Contrafirma:

C.I.

## **6.2 Anexo II: Aval del Comité de ética de la Facultad de Enfermería. Udelar.**

Montevideo, 1 de octubre de 2018.

De: Comité de Ética de la Investigación.

A: Lic. Javier Bentancor, Lic. Laura Cabrera, Lic. Serrana Ostolaza

El comité de Ética de la investigación ha recibido las enmiendas al protocolo presentado: “Creación y validación de un instrumento para medir el entorno de la Práctica de Enfermería Uruguay 2018”.

El mismo cumple con los resguardos éticos para la protección de los participantes de la investigación.

En tanto lo expresado el protocolo presentado es aprobado por este comité-  
Sin más atentamente,

Prof. Inés Umpiérrez  
Prof. Adj. Claudia Morosi  
Prof. Adjunto Araceli Otarola  
Dr. Alejandro Caraballo  
Lic. José Lusi Priore

SEDE CENTRAL: JAIME CIBILS 2810. TEL: (598) 2487-00-50 /2487-00-44 FAX: (598) 2487-00-43  
SEDE HOSPITAL DE CLÍNICAS DR. MANUEL QUINTELA: Avda. Italia s/n 3er piso TELE-FAX: (598) 2480-78-91/2487-69-67  
C.P.: 11600 página web: [www.fenf.edu.uy](http://www.fenf.edu.uy) correo electrónico: [secretaria@fenf.edu.uy](mailto:secretaria@fenf.edu.uy)  
Montevideo-República Oriental del Uruguay

### 6.3 Anexo III. Información recibida por los expertos:



UNIVERSIDAD de la REPÚBLICA  
FACULTAD de ENFERMERÍA  
CENTRO de POSGRADO  
PLAN MAESTRÍAS

Montevideo, 24 de Setiembre de 2018.

#### *Información para los Expertos:*

Los Entornos de la Práctica de Enfermería influyen en el desarrollo de la profesión de manera significativa.

Las Instituciones de Salud describen en la literatura las amenazas y debilidades de la práctica, que deben enfrentar a diario, para poder elevar el nivel de calidad de la atención en los Servicios de Salud.

Organizaciones como la Organización Mundial de la Salud, el Consejo Internacional de Enfermería, la Federación Europea de Enfermeras, la Asociación Americana de Enfermería y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, han propiciado el análisis de los estándares que permitan medir el Entorno de la Práctica de Enfermería, que aseguren la prestación de un Servicio calificado, la satisfacción laboral adecuada, la disminución de la alta rotación, y atraigan y retengan al personal de enfermería de los Centros Hospitalarios.

De la revisión bibliográfica a nivel internacional, se destaca en el análisis del contexto organizativo de la práctica de enfermería realizado por María Eulalia Juvé Udina; Sara Farrero Muñoz et al.; que los factores organizativos de mayor peso en la práctica de enfermería, se refieren a los horarios, a la inasistencia, a la falta de estímulos, a la no contemplación de los tiempos no asistenciales; falta de reconocimiento generalizado de

los programas de Enfermería clínica, número de enfermeras y distribución en las unidades, etc.<sup>1</sup>

También se han realizado mediciones del Entorno de la Práctica de Enfermería, basados en los siguientes criterios:” ser un hospital con bajo índice de rotación, tener una plantilla de Enfermería completa y ser un hospital posicionado en un mercado laboral competitivo; son los denominados Hospitales con Magnetismo: un modelo de organización para mejorar el resultado de los pacientes.”<sup>2</sup>

Se identificaron algunos instrumentos de medición del Entorno de la Práctica de Enfermería siendo el más utilizado el “Practice Environment Scale-Nursing Work Index (PES-NWI)”, elaborado por Lake en 2002, a partir de dos instrumentos previos, el NWI, elaborado por Kramer & Hafner en 1989 y el NWI-R, de por Aiken y cols.<sup>3</sup>

La validez del contenido del PES-NWI, fue probado en 11 países europeos, con 10 idiomas oficiales con las modificaciones de los dialectos regionales.

En América del Sur existe un intento de medición del Entorno de la Práctica de Enfermería en Colombia, en el año 2009 por Lisbeth Cardona, usando el PES-NWI, en donde se concluyó que el instrumento utilizado no aportaba datos a la investigación y que las dimensiones estudiadas no representaban el problema que en realidad se quería conocer.<sup>4</sup>

A nivel nacional, no se registran antecedentes de medición del Entorno de la Práctica de Enfermería, tampoco se encuentran definidos los estándares o los componentes que puedan definir el Entorno de la Práctica de Enfermería del Uruguay y su posibilidad de medición.

Se cuenta con datos obtenidos en el Censo de Nacional de Enfermería realizado en 2013 por la División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (DEMPESA), que

aproximan a conocer algunos aspectos que pueden hacer al Entorno de la Práctica, pero no abordan aspectos importantes del contexto donde se desarrolla la profesión.

Este censo si bien refleja una tendencia creciente de disponibilidad de enfermería, 12 Licenciadas y 35 auxiliares, por cada 10.000 habitantes, persiste el déficit estructural que requiere el fortalecimiento del primer nivel de atención como lo propone el Sistema Nacional Integrado de Salud.

De la población censada, 8 cada 10 son mujeres, y el 30% tiene multiempleo en enfermería, con el objetivo de incrementar ingresos o apostar a mayor crecimiento personal, y la mayoría prefiere no concentrar su trabajo en una única Institución.<sup>5</sup>

Aún persisten interrogantes sin respuestas, ya que no se conoce de manera cuantificable y objetiva las necesidades reales del personal de enfermería de Uruguay; el grado de satisfacción de los enfermeros al desempeñar su tarea; si enfermería participa en forma real de la planificación y toma de decisiones en las áreas de su competencia; si hay determinantes que los llevan a renunciar a sus puestos de trabajo; y si esas determinantes son propias del mercado laboral o de las posibilidades de desarrollo profesional que cada institución ofrece, sea pública o privada.

Se desconoce además si existe alguna diferencia en los Entornos de la Práctica de Enfermería según se desarrollen a nivel público o privado.-

Surge la necesidad entonces de *identificar los componentes del entorno de la práctica de enfermería en el Uruguay y así poder desarrollar un instrumento válido y confiable para su medición.*

En el proceso de definición de los componentes que midan el Entorno de la Práctica, se analizarán aquellas que modelizan el Entorno como son las 14 dimensiones del Modelo de Hospital Magnético, el Modelo de OMS “Entorno de Trabajo Saludable”; “Higiene y Seguridad Laboral”, Modelos de Gestión de Calidad”, “Fundamentos de

enfermería para la calidad del cuidado, modelo y teorías de enfermería”, “Desarrollo de las Personas y manejo del recurso humano”; “Relaciones Interdisciplinarias”, “Satisfacción del recurso humano”, “Normativa: Ley de la Profesión Enfermería en el Uruguay”.

**Llegando a establecer los posibles componentes y/o dimensiones:**

Dimensión I: Higiene y Seguridad Laboral

Dimensión II: Estilos de Gestión

Dimensión III: Fundamentos de Enfermería para la Calidad del Cuidado. Modelo y Teorías.

Dimensión IV: Dotación de Personal y Recursos (desarrollo y dotación de los recursos humanos).

Dimensión V: Relaciones Interdisciplinarias

Dimensión VI: Satisfacción del Recurso Humano.

**El objetivo general** planteado es diseñar un Instrumento válido y confiable para la Medición del Entorno de la Práctica de Enfermería en el Uruguay; con la particularidad de validarlo en dos escenarios diferentes del Sistema Nacional Integrado de Salud, el ámbito público y el privado.

***Instructivo de trabajo para los Expertos:***

Con el propósito de explorar sus opiniones sobre el contenido del instrumento se utilizarán las cinco propiedades básicas formuladas por Moriyama: coherencia, relevancia, suficiencia, claridad, derivable de datos factibles de obtener.

Cada ítem definido por dimensión será analizado de acuerdo a los Criterios de Moriyama de acuerdo a la siguiente definición:

- a) **Coherencia:** Razonable Y Comprensible: si se comprende la inclusión del ítem en relación con la categoría que se pretende medir. Así se determina si se justifica la inclusión del ítem del instrumento o no.-
- b) **Relevancia:** Sensible a Variaciones: si el ítem es capaz de discriminar entre diferentes grados del comportamiento de la característica estudiada.-
- c) **Suficiencia:** Con Suposiciones Básicas JUSTIFICABLES e intuitivamente Razonables: el ítem aporta una información adicional o simplemente redundante en la información que aportan otros.-
- d) **Claridad:** Con Componentes claramente definidos: si el ítem se expresa claramente.
- e) **Derivable de datos factibles de obtener:** si a partir de las respuestas del ítem se puede obtener información.-

Las escalas de medición establecidas para los 5 criterios de Moriyama, son:

CALIFICACION	INDICADOR
Bajo Nivel	El ítem no tiene o presenta una baja relación con la dimensión.
Moderado Nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo
Alto nivel	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.

DEFINICIÓN DE LOS CRITERIOS DE MORIYAMA				
A) COHERENCIA	Razonable Y Comprensible: si se comprende la inclusión del ítem en relación con la categoría que se pretende medir	Nivel	1)- Bajo	
			2)- Moderado	
			3)- Alto	
B) RELEVANCIA	Sensible a Variaciones: si el ítem es capaz de discriminar entre diferentes grados del comportamiento de la característica estudiada.-	Nivel	1)- Bajo	
			2)- Moderado	
			3)- Alto	
C) SUFICIENCIA	Con Suposiciones Básicas JUSTIFICABLES e intuitivamente Razonables: el ítem aporta una información adicional o simplemente redundante en la información que aportan otros.-	Nivel	1)- Bajo	
			2)- Moderado	
			3)- Alto	
D) CLARIDAD	Con Componentes claramente definidos: si el ítem se expresa claramente	Nivel	1)- Bajo	
			2)- Moderado	
			3)- Alto	
E) FACTIBLE	Derivable de datos factibles de obtener: si a partir de las respuestas del ítem se puede obtener información	Nivel	1)- Bajo	
			2)- Moderado	
			3)- Alto	

## 6.4 Anexo IV. Instrumento entregado a los expertos. Primera vuelta.

<b>DIMENSION I: HIGIENE Y SEGURIDAD LABORAL</b>					
"La Higiene en el Trabajo, es un conjunto de normas y procedimientos tendientes a la protección de la integridad física y mental del trabajador, preservándolo de riesgos de salud inherentes a las tareas y/o funciones de su cargo y al ambiente físico donde se ejecutan. -La Seguridad del trabajo es el conjunto de medidas técnicas, educacionales, médicas y psicológicas empleadas para prevenir accidentes, tendientes a eliminar las condiciones inseguras del ambiente y a instruir o convencer a las personas acerca de la necesidad de implantación de prácticas preventivas." Villar H. Gestión de servicios de salud. Montevideo: Zona Editorial; 2012.					
<b>MEDICIÓN SEGÚN CRITERIOS DE MORIYAMA</b>	<b>PUNTUACION:</b>				
	1)- BAJO NIVEL: el ítem no presenta o tiene una baja relación con la dimensión. 2)- MODERADO NIVEL: El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo 3)ALTO NIVEL: El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.				
<b>Ítems de la Dimensión I:</b>	<b>COHERENCIA</b>	<b>RELEVANCIA</b>	<b>SUFICIENCIA</b>	<b>CLARIDAD</b>	<b>FACTIBLE</b>
1)-La institución cuenta con protocolos que protegen la integridad física y mental del trabajador.					
2)- La Institución cuenta con un plan de prevención de riesgos laborales y de situación desastre.-					
3)-Conoce los Riesgos Laborales con los que trabaja.					
4)- La planta física donde desarrolla su tareas y/o funciones cuenta con iluminación, temperatura, espacio, higiene, mobiliario suficiente y en condiciones óptimas.					
5)-Su espacio laboral está libre de contaminación sonora.					
6)- El desempeño de sus tareas le implica una carga física excesiva.-					
7)-La institución le ofrece herramientas para la manipulación de cargas, de pacientes.-					
8)- La Institución le ofrece elementos de protección personal para agentes químicos y biológicos.-					
9)- Recibe educación sobre higiene postural y mecánica corporal.-					
10)-Se trabaja en prevención de alteraciones de la función visual para poder trabajar con los sistemas informáticos.					
11)- El trabajador recibe instrucción teórica y práctica sobre el uso y mantenimientos de las máquinas, herramientas, nuevas tecnologías y equipos de protección individual y colectiva.-					
12)- Según la tarea que desempeña se establecen controles periódicos del estado de salud del trabajador.					
13)- La institución respeta los horarios asignados.					
14)-La institución propone cambios de turnos inesperados, que provocan alteración en su ritmo biológico.-					
14)- La desorganización en la planificación de las guardias, afectan su equilibrio biológico y social.-					
15)- El turno de trabajo asignado dificulta la interacción familiar y social.-					
16)- La elección de turnos es discutida con los interesados.					
17)- La elección de turnos es impuesta por la institución.-					
18)- El plan de rotación de turnos, protege sus horas de descanso y su alimentación.-					
19)- Las demandas superan los recursos del trabajador (fatiga).-					
20)-La Institución dispone de un área para la Gestión de los Conflictos laborales.-					
¿Considera alguna otra dimensión que podría ser parte del constructo y no fue evaluada?	Respuesta:				
Otras sugerencias ----- ----- -----					

## DIMENSION II: ESTILO DE GESTION

**Administración:** Es una actividad sistemática desarrollada por un grupo humano que utiliza un conjunto de recursos para alcanzar determinada finalidad de manera eficaz y eficiente con beneficio social para quienes la producen, condicionada por el sistema socio-económico y basada en determinada concepción ideológica. - Villar H. Gestión de servicios de salud. Montevideo: Zona Editorial; 2012.

**Liderazgo** de la Alta Dirección. La actualización de la gestión de la empresa requiere de líderes capaces de generar estrategias y de motivar a sus colaboradores en el cumplimiento de las mismas. Sin estos líderes, la Gestión Total de Calidad se estanca o se imposibilita. Los líderes deben brindar ejemplo y cultivar los valores de la organización. Uruguay. Instituto Nacional de Calidad. Modelo de Mejora Continua. [Internet] 2011. Disponible: [http://www.inacal.org.uy/files/userfiles/MMC\\_2011\\_versi\\_n\\_final.pdf](http://www.inacal.org.uy/files/userfiles/MMC_2011_versi_n_final.pdf)

MEDICIÓN SEGÚN CRITERIOS DE MORIYAMA	PUNTUACION				
	COHERENCIA	RELEVANCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD	FACTIBLE
1)- BAJO NIVEL: el ítem no presenta o tiene una baja relación con la dimensión. 2)- MODERADO NIVEL: El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo 3)ALTO NIVEL: El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.					
<b>Items de la Dimensión II:</b>					
21)-El personal conoce la Misión, Visión, Valores y objetivos institucionales.					
22)- El Estilo de la Dirección Institucional permite un modelo de colaboración interdisciplinario de trabajo y comunicación.					
23)-El Jefe del Departamento de Enfermería cumple con los requisitos de la Ley N° 18.815, es Especialista, Magister o Doctor en Enfermería					
24)- El / la Jefe de Departamento de enfermería es muy visible y accesible al personal.					
25)- El Jefe de departamento de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital o /Institución.					
26)- El Liderazgo de Enfermería es claro y está definido.					
27)- La toma de decisiones es compartida con la Alta Dirección.-					
28)- El Departamento de Enfermería involucra al personal del área operativa para la toma de decisiones.					
29)-Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería					
30)- Las Enfermeras se involucran en la gestión interna del Hospital/Institución (comités, grupos de trabajo, etc.).					
31)-Existe y se conoce la definición de perfiles y competencias					
32)- Se permite el desarrollo de la práctica clínica para cada enfermero, según la descripción de cargos.-					
33)-Existen manuales y protocolos para la Práctica de Enfermería en cada área asistencial.-					
34)- Los protocolos y manuales se difunden y son accesibles.-					
35)-Los planes de cuidados de Enfermería son registrados de manera sistemática.					
36)- La Institución y el Departamento de Enfermería brindan oportunidades de desarrollo clínico y profesional.					
37)-Existen Programas activos de desarrollo profesional o formación continuada para enfermeras.					
38)- Hay oportunidades de ascender tomando en cuenta formación académica, evaluación de desempeño y antigüedad.					
39)-Hay un programa de orientación y seguimiento para las enfermeras de reciente incorporación					
40)-La/o supervisora/o apoya a las enfermeras.					
41)- La supervisora/o cumple con sus funciones.					
42)- La supervisora/o es líder.					
43)-La supervisora/o respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico.					
44)-La Supervisora fomenta instancias de participación donde se compartan dificultades y logros por parte del equipo, vivenciando este espacio como una					
45)-La Licenciada operativa cumple funciones de líder del equipo.					
46)- El Auxiliar de enfermería participa de la planificación de los cuidados.-					
47)- El Auxiliar de enfermería realiza tareas de coordinación que no son inherentes a su cargo					
¿Considera alguna otra dimensión que podría ser parte del constructo y no fue evaluada?	Respuesta:				
Otras sugerencias -----					
-----					

<b>DIMENSION III: FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA PARA LA CALIDAD DEL CUIDADO. MODELO Y TEORIAS DE ENFERMERIA</b>					
<p>Los modelos conceptuales de enfermería son matrices disciplinares diferentes derivados del metaparadigma de enfermería (Persona, Entorno, Salud y Concepto de Enfermería).</p> <p>Cada modelo define los cuatro conceptos en forma diferente y enfoca desde distintos puntos de vista las relaciones que se dan entre ellos. La utilización de un método conceptual permite describir, explicar y predecir las acciones necesarias para la prestación de los cuidados de enfermería. Balderas Pedrero M, Administración de los Servicios de Enfermería. 7º Edición. México: Mc Graw Hill; 2015.(pagina 313-332)</p> <p>La calidad de los cuidados está alineada a lo que establece la Organización Mundial de la Salud como Calidad Asistencial: "asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso." Tiene como componentes principales la eficacia, eficiencia, nivel científico-técnico, adecuación y como componentes adicionales: accesibilidad, competencia, relaciones interpersonales, seguridad, comodidad, satisfacción de usuarios y trabajadores. Mompert García MP, Durán Escribano M. Administración y gestión. 2º ed. Madrid: DAE; 2009. (pagina 412-430)</p>					
<b>MEDICIÓN SEGÚN CRITERIOS DE MORIYAMA</b>	<p>1)- <b>BAJO NIVEL:</b> el ítem no presenta o tiene una baja relación con la dimensión.</p> <p>2)- <b>MODERADO NIVEL:</b> El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo</p> <p>3)<b>ALTO NIVEL:</b> El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.</p>				
	<b>PUNTUACION</b>				
<b>Items de la Dimensión III:</b>	<b>COHERENCIA</b>	<b>RELEVANCIA</b>	<b>SUFICIENCIA</b>	<b>CLARIDAD</b>	<b>FACTIBLE</b>
48)-Existe un modelo de atención definido de enfermería que domina el entorno del cuidado de los pacientes.					
49)- El Modelo es conocido por todo el personal de enfermería.-					
50)-Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de uno médico					
51)-La Autoridades Institucionales esperan cuidados de enfermería de calidad.					
52)-Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes.					
53)-Se realizan planes de cuidado, actualizados y por escrito, de cada paciente.					
54)-Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomenta la continuidad del cuidado (por ejemplo; la misma enfermera se encarga del mismo paciente todos los días)					
55)-Hay continuidad de los planes de cuidados entre los diferentes turnos.-					
56)- Enfermería utiliza Escalas de Clasificación de Riesgo de UPP, de caídas, de Nivel de dependencia en la gestión del cuidado.					
57)-La Licenciada de Enfermería participa con enfoque preventivo en el cuidado y educación en salud al usuario y su familia en todo su ciclo vital.					
58)-La Licenciada de Enfermería al gestionar el Servicio a su cargo, elabora y prioriza planes de cuidados de cada paciente.					
59)- La Licenciada de Enfermería, brinda atención directa a aquellos pacientes que lo requieran.					
60)-El auxiliar de enfermería Ejecuta bajo supervisión las actividades del proceso de atención de enfermería que le fueren delegadas.					
61)- El auxiliar de enfermería ejecuta cuidados de enfermería no inherentes a su cargo.- (por ejemplo: procedimientos invasivos).-					
62)- Enfermería planifica la administración de los cuidados, (no a demanda).					
63)- Enfermería trabaja a demanda.					
64)- La gestión del cuidado se realiza según el nivel de dependencia.-					
<b>¿Considera alguna otra dimensión que podría ser parte del constructo y no fue evaluada?</b>	<b>Respuesta:</b>				
<b>Otras sugerencias</b> -----					
-----					
-----					

**DIMENSION IV: DOTACION Y DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS.**

**La dotación de personal** es una función compleja, que comprende pasos secuenciales e interdependientes, para garantizar y proporcionar el número adecuado de personas de cada categoría para realizar las tareas de enfermería necesarias, a fin de brindar asistencia y bienestar a pacientes de una unidad. Se necesita una planificación minuciosa para determinar las necesidades del cuidado de enfermería de cada paciente, también es esencial reunir el número adecuado de personas convenientemente preparadas para que asuman las necesidades asistenciales de los pacientes. Las decisiones sobre dotación de personal de los gestores, están influidas por sus convicciones sobre la utilización correcta del personal de enfermería. Es clave un acuerdo sobre filosofía de recursos humanos como un primer paso en el diseño del programa de personal del Dpto. De Enfermería. Gillies, DA. Gestión de Enfermería. Una aproximación a los sistemas. Barcelona : Masson-Salvat, 1994.

**El Desarrollo de las personas** implica que los individuos deben ser respetados, involucrados, educados y reconocidos para que brinden su mejor aporte y desarrollen las soluciones más inteligentes para la empresa que desea mejorar continuamente sus procesos. En el lugar de trabajo debe haber una calidad de vida que impulse al trabajador al logro de objetivos desafiantes pero realistas. La inteligencia de los individuos debe lograr una sinergia que lleve a los procesos a sus mejores niveles de competitividad, se puede lograr una inteligencia colectiva mayor que la de las inteligencias individuales. Uruguay. Instituto Nacional de Calidad. Modelo de Mejora Continua. [Internet] 2011. Disponible: [http://www.inacal.org.uy/files/userfiles/MMC\\_2011\\_versi\\_\\_n\\_final.pdf](http://www.inacal.org.uy/files/userfiles/MMC_2011_versi__n_final.pdf)

<b>MEDICIÓN SEGÚN CRITERIOS DE MORIYAMA</b>	1)- <b>BAJO NIVEL:</b> el ítem no presenta o tiene una baja relación con la dimensión. 2)- <b>MODERADO NIVEL:</b> El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo 3) <b>ALTO NIVEL:</b> El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.				
	<b>PUNTUACION</b>				

<b>Items de la Dimensión IV:</b>	<b>COHERENCIA</b>	<b>RELEVANCIA</b>	<b>SUFICIENCIA</b>	<b>CLARIDAD</b>	<b>FACTIBLE</b>
65)-Existen Sistemas de Apoyo adecuados que permiten a enfermería dedicar tiempo con mis pacientes. (Servicios de Apoyo: personal de limpieza, tisanería, camilleros, ecónoma, mensajería, transportar muestras de laboratorio/ medicación desde la unidad de Farmacia.					
66)-Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras.					
67)- Hay suficientes enfermeras en la guardia para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes.					
68)-Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo.					
69)-La dotación de personal de su Servicio cumple con la sugerencia del Ministerio de Salud.					
70)-La demanda de trabajo genera cargas y tensiones equitativas y soportables.-					
71)-Sus tareas se limitan a la descripción de cargos.-					
72)- Se realiza inducción a todo el personal que ingresa, por primera vez o por rotación interna, de forma sistemática.-					
73)- El personal participa en la definición de los criterios y parámetros para la evaluación de desempeño individual y grupal.					
74)- Se realizan evaluaciones de desempeño individual y grupal, sistemáticas, en función de los parámetros definidos para cada puesto.					
75)- Existe retroalimentación sistemática respecto a la evaluación de desempeño					
76)- Se aplican medidas en forma planificada para conocer la percepción del funcionario de su clima laboral.					
77)-Se identifican y promueven acciones para la equidad de género.-					

<b>¿Considera alguna otra dimensión que podría ser parte del constructo y no fue evaluada?</b>	<b>Respuesta:</b>
<b>Otras sugerencias</b> ----- ----- -----	

## DIMENSION V: RELACIONES INTERDISCIPLINARES.

**Equipo de salud** definición de la Organización Mundial de la Salud: " asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familia la atención más integral de salud posible". Organización Mundial de la Salud; 1973.

Cada trabajador es un sujeto individual, con formas de pensar, actuar, relacionarse, organizarse y desarrollar el proceso de trabajo, el potencial de creatividad e inteligencia de las personas y de su capacidad para colaborar activamente en la mejora de todas las áreas de la organización, el esfuerzo para lograr y mantener un ambiente que facilite el desempeño excelente, la participación y el crecimiento, "tanto de la gente como de la organización" Uruguay. Instituto Nacional de Calidad. Modelo de Mejora Continua. [Internet] 2011. Disponible: [http://www.inacal.org.uy/files/userfiles/MMC\\_2011\\_versi\\_n\\_final.pdf](http://www.inacal.org.uy/files/userfiles/MMC_2011_versi_n_final.pdf)

MEDICIÓN SEGÚN CRITERIOS DE MORIYAMA	1)- BAJO NIVEL: el ítem no presenta o tiene una baja relación con la dimensión. 2)- MODERADO NIVEL: El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo 3)ALTO NIVEL: El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.				
	PUNTUACION				
Items de la Dimensión V	COHERENCIA	RELEVANCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD	FACTIBLE
78)-Los médicos y enfermeras tienen una buena relación laboral.					
79)-Los médicos valoran las observaciones y juicios de las enfermeras.					
80)-Los médicos reconocen las contribuciones de las enfermeras al cuidado de los pacientes.					
81)-Hay trabajo en equipo entre el colectivo de enfermería y médicos.					
82)-Se incluye a otros integrantes del equipo de Salud en la asistencia al usuario y toma de decisiones.-					
83)-Los médicos respetan a las enfermeras como profesionales.					
84)-Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos.					
85)-Los médicos se colocan como centros de decisión y consideran para sí la supervisión del trabajo de otros profesionales					
86)- La comunicación interna entre los integrantes del equipo de salud es adecuada.					
87)-La comunicación entre los integrantes del equipo de salud, usuario y familia es adecuada.					
88)-En su lugar de trabajo no existen conductas inapropiadas en forma escrita, verbal, gestual y/o de comportamiento. (trasgresión de límites con pacientes, familiares, personal u otros, expresiones de ira, bullying, no cumplir normas, ruptura de la confidencialidad).					
89)-En caso de existir conductas inapropiadas hay protocolos de actuación establecidos.-					
90)-Ha detectado situaciones de discriminación, violencia física y/o psicológica.-100)-Cuando una situación sale fuera de la rutina de trabajo, es decir cuando sale "algo mal", existe un juego de culparse unos con los otros					
¿Considera alguna otra dimensión que podría ser parte del constructo y no fue evaluada?	<b>Respuesta:</b>				
Otras sugerencias ----- ----- ----- -----					

### DIMENSION VI: SATISFACCIÓN DEL RECURSO HUMANO

Hay dos teorías de la **Satisfacción Laboral**: 1)- Teoría de los Factores de Herzberg: las personas tienen dos grupos de necesidades, las que implican el ambiente físico y psicológico del trabajo (necesidades higiénicas), y las que implican el contenido mismo del trabajo (necesidades de motivación). Cuando se cumplan las necesidades higiénicas y además se cumplen las necesidades de motivación, la persona siente satisfacción. 2)- Teoría Modelos de las Determinantes de la Satisfacción en el trabajo de Lawler: relación entre expectativas y recompensas, desde las distintas facetas y aspectos del trabajo si la recompensa alcanza o excede lo que se considera adecuado, estar satisfecho, el trabajador lo estará en relación inversa se produce insatisfacción. En éste modelo tiene importancia la percepción individual de la situación laboral. Dr. Raul Urquiza. Rev.Médica v18 n°2. La Paz 2012. Disponible en

<b>MEDICIÓN SEGÚN CRITERIOS DE MORIYAMA</b>	1)- <b>BAJO NIVEL</b> : el ítem no presenta o tiene una baja relación con la dimensión. 2)- <b>MODERADO NIVEL</b> : El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo 3) <b>ALTO NIVEL</b> : El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.				
	<b>PUNTUACION</b>				
<b>Ítems de la Dimensión VI:</b>	<b>COHERENCIA</b>	<b>RELEVANCIA</b>	<b>SUFICIENCIA</b>	<b>CLARIDAD</b>	<b>FACTIBLE</b>
91)-La tarea que desarrolla está de acuerdo con sus competencias.					
92)-La remuneración que recibe es adecuada.					
93)-La remuneración que recibe es según el laudo y la considera adecuada.					
94)- Se hacen elogios y reconocimientos al trabajo bien hecho.					
95)- Tiene deseo de ir a trabajar.					
96)-En el desempeño de su puesto de trabajo se siente satisfecho.					
97)-Existen incentivos o premios por objetivos y/o metas alcanzadas.					
98)-El tiempo libre en sus horas laborales es suficiente.-					
99)-La organización le ofrece buenas condiciones para el descanso en el tiempo libre.					
100)-La institución brinda a los funcionarios estabilidad laboral.-					
101)- Tiene sentimiento de pertenencia a la Institución.-					
102)- La Institución mide sistemáticamente la Satisfacción del funcionario.-					
¿Considera alguna otra dimensión que podría ser parte del constructo y no fue evaluada?	<b>Respu es ta:</b>  ----- ----- -----				
Otras sugerencias ----- ----- -----					

## 6.5 Anexo V. Instrumento para la 2º ronda de expertos.

<b>DIMENSION I: HIGIENE Y SEGURIDAD LABORAL</b>					
<p>"La Higiene en el Trabajo, es un conjunto de normas y procedimientos tendientes a la protección de la integridad física y mental del trabajador, preservándolo de riesgos de salud inherentes a las tareas y/o funciones de su cargo y al ambiente físico donde se ejecutan. -La Seguridad del trabajo es el conjunto de medidas técnicas, educacionales, médicas y psicológicas empleadas para prevenir accidentes, tendientes a eliminar las condiciones inseguras del ambiente y a instruir o convencer a las personas acerca de la necesidad de implantación de prácticas preventivas." Villar H. Gestión de servicios de salud. Montevideo: Zona Editorial, 2012.</p>					
<b>Criterios de Moriyama</b>		<p>1)- <b>BAJO NIVEL:</b> el ítem no presenta o tiene una baja relación con la dimensión.                  2)- <b>MODERADO NIVEL:</b> El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo                  3)<b>ALTO NIVEL:</b> El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.</p>			
<b>Ítems de la Dimensión I:</b>	<b>COHERENCIA</b>	<b>RELEVANCIA</b>	<b>SUFICIENCIA</b>	<b>CLARIDAD</b>	<b>FACTIBLE</b>
1)-La institución cuenta con protocolos que protegen la integridad física y mental del trabajador.					
2)- La Institución cuenta con un plan de prevención de riesgos laborales y de situación desastre.-					
3)-Conoce los Riesgos Laborales con los que trabaja.					
4)-La Institución cuenta con un Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios					
5)-Existe una Ruta Sanitaria bien definida y conocida por el personal.					
6)-Existe un Mapa de Riesgos que incluye tóxicos, radiactividad, otros					
7)- La planta física donde desarrolla su tareas y/o funciones cuenta con iluminación, temperatura, espacio, higiene, mobiliario suficiente y en condiciones óptimas.					
8)-Su espacio laboral está libre de contaminación sonora.					
9)- El desempeño de sus tareas le implica una carga física excesiva.-					
10)-La institución le ofrece herramientas para la manipulación de cargas,movilización de pacientes.-					
11)- La Institución le ofrece elementos de protección personal para agentes químicos y biológicos.-					
12)- Recibe educación sobre higiene postural y mecánica corporal.-					
13)-Se trabaja en prevención de alteraciones de la función visual para poder trabajar con los sistemas informáticos.					
14)- El trabajador recibe instrucción teórica y práctica sobre el uso y mantenimientos de las máquinas, herramientas, nuevas tecnologías y equipos de protección individual y colectiva.-					
15)- Según la tarea que desempeña se establecen controles periódicos del estado de salud del trabajador. 16)-Se cuenta con un sistema de control para la vigencia del carnet de salud del personal de enfermería (incluidas vacunas obligatorias) y su plan de mejora					
17)-El servicio cuenta con un protocolo de actuación frente a accidentes con exposición a sangre y fluidos .					
18)-El servicio cuenta con un protocolo de actuación frente a accidentes con exposición a sangre y fluidos .					
19)- La institución respeta los horarios asignados.					
20)-La institución no propone cambios de turnos inesperados, que provoquen alteración en su ritmo biológico.-					
21)- La planificación de las guardias es organizada no afectan su equilibrio biológico y social.-					
22)- El turno de trabajo asignado no dificulta la interacción familiar y social.-					
23)- La elección de turnos es discutida con los interesados.					
24)- La elección de turnos no es impuesta por la institución.-					
25)- El plan de rotación de turnos, protege sus horas de descanso y su alimentación.-					
26)- Las demandas no superan los recursos del trabajador (no hay fatiga).-					
27)-La Institución dispone de un área para la Gestión de los Conflictos laborales.-					

## DIMENSION II: ESTILO DE GESTION

**Administración:** Es una actividad sistemática desarrollada por un grupo humano que utiliza un conjunto de recursos para alcanzar determinada finalidad de manera eficaz y eficiente con beneficio social para quienes la producen, condicionada por el sistema socio-económico y basada en determinada concepción ideológica.- Villar H. Gestión de servicios de salud. Montevideo: Zona Editorial, 2012.

**Liderazgo de la Alta Dirección.** La actualización de la gestión de la empresa requiere de líderes capaces de generar estrategias y de motivar a sus colaboradores en el cumplimiento de las mismas. Sin estos líderes, la Gestión Total de Calidad se estanca o se imposibilita. Los líderes deben brindar ejemplo y cultivar los valores de la organización. Uruguay. Instituto Nacional de Calidad. Modelo de Mejora Continua. [Internet] 2011. Disponible: [http://www.inacal.org.uy/files/userfiles/MMC\\_2011\\_versi\\_n\\_final.pdf](http://www.inacal.org.uy/files/userfiles/MMC_2011_versi_n_final.pdf)

### CRITERIOS MORIYAMA

- 1)- **BAJO NIVEL:** el ítem no presenta o tiene una baja relación con la dimensión.
- 2)- **MODERADO NIVEL:** El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo
- 3)- **ALTO NIVEL:** El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.

Ítems de la Dimensión II:	COHERENCIA	RELEVANCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD	FACTIBLE
28)-El personal conoce la Misión, Visión, Valores y objetivos institucionales.					
29)- El Estilo de la Dirección Institucional permite un modelo de colaboración interdisciplinario de trabajo y comunicación.					
30)-El Jefe del Departamento de Enfermería cumple con los requisitos de la Ley N° 18.815, es Especialista, Magister o Doctor en Enfermería					
31)- El / la Jefe de Departamento de enfermería es muy visible y accesible al personal.					
32)- El Jefe de departamento de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital o /Institución.					
33)- El Liderazgo de Enfermería es claro y está definido.					
34)- La toma de decisiones es compartida con la Alta Dirección.-MACRO-MESO Y MICRO					
35)- El Departamento de Enfermería involucra al personal del área operativa para la toma de decisiones.					
36)-Estan establecidas reuniones periodicas del equipo de enfermería.					
37)-Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería					
38)- Las Enfermeras se involucran en la gestión interna del Hospital/Institución (comités, grupos de trabajo, etc.).					
39)-Existe y se conoce la definición de perfiles y competencias					
40)- Se permite el desarrollo de la práctica clínica para cada enfermero, según la descripción de cargos.-					
41)-Existen manuales y protocolos para la Práctica de Enfermería en cada área asistencial.-					
42)- Los protocolos y manuales se difunden y son accesibles.-					
43)-Existen canales de comunicación para recepcionar quejas y sugerencias .					
44)-Los planes de cuidados de Enfermería son registrados de manera sistemática.					
45)- La Institución y el Departamento de Enfermería brindan oportunidades de desarrollo clínico y profesional.					
46)-Estan sistematizadas las evaluaciones de los usuarios sobre la atención de enfermería					
47)-Existen Programas activos de desarrollo profesional o formación continuada para enfermeras.					
48)- Hay oportunidades de ascender tomando en cuenta formación académica, evaluación de desempeño y antigüedad.					
49)-Hay un programa de orientación y seguimiento para las enfermeras de reciente incorporación					
50)-La/o supervisora/o apoya a las enfermeras.					
51)- La supervisora/o cumple con sus funciones.					
52)- La supervisora/o es líder.					
53)-La supervisora/o respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico.					
54)-La Supervisora fomenta instancias de participación donde se compartan dificultades y logros por parte del equipo, vivenciando este espacio como una					
55)-La Licenciada operativa cumple funciones de líder del equipo.					
56)- El Auxiliar de enfermería participa de la planificación de los cuidados.-					
57)- El Auxiliar de enfermería realiza tareas de coordinación que no son inherentes a su cargo					
58)-Se cuenta con un sistema de registro de los cuidados incorporada a la Historia Clínica					

**DIMENSION III: FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA PARA LA CALIDAD DEL CUIDADO.  
MODELO Y TEORIAS DE ENFERMERIA**

Los modelos conceptuales de enfermería son matrices disciplinares diferentes derivados del metaparadigma de enfermería (Persona, Entorno, Salud y Concepto de Enfermería).

Cada modelo define los cuatro conceptos en forma diferente y enfoca desde distintos puntos de vista las relaciones que se dan entre ellos. La utilización de un método conceptual permite describir, explicar y predecir las acciones necesarias para la prestación de los cuidados de enfermería. Balderas Pedrero M, Administración de los Servicios de Enfermería. 7ª Edición. México: Mc Graw Hill; 2015.(pagina 313-332)

La calidad de los cuidados está alineada a lo que establece la Organización Mundial de la Salud como Calidad Asistencial: " asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos mas adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso." Tiene como componentes principales la eficacia, eficiencia, nivel científico -tecnico, adecuación y como componentes adicionales: accesibilidad, competencia, relaciones interpersonales, seguridad, comodidad, satisfacción de usuarios y trabajadores. Mompart García MP, Durán Escribano M. Administración y gestión. 2º ed. Madrid: DAE; 2009. (pagina 412-430)

CRITERIOS MORIYAMA	PUNTUACION				
	1)- BAJO NIVEL: el ítem no presenta o tiene una baja relación con la dimensión. 2)- MODERADO NIVEL: El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo 3)ALTO NIVEL: El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.				
Items de la Dimensión III:	COHERENCIA	RELEVANCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD	FACTIBLE
59)-Existe un modelo de atención definido de enfermería que domina el entorno del cuidado de los pacientes.					
60)- El Modelo es conocido por todo el personal de enfermería.-					
61)-Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de uno médico					
62)-La Autoridades Institucionales esperan cuidados de enfermería de calidad.					
63)-Se trabaja con enfermeras clinicamente competentes.					
64)-Se realizan planes de cuidado, actualizados y por escrito, de cada paciente.					
65)-El servicio dispone de un plan de orientación del usuario al servicio y cuidados de enfermería.					
66)-El servicio cuenta con un plan de alta de enfermería incorporada a la HC y escrita para el usuario.					
67)-Se dispone de un sistema de referencia y contrareferencia para la derivación de los usuarios a un sistema de cuidados enfermeros.					
68)-Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomenta la continuidad del cuidado (por ejemplo; la misma enfermera se encarga del mismo paciente todos los días)					
69)-Hay continuidad de los planes de cuidados entre los diferentes turnos.-					
70)- Enfermería utiliza Escalas de Clasificación de Riesgo de UPP, de caídas, de Nivel de dependencia en la gestión del cuidado.					
71)-La Licenciada de Enfermería participa con enfoque preventivo en el cuidado y educación en salud al usuario y su familia en todo su ciclo vital.					
72)-La Licenciada de Enfermería al gestionar el Servicio a su cargo, elabora y prioriza planes de cuidados de cada paciente.					
73)- La Licenciada de Enfermería, brinda atención directa a aquellos pacientes que lo requieran.					
74)-El auxiliar de enfermería Ejecuta bajo supervisión las actividades del proceso de atención de enfermería que le fueren delegadas.					
75)- El auxiliar de enfermería sólo ejecuta cuidados de enfermería inherentes a su cargo.-					
76)- Enfermería planifica la administración de los cuidados, (no a demanda).					
77)- Enfermería no trabaja a demanda.					
78)- La gestión del cuidado se realiza según el nivel de dependencia.-					

### DIMENSION IV: DOTACION Y DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS.

**La dotación de personal** es una función compleja, que comprende pasos secuenciales e interdependientes, para garantizar y proporcionar el número adecuado de personas de cada categoría para realizar las tareas de enfermería necesarias, a fin de brindar asistencia y bienestar a pacientes de una unidad. Se necesita una planificación minuciosa para determinar las necesidades del cuidado de enfermería de cada paciente, también es esencial reunir el número adecuado de personas convenientemente preparadas para que asuman las necesidades asistenciales de los pacientes. Las decisiones sobre dotación de personal de los gestores, están influidas por sus convicciones sobre la utilización correcta del personal de enfermería. Es clave un acuerdo sobre filosofía de recursos humanos como un primer paso en el diseño del programa de personal del Dpto. De Enfermería. Gillies, DA. Gestión de Enfermería. Una aproximación a los sistemas. Barcelona : Masson-Salvat, 1994.

**El Desarrollo de las personas** implica que los individuos deben ser respetados, involucrados, educados y reconocidos para que brinden su mejor aporte y desarrollen las soluciones más inteligentes para la empresa que desea mejorar continuamente sus procesos. En el lugar de trabajo debe haber una calidad de vida que impulse al trabajador al logro de objetivos desafiantes pero realistas. La inteligencia de los individuos debe lograr una sinergia que lleve a los procesos a sus mejores niveles de competitividad, se puede lograr una inteligencia colectiva mayor que la de las inteligencias individuales. Uruguay. Instituto Nacional de Calidad. Modelo de Mejora Continua. [Internet] 2011. Disponible: [http://www.inaca.org.uy/files/us\\_erfiles/MMC\\_2011\\_versi\\_\\_n\\_fm1.pdf](http://www.inaca.org.uy/files/us_erfiles/MMC_2011_versi__n_fm1.pdf)

<b>CRITERIOS MORIYAMA</b>	<b>1)- BAJO NIVEL:</b> el ítem no presenta o tiene una baja relación con la dimensión. <b>2)- MODERADO NIVEL:</b> El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo <b>3) ALTO NIVEL:</b> El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.
---------------------------	---

Ítems de la Dimensión IV:	PUNTUACION				
	COHERENCIA	RELEVANCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD	FACTIBLE
79)- Existen Sistemas de Apoyo adecuados que permiten a enfermería dedicar tiempo con sus pacientes. (Servicios de Apoyo: personal de limpieza, tisanería, camilleros, ecónoma, mensajería, transportar muestras de laboratorio/ medicación desde la unidad de Farmacia.					
80)- Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras.					
81)- Hay suficientes enfermeras en la guardia para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes.					
82)- Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo.					
83)- La dotación de personal de su Servicio cumple con la sugerencia del Ministerio de Salud.					
84)- El servicio tiene estudiada la dotación del personal de enfermería					
85)- El Servicio cuenta con un plan estratégico para resolver los problemas de dotación del personal de enfermería.					
86)- La demanda de trabajo genera cargas y tensiones equitativas y soportables.-					
87)- Sus tareas se limitan a la descripción de cargos.-					
88)- El Servicio dispone de un plan de inducción para el personal.					
89)- Se realiza inducción a todo el personal que ingresa, por primera vez, o por rotación interna, de forma sistemática.-					
90)- El personal participa en la definición de los criterios y parámetros para la evaluación de desempeño individual y grupal.					
91)- Se realizan evaluaciones de desempeño individual y grupal, sistemáticas, en función de los parámetros definidos para cada puesto.					
92)- Existe retroalimentación sistemática respecto a la evaluación de desempeño					
93)- Se aplican medidas en forma planificada para conocer la percepción del funcionario de su clima laboral.					
94)- Se identifican y promueven acciones para la equidad de género.-					

## DIMENSION V: RELACIONES INTERDISCIPLINARES.

**Equipo de salud** definición de la Organización Mundial de la Salud: " asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familia la atención más integral de salud posible". Organización Mundial de la Salud; 1973. Cada trabajador es un sujeto individual, con formas de pensar, actuar, relacionarse, organizarse y desarrollar el proceso de trabajo, el potencial de creatividad e inteligencia de las personas y de su capacidad para colaborar activamente en la mejora de todas las áreas de la organización, el esfuerzo para lograr y mantener un ambiente que facilite el desempeño excelente, la participación y el crecimiento, "tanto de la gente como de la organización" Uruguay. Instituto Nacional de Calidad. Modelo de Mejora Continua. [Internet] 2011. Disponible: [http://www.inacal.org.uy/files/userfiles/MMC\\_2011\\_versi\\_n\\_final.pdf](http://www.inacal.org.uy/files/userfiles/MMC_2011_versi_n_final.pdf)

<b>CRITERIOS MORIYAMA</b>	<b>1)- BAJO NIVEL: el ítem no presenta o tiene una baja relación con la dimensión.</b> <b>2)- MODERADO NIVEL: El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo</b> <b>3)ALTO NIVEL: El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.</b>				
	PUNTUACION				
Ítems de la Dimensión V	COHERENCIA	RELEVANCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD	FACTIBLE
95)-Los médicos y enfermeras tienen una buena relación laboral.					
96)-Los médicos valoran las observaciones y juicios de las enfermeras.					
97)-Los médicos reconocen las contribuciones de las enfermeras al cuidado de los pacientes.					
98)-Hay trabajo en equipo entre el colectivo de enfermería y médicos.					
99)-Se incluye a otros integrantes del equipo de Salud en la asistencia al usuario y toma de decisiones.-					
100)-Los médicos respetan a las enfermeras como profesionales.					
101)-Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos.					
102)-Los médicos no se colocan como centros de decisión y consideran para sí la supervisión del trabajo de otros profesionales					
103)- La comunicación interna entre los integrantes del equipo de salud es adecuada.					
104)-La comunicación entre los integrantes del equipo de salud, usuario y familia es adecuada.					
105)-En su lugar de trabajo no existen conductas inapropiadas en forma escrita, verbal, gestual y/o de comportamiento. (trasgresión de límites con pacientes, familiares, personal u otros, expresiones de ira, bullying, no cumplir normas, ruptura de la confidencialidad).					
106)-En caso de existir conductas inapropiadas hay protocolos de actuación establecidos.-					
107) No ha detectado situaciones de discriminación, violencia física y/o psicológica.-Cuando una situación sale fuera de la rutina de trabajo, es decir cuando sale "algo mal",no existe un juego de culparse unos con los otros					

## DIMENSION VI: SATISFACCIÓN DEL RECURSO HUMANO

Hay dos teorías de la **Satisfacción Laboral**: 1)- Teoría de los Factores de Herzberg: las personas tienen dos grupos de necesidades, las que implican el ambiente físico y psicológico del trabajo (necesidades higiénicas), y las que implican el contenido mismo del trabajo (necesidades de motivación). Cuando se cumplen las necesidades higiénicas y además se cumplen las necesidades de motivación, la persona siente satisfacción. 2)- Teoría Modelos de las Determinantes de la Satisfacción en el trabajo de Lawler: relación entre expectativas y recompensas, desde las distintas facetas y aspectos del trabajo si la recompensa alcanza o excede lo que se considera adecuado, estar satisfecho, el trabajador lo estará en relación inversa se produce insatisfacción. En éste modelo tiene importancia la percepción individual de la situación laboral. Dr. Raul Urquiza. Rev. Médica v18 n°2. La Paz 2012. Disponible en Internet: [www.scielo.org.bo/scielo.php?script=aci\\_arttext&pid=S1726](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=aci_arttext&pid=S1726)

### CRITERIOS MORIYAMA

1)- **BAJO NIVEL**: el ítem no presenta o tiene una baja relación con la dimensión.  
 2)- **MODERADO NIVEL**: El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo  
 3) **ALTO NIVEL**: El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.

### PUNTUACION

Items de la Dimensión VI:	PUNTUACION				
	COHERENCIA	RELEVANCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD	FACTIBLE
108)-La tarea que desarrolla está de acuerdo con sus competencias.					
109)-La remuneración que recibe es adecuada.					
110)-La remuneración que recibe es según el laudo y la considera adecuada.					
111)- Se hacen elogios y reconocimientos al trabajo bien hecho.					
112)-Tiene deseo de ir a trabajar.					
113)-En el desempeño de su puesto de trabajo se siente satisfecho.					
114)-Existen incentivos o premios por objetivos y/o metas alcanzadas.					
115)-El tiempo libre en sus horas laborales es suficiente.-					
116)-La organización le ofrece buenas condiciones para el descanso en el tiempo libre.					
117)-La institución brinda a los funcionarios estabilidad laboral.-					
118)- Tiene sentimiento de pertenencia a la Institución.-					
119)- La Institución mide sistemáticamente la Satisfacción del funcionario.-					

## Anexo N° VI: Instrumento final aprobado.

<b>DIMENSION I: HIGIENE Y SEGURIDAD LABORAL</b>			
"La Higiene en el Trabajo, es un conjunto de normas y procedimientos tendientes a la protección de la integridad física y mental del trabajador, preservándolo de riesgos de salud inherentes a las tareas y/o funciones de su cargo y al ambiente físico donde se ejecutan. La Seguridad del trabajo es el conjunto de medidas técnicas, educacionales, médicas y psicológicas empleadas para prevenir accidentes, tendientes a eliminar las condiciones inseguras del ambiente y a instruir o convencer a las personas acerca de la necesidad de implantación de prácticas preventivas." Villar H. Gestión de servicios de salud. Montevideo: Zona Editorial; 2012.			
	PUNTUACION		
Items de la Dimensión I:	0= NO SABE/NO CORRESPONDE	1= SI	2= NO
1)-La institución cuenta con protocolos que protegen la integridad física y mental del trabajador.			
2)- La Institución cuenta con un plan de prevención de riesgos laborales y de situación desastre.-			
3)-Conoce los Riesgos Laborales con los que trabaja.			
4)-La Institución cuenta con un Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios			
5)-Existe una Ruta Sanitaria bien definida y conocida por el personal.			
6)-Existe un Mapa de Riesgos que incluye tóxicos, radiactividad, otros			
7)- La planta física donde desarrolla su tareas y/o funciones cuenta con iluminación, temperatura, espacio, higiene, mobiliario suficiente y en condiciones óptimas.			
8)-Su espacio laboral está libre de contaminación sonora.			
9)- El desempeño de sus tareas le implica una carga física excesiva.-			
10)-La institución le ofrece herramientas para la manipulación de cargas,movilizacion de pacientes.-			
11)- La Institución le ofrece elementos de protección personal para agentes químicos y biológicos.-			
12)- Recibe educación sobre higiene postural y mecánica corporal.-			
13)-Se trabaja en prevención de alteraciones de la función visual para poder trabajar con los sistemas informáticos.			
14)- El trabajador recibe instrucción teórica y práctica sobre el uso y mantenimientos de las máquinas, herramientas, nuevas tecnologías y equipos de protección individual y colectiva.-			
15)- Según la tarea que desempeña se establecen controles periódicos del estado de salud del trabajador.			
16)-Se cuenta con un sistema de control para la vigencia del carne de salud del personal de enfermería (incluidas vacunas obligatorias )y su plan de mejora			
17)-El servicio cuenta con un protocolo de actuación frente a accidentes con exposición a sangre y fluidos .			
18)- La institución respeta los horarios asignados.			
19)-La institución no propone cambios de turnos inesperados, que provoquen alteración en su ritmo biológico.-			
20)- La planificación de las guardias es organizada no afectan su equilibrio biológico y social.-			
21)- El turno de trabajo asignado no dificulta la interacción familiar y social.-			
22)- La elección de turnos es discutida con los interesados.			
23)- La elección de turnos no es impuesta por la institución.-			
24)- El plan de rotación de turnos, protege sus horas de descanso y su alimentación.-			
25)- Las demandas no superan los recursos del trabajador (no hay fatiga).-			
26)-La Institución dispone de un área para la Gestión de los Conflictos laborales.-			

## DIMENSION II: ESTILO DE GESTION

**Administración:** Es una actividad sistemática desarrollada por un grupo humano que utiliza un conjunto de recursos para alcanzar determinada finalidad de manera eficaz y eficiente con beneficio social para quienes la producen, condicionada por el sistema socio-económico y basada en determinada concepción ideológica.- Villar H. Gestión de servicios de salud. Montevideo: Zona Editorial; 2012.

**Liderazgo** de la Alta Dirección. La actualización de la gestión de la empresa requiere de líderes capaces de generar estrategias y de motivar a sus colaboradores en el cumplimiento de las mismas. Sin estos líderes, la Gestión Total de Calidad se estanca o se imposibilita. Los líderes deben brindar ejemplo y cultivar los valores de la organización. Uruguay. Instituto Nacional de Calidad. Modelo de Mejora Continua. [Intemet] 2011. Disponible: [http://www.inaca.org.uy/files/userfiles/MMC\\_2011\\_versi\\_n\\_final.pdf](http://www.inaca.org.uy/files/userfiles/MMC_2011_versi_n_final.pdf)

Items de la Dimensión II:	PUNTUACION		
	0= NO SABE/NO	1= SI	2= NO
27)-El personal conoce la Misión, Visión, Valores y objetivos institucionales.			
28)- El Estilo de la Dirección Institucional permite un modelo de colaboración interdisciplinario de trabajo y comunicación.			
29)-El Jefe del Departamento de Enfermería cumple con los requisitos de la Ley N° 18.815, es Especialista, Magister o Doctor en Enfermería			
30)- El / la Jefe de Departamento de enfermería es muy visible y accesible al personal.			
31)- El Jefe de departamento de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital o /Institución.			
32)- El Liderazgo de Enfermería es claro y está definido.			
33)- La toma de decisiones es compartida con la Alta Dirección.-MACRO-MESO Y MICRO			
34)- El Departamento de Enfermería involucra al personal del área operativa para la toma de decisiones.			
35)-Estan establecidas reuniones periodicas del equipo de enfermería.			
36)-Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería			
37)- Las Enfermeras se involucran en la gestión interna del Hospital/Institución (comités, grupos de trabajo, etc.).			
38)-Existe y se conoce la definición de perfiles y competencias			
39)- Se permite el desarrollo de la práctica clínica para cada enfermero, según la descripción de cargos.-			
40)-Existen manuales y protocolos para la Práctica de Enfermería en cada área asistencial.-			
41)- Los protocolos y manuales se difunden y son accesibles.-			
42)-Existen canales de comunicación para recepcionar quejas y sugerencias .			
43)-Los planes de cuidados de Enfermería son registrados de manera sistemática.			
44)- La Institución y el Departamento de Enfermería brindan oportunidades de desarrollo clínico y profesional.			
45)-Estan sistematizadas las evaluaciones de los usuarios sobre la atención de enfermería			
46)-Existen Programas activos de desarrollo profesional o formación continuada para enfermeras.			
47)- Hay oportunidades de ascender tomando en cuenta formación académica, evaluación de desempeño y antigüedad.			
48)-Hay un programa de orientación y seguimiento para las enfermeras de reciente incorporación			
49)-La/o supervisora/o apoya a las enfermeras.			
50)- La supervisora/o cumple con sus funciones.			
51)- La supervisora/o es líder.			
52)-La supervisora/o respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico.			
53)-La Supervisora fomenta instancias de participación donde se compartan dificultades y logros por parte del equipo, vivenciando este espacio como una			
54)-La Licenciada operativa cumple funciones de líder del equipo.			
55)- El Auxiliar de enfermería participa de la planificación de los cuidados.-			
56)- El Auxiliar de enfermería realiza tareas de coordinación que no son inherentes a su cargo			
57)-Se cuenta con un sistema de registro de los cuidados incorporada a la Historia Clínica			

### **DIMENSION III: FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA PARA LA CALIDAD DEL CUIDADO. MODELO Y TEORIAS DE ENFERMERIA**

Entorno, Salud y Concepto de Enfermería).

Cada modelo define los cuatro conceptos en forma diferente y enfoca desde distintos puntos de vista las relaciones que se dan entre ellos. La utilización de un método conceptual permite describir, explicar y predecir las acciones necesarias para la prestación de los cuidados de enfermería. Balderas Pedrero M, Administración de los Servicios de Enfermería. 7º Edición. México: Mc Graw Hill; 2015.(pagina 313-332)

La calidad de los cuidados está almeada a lo que establece la Organización Mundial de la Salud como Calidad Asistencial: " asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos mas adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso." Tiene como componentes principales la eficacia, eficiencia, nivel científico -tecnico, adecuación y como componentes adicionales: accesibilidad, competencia, relaciones interpersonales, seguridad, comodidad, satisfacción de usuarios y trabajadores.Mompart García MP, Durán Escribano M. Administración y gestión. 2º ed. Madrid: DAE; 2009. (pagina 412-430)

	PUNTUACION		
	0=NO SABE/NO CORRESPOND	1= SI	2= NO
<b>Items de la Dimensión III:</b>			
58)-Existe un modelo de atención definido de enfermería que domina el entorno del cuidado de los pacientes.			
59)- El Modelo es conocido por todo el personal de enfermería. -			
60)-Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de uno médico			
61)-La Autoridades Institucionales esperan cuidados de enfermería de calidad.			
62)-Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes.			
63)-Se realizan planes de cuidado, actualizados y por escrito, de cada paciente.			
64)-El servicio dispone de un plan de orientación del usuario al servicio y cuidados de enfermería.			
65)-El servicio cuenta con un plan de alta de enfermería incorporada a la HC y escrita para el usuario.			
66)-Se dispone de un sistema de referencia y contrareferencia para la derivación de los usuarios a un sistema de cuidados enfermeros.			
67)-Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomenta la continuidad del cuidado (por ejemplo; la misma enfermera se encarga del mismo paciente todos los días)			
68)-Hay continuidad de los planes de cuidados entre los diferentes turnos. -			
69)- Enfermería utiliza Escalas de Clasificación de Riesgo de UPP, de caídas, de Nivel de dependencia en la gestión del cuidado.			
70)-La Licenciada de Enfermería participa con enfoque preventivo en el cuidado y educación en salud al usuario y su familia en todo su ciclo vital.			
71)-La Licenciada de Enfermería al gestionar el Servicio a su cargo, elabora y prioriza planes de cuidados de cada paciente.			
72)- La Licenciada de Enfermería, brinda atención directa a aquellos pacientes que lo requieran.			
73)-El auxiliar de enfermería Ejecuta bajo supervisión las actividades del proceso de atención de enfermería que le fueren delegadas.			
74)- El auxiliar de enfermería sólo ejecuta cuidados de enfermería inherentes a su cargo.-			
75)- Enfermería planifica la administración de los cuidados, (no a demanda).			
76)- Enfermería no trabaja a demanda.			
77)- La gestión del cuidado se realiza según el nivel de dependencia.-			

**DIMENSION IV: DOTACION Y DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS.**

**La dotación de personal** es una función compleja, que comprende pasos secuenciales e interdependientes, para garantizar y proporcionar el número adecuado de personas de cada categoría para realizar las tareas de enfermería necesarias, a fin de brindar asistencia y bienestar a pacientes de una unidad. Se necesita una planificación minuciosa para determinar las necesidades del cuidado de enfermería de cada paciente, también es esencial reunir el número adecuado de personas convenientemente preparadas para que asuman las necesidades asistenciales de los pacientes. Las decisiones sobre dotación de personal de los gestores, están influidas por sus convicciones sobre la utilización correcta del personal de enfermería. Es clave un acuerdo sobre filosofía de recursos humanos como un primer paso en el diseño del programa de personal del Dpto. De Enfermería. Gillies, DA. Gestión de Enfermería. Una aproximación a los sistemas. Barcelona : Masson-Salvat, 1994.

**El Desarrollo de las personas** implica que los individuos deben ser respetados, involucrados, educados y reconocidos para que brinden su mejor aporte y desarrollen las soluciones más inteligentes para la empresa que desea mejora continuamente sus procesos. En el lugar de trabajo debe haber una calidad de vida que impulse al trabajador al logro de objetivos desafiantes pero realistas. La inteligencia de los individuos debe lograr una sinergia que lleve a los procesos a sus mejores niveles de competitividad, se puede lograr una inteligencia colectiva mayor que la de las inteligencias individuales. Uruguay. Instituto Nacional de Calidad. Modelo de Mejora Continua. [Internet] 2011. Disponible: [http://www.inaca.org.uy/files/userfiles/MMC\\_2011\\_versi\\_n\\_final.pdf](http://www.inaca.org.uy/files/userfiles/MMC_2011_versi_n_final.pdf)

Items de la Dimensión IV:	PUNTUACION		
	0= NO SABE/NO	1= SI	2= NO
78)-Existen Sistemas de Apoyo adecuados que permiten a enfermería dedicar tiempo con sus pacientes. (Servicios de Apoyo: personal de limpieza, tisanería, camilleros, ecónoma, mensajería, transportar muestras de laboratorio/ medicación desde la unidad de Farmacia.			
79)-Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras.			
80)- Hay suficientes enfermeras en la guardia para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes.			
81)-Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo.			
82)-La dotación de personal de su Servicio cumple con la sugerencia del Ministerio de Salud.			
83)-El servicio tiene estudiada la dotación del personal de enfermería			
84)-El Servicio cuenta con un plan estratégico para resolver los problemas de dotación del personal de enfermería.			
85)-La demanda de trabajo genera cargas y tensiones equitativas y soportables.-			
86)-Sus tareas se limitan a la descripción de cargos.-			
87)-El Servicio dispone de un plan de inducción para el personal.			
88)- Se realiza inducción a todo el personal que ingresa, por primera vez, o por rotación interna, de forma sistemática.-			
89)- El personal participa en la definición de los criterios y parámetros para la evaluación de desempeño individual y grupal.			
90)- Se realizan evaluaciones de desempeño individual y grupal, sistemáticas, en función de los parámetros definidos para cada puesto.			
91)- Existe retroalimentación sistemática respecto a la evaluación de desempeño			
92)- Se aplican medidas en forma planificada para conocer la percepción del funcionario de su clima laboral.			
93)-Se identifican y promueven acciones para la equidad de género.-			

## DIMENSION V: RELACIONES INTERDISCIPLINARES.

**Equipo de salud** definición de la Organización Mundial de la Salud: " asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familia la atención más integral de salud posible". Organización Mundial de la Salud; 1973.

Cada trabajador es un sujeto individual, con formas de pensar, actuar, relacionarse, organizarse y desarrollar el proceso de trabajo, el potencial de creatividad e inteligencia de las personas y de su capacidad para colaborar activamente en la mejora de todas las áreas de la organización, el esfuerzo para lograr y mantener un ambiente que facilite el desempeño excelente, la participación y el crecimiento, "tanto de la gente como de la organización" Uruguay. Instituto Nacional de Calidad. Modelo de Mejora Continua. [Internet] 2011. Disponible: [http://www.inacal.org.uy/files/userfiles/MMC\\_2011\\_versi\\_n\\_final.pdf](http://www.inacal.org.uy/files/userfiles/MMC_2011_versi_n_final.pdf)

Items de la Dimensión V	PUNTUACION		
	SABE/NO CORRESPONDE	1= SI	2= NO
94)-Los médicos y enfermeras tienen una buena relación laboral.			
95)-Los médicos valoran las observaciones y juicios de las enfermeras.			
96)-Los médicos reconocen las contribuciones de las enfermeras al cuidado de los pacientes.			
97)-Hay trabajo en equipo entre el colectivo de enfermería y médicos.			
98)-Se incluye a otros integrantes del equipo de Salud en la asistencia al usuario y toma de decisiones.-			
99)-Los médicos respetan a las enfermeras como profesionales.			
100)-Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos.			
101)-Los médicos no se colocan como centros de decisión y consideran para sí la supervisión del trabajo de otros profesionales			
102)- La comunicación interna entre los integrantes del equipo de salud es adecuada.			
103)-La comunicación entre los integrantes del equipo de salud, usuario y familia es adecuada.			
104)-En su lugar de trabajo no existen conductas inapropiadas en forma escrita, verbal, gestual y/o de comportamiento. (trasgresión de límites con pacientes, familiares, personal u otros, expresiones de ira, bullying, no cumplir normas, ruptura de la confidencialidad).			
105)-En caso de existir conductas inapropiadas hay protocolos de actuación establecidos.-			
106) No ha detectado situaciones de discriminación, violencia física y/o psicológica.-Cuando una situación sale fuera de la rutina de trabajo, es decir cuando sale "algo mal",no existe un juego de culparse unos con los otros			

## DIMENSION VI: SATISFACCIÓN DEL RECURSO HUMANO

Hay dos teorías de la **Satisfacción Laboral**: 1)- Teoría de los Factores de Herzberg: las personas tienen dos grupos de necesidades, las que implican el ambiente físico y psicológico del trabajo (necesidades higiénicas), y las que implican el contenido mismo del trabajo (necesidades de motivación). Cuando se cumplan las necesidades higiénicas y además se cumplen las necesidades de motivación, la persona siente satisfacción. 2)- Teoría Modelos de las Determinantes de la Satisfacción en el trabajo de Lawler: relación entre expectativas y recompensas, desde las distintas facetas y aspectos del trabajo si la recompensa alcanza o excede lo que se considera adecuado, estar satisfecho, el trabajador lo estará en relación inversa se produce insatisfacción. En éste modelo tiene importancia la percepción individual de la situación laboral. Dr. Raul Urquiza. Rev.Médica v18 n°2. La Paz 2012. Disponible en Internet: [www.scielo.org.bo/scielo.php?script=aci\\_arttext&pid=S1726](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=aci_arttext&pid=S1726)

Ítems de la Dimensión VI:	PUNTUACION		
	0= NO SABE/NO CORRESPOND E	1= SI	2= NO
107)-La tarea que desarrolla está de acuerdo con sus competencias.			
108)-La remuneración que recibe es adecuada.			
109)-La remuneración que recibe es según el laudo y la considera adecuada.			
110)- Se hacen elogios y reconocimientos al trabajo bien hecho.			
111)-Tiene deseo de ir a trabajar.			
112)-En el desempeño de su puesto de trabajo se siente satisfecho.			
113)-Existen incentivos o premios por objetivos y/o metas alcanzadas.			
114)-El tiempo libre en sus horas laborales es suficiente.-			
115)-La organización le ofrece buenas condiciones para el descanso en el tiempo libre.			
116)-La institución brinda a los funcionarios estabilidad laboral.-			
117)- Tiene sentimiento de pertenencia a la Institución.-			
118)- La Institución mide sistemáticamente la Satisfacción del funcionario.-			