



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



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

ENTORNO DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA VALIDACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO PARA SU MEDICIÓN EN EL SUBSECTOR PÚBLICO URUGUAY, 2020

Autor:

Lic. Esp. Laura Cabrera

Tutores:

Dr. Milton Sbárbaro

Lic. Eugenia Riaño

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

Montevideo, 2020

Agradecimientos

Agradezco a mi familia y a todas las personas que contribuyeron durante el desarrollo del trabajo de investigación. En especial a mis tutores, Milton y Eugenia, por su guía y dedicación.

Abreviaturas y siglas

ANA	American Nurses Association
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
RIEPS	Red Integrada de Efectores Públicos de Salud
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
NWI-R	NursingWorkIndex-Revised
NIOSH	Instituto Nacional Americano para la Salud y Seguridad Ocupacional
RNAO	Asociación de Enfermeros Registrados de Ontario

Tabla de contenidos

Agradecimientos	1
Abreviaturas y siglas	2
Tabla de contenidos	3
Índice de tablas	5
CAPÍTULO I	6
Resumen	6
Abstract	8
1.1. Introducción	10
1.2. Preguntas de investigación	14
Objetivos de la investigación.....	14
Objetivo general	14
Objetivos específicos	14
CAPÍTULO II	15
Fundamentos teóricos	15
2.1. Antecedentes	15
Entorno de la Práctica de Enfermería	15
Antecedentes de validación de instrumentos de medición de entornos	17
Marco Referencial	34
Características del Sistema Nacional Integrado de Salud	34
Caracterización de la fuerza laboral de Enfermería en el Uruguay	36
2.2. Marco teórico	40
Validación de la confiabilidad de un instrumento.....	45
Resumen de una evaluación psicométrica de escalas en salud	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO III.....	48
Metodología.....	50
3.1. Tipo de investigación	50
3.2. Técnica y procedimientos	50
3.3. Procedimiento para recolección y análisis de los datos	53
3.4. Consideraciones éticas	53
CAPÍTULO IV	54

Análisis, conclusiones y sugerencias	54
Estabilidad temporal: Coeficiente de correlación de V de Cramer	54
4.3. Alfa de Cronbach	55
4.4. Conclusiones	59
Referencias bibliográficas	62
Anexos	66

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Evolución del concepto de Entorno de la Práctica de Enfermería</i>	16
Tabla 2. <i>Antecedentes de instrumentos con diferentes propiedades psicométricas para medir el Entorno de la Práctica de Enfermería</i>	17
Tabla 3. <i>Laudo sector público, año 2019</i>	39
Tabla 4. <i>Presentación de las dimensiones del instrumento</i> ¡Error! Marcador no definido.	
Tabla 5. <i>Fuentes del marco regulatorio del instrumento Medición del Entorno de la Práctica de Enfermería</i> ¡Error! Marcador no definido.	
Tabla 6 <i>Caracterización de la muestra de la prueba piloto</i>	39
Tabla 7 <i>Resultados para las dimensiones: según coeficiente de correlación de V de Cramer</i>	55
Tabla 8 <i>Resultados para la dimensión I según Alfa de Cronbach</i>	56
Tabla 9. <i>Resultados para la dimensión II según Alfa de Cronbach</i>	57
Tabla 10. <i>Resultados globales de dimensiones según Alfa de Cronbach</i>	58

CAPÍTULO I

Resumen

En la Enfermería, tal como en otras áreas de la salud, se hace cada vez más necesario disponer de instrumentos confiables que permitan evaluar atributos que integran constructos y dimensiones más complejas, como lo es el tema en estudio el Entorno de la Práctica de Enfermería. Para garantizar dicha confiabilidad es necesario que estas escalas o instrumentos sean sometidos a un proceso de validación y así determinar la fiabilidad de los resultados.

Actualmente, en el Uruguay se cuenta con un instrumento de medición del Entorno de la Práctica de Enfermería validado en contenido y apariencia, pero que aún no se ha sometido a la validación de la confiabilidad, motivo que genera la línea de la presente investigación. Este trabajo se encuadra en una investigación de desarrollo de nuevas tecnologías en sistemas y servicios de salud y su objetivo principal es determinar la confiabilidad interna y la estabilidad en el tiempo de un instrumento que en su desarrollo aún no se estudiaron estos criterios.

En este sentido, se determina con certeza metodológica la confiabilidad de un instrumento, validado en contenido y apariencia por profesionales calificados nacionales. El mismo se compone de 118 ítems distribuidos en 6 dimensiones destinadas a medir el Entorno de la Práctica de Enfermería: *Higiene y seguridad laboral, Estilos de gestión, Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado, Dotación de personal y recursos, Relaciones interdisciplinarias y Satisfacción del recurso humano.*

Con la finalidad de validar el instrumento de medición en los entornos que coexisten en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), se desarrollaron dos

trabajos de investigación en simultáneo, uno en el subsector público y otro en el privado.

El objetivo del presente trabajo fue realizar la validación de confiabilidad del instrumento *Medición del Entorno de la Práctica de enfermería* en el subsector público, realizando una prueba piloto a un grupo de profesionales y auxiliares de enfermería que se desempeñan en organizaciones de dicho subsector. Los resultados arrojaron un coeficiente Alfa de Cronbach Global de 0,936, por lo tanto, indica una buena consistencia interna según los parámetros de referencia en escalas de salud. Con el coeficiente V de Cramer se validó la estabilidad en el tiempo observándose una fuerte asociación entre las respuestas obtenidas en dos tiempos diferentes.

Se consideró la eliminación de algunos ítems y resultó un instrumento final de 114 ítems para la medición del Entorno de la Práctica de Enfermería. Se concluye que la nueva tecnología desarrollada cumple con los criterios de confiabilidad y puede utilizarse en la medición del Entorno de la Práctica de Enfermería en el Uruguay en el subsector público. La misma constituye una herramienta para el conocimiento del entorno de enfermería y para establecer elementos de mejora en la gestión de los servicios de salud.

Palabras claves: Medición del entorno de enfermería. Confiabilidad interna. Estudios de validación. Validación de un instrumento. Prestadores de salud pública.

Abstract

In Nursing, as in other areas of health, it is increasingly necessary to have reliable instruments that allow evaluating attributes that integrate more complex constructs and dimensions, such as the subject under study, the Nursing Practice Environment. In order to guarantee said reliability, it is necessary that these scales or instruments be subjected to a validation process and thus determine the reliability of the results.

Currently, Uruguay has an instrument for measuring the Nursing Practice Environment validated in content and appearance, but which has not yet undergone reliability validation, a reason that generates the line of this research.

This work is part of a research on the development of new technologies in health systems and services and its main objective is to determine the internal reliability and stability over time of an instrument that in its development these criteria have not yet been studied.

In this sense, the reliability of an instrument is determined with methodological certainty, validated in content and appearance by qualified national professionals. It is made up of 118 items distributed in 6 dimensions designed to measure the Nursing Practice Environment: Hygiene and occupational safety; Management styles; Nursing fundamentals for the quality of care; Staffing and resources; Interdisciplinary relations and satisfaction of human resources.

In order to validate the measurement instrument in the environments that coexist in the National Integrated Health System (SNIS), two research works were carried out simultaneously, one in the public subsector and the other in the private one.

The objective of this work was to carry out the reliability validation of the instrument Measurement of the Nursing Practice Environment in the public subsector, conducting a pilot test on a group of professionals and nursing assistants who work in

organizations of said subsector. The results yielded a Global Cronbach's Alpha coefficient of 0.936, therefore, it indicates a good internal consistency according to the reference parameters in health scales. With Cramer's V coefficient, stability over time was validated, observing a strong association between the responses obtained at two different times.

The elimination of some items was considered and the result was a final instrument of 114 items for the measurement of the Nursing Practice Environment. It is concluded that the new technology developed meets the reliability criteria and can be used to measure the Environment of Nursing Practice in Uruguay in the public subsector. It constitutes a tool for understanding the nursing environment and for establishing elements for improvement in the management of health services.

Key Words: Measurement of the nursing environment. Internal reliability. Validation studies. Validation of an instrument. Public health providers.

1.1. Introducción

“Una alta confiabilidad por sí sola no garantiza *buenos* resultados científicos, pero no puede haber *buenos* resultados científicos sin instrumentos confiables”.

Carlos Ruiz Bolívar

La medición de los Entornos de Práctica de Enfermería cobra relevancia a medida que los mismos adquieren significado para el desarrollo de una práctica de calidad profesional. Esta posee un amplio campo de actuación, con múltiples factores de riesgo a los que están expuestos los trabajadores, lo que causa múltiples patologías y afecciones que, de no ser vigilados y detectados a tiempo, se convertirán en enfermedades profesionales. La calidad de las prácticas de enfermería depende de muchos factores y uno de los más importantes es el entorno.

Un entorno de práctica profesional en enfermería es el que promueve, facilita u obstaculiza al personal de enfermería para prestar cuidados de calidad, además de incrementar la seguridad y bienestar de los pacientes y de sus profesionales. Construir entornos positivos fomenta la excelencia de la organización, optimiza los resultados y mejora la percepción y satisfacción del usuario¹.

Elementos del entorno como la calidad del liderazgo en enfermería, la participación de la enfermera en la toma de decisiones, la continuidad del cuidado, la competencia continuada, las relaciones adecuadas entre enfermeras y médicos, la formación y el nivel formativo, y la percepción de una plantilla adecuada, entre otros elementos, se han mostrado claves para mejorar los entornos de práctica profesional en enfermería y los cuidados prestados¹.

En las últimas décadas, debido a los cambios en los sistemas de salud y al impacto que estos han producido en las organizaciones hospitalarias, este tema ha tomado gran auge. En consecuencia, se posiciona como una de las necesidades de investigación más

sentidas dentro de la enfermería y que influye decisivamente en la calidad de los servicios de salud.

Además de estar transitando por una reforma en la salud, hecho que influye en forma directa en los entornos laborales, los gestores en salud diariamente se enfrentan a las dificultades existentes para lograr la cobertura de personal de enfermería de los diferentes servicios. Entre estas dificultades se encuentra al alto grado de ausentismo no programado y la fluctuación de personal de enfermería entre los diferentes prestadores de salud, tanto públicos como privados que integran el SNIS.

En este contexto, uno de los sistemas de mayor cobertura de asistencia del subsector público la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), con el afán de contribuir en el logro de un sistema sanitario fuerte, eficaz, bien gestionado, con adecuada distribución de los trabajadores y altos niveles de capacitación y motivación se ha dedicado a diagnosticar y actuar sobre diferentes aspectos organizacionales tales como: guías de tratamiento, informatización, receta electrónica, listas de verificación, etcétera. Sin embargo, algunos aspectos sustanciales como el relacionamiento laboral, los entornos de trabajo y la gestión de los conflictos no han sido objeto de estudio aún.

Otro aspecto que ha transversalizado la gestión es la recuperación salarial iniciada desde niveles de partida extremadamente bajos, además de la evidencia de diferencias salariales y el reconocimiento de las especificidades de las profesiones que componen los equipos asistenciales. Si bien se trabajó desde el Consejo de Salarios, no se han unificado criterios salariales para los trabajadores del ámbito público del privado.

Referente al marco regulatorio de la profesión de enfermería, aunque existe la Ley No.18.815 que establece las funciones del licenciado de Enfermería y el auxiliar de

Enfermería, el no contar con el recurso profesional en el número adecuado, obliga al sistema a desfigurar los roles. Por lo tanto, posiciona a los auxiliares de Enfermería sin formación universitaria en cargos de responsabilidad mayor a sus competencias.

Modificar los elementos más significativos del entorno organizacional requeriría posiblemente escasos recursos económicos, por lo que resultaría muy eficiente en comparación con los beneficios resultantes. Además, aumentar la evidencia en el ámbito de la atención de la salud aportaría herramientas contundentes para reclamar dichos recursos esenciales que faciliten tales resultados, que podrían ayudar a tener profesionales más satisfechos e implicados en las organizaciones de salud.

Por lo mencionado con anterioridad, los Entornos de la Práctica de Enfermería deben ser objeto de continuos análisis y controles ya que son determinantes estructurales en la gestión de los servicios de salud.

A nivel internacional se han pronunciado diferentes organizaciones en relación con el tema, tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), la Federación Europea de Enfermeras (EFN, por sus siglas en inglés) y la Asociación Americana de Enfermería (ANA, por sus siglas en inglés). Estas organizaciones expresan su preocupación por las dificultades que afectan a los Entornos de la Práctica de Enfermería, la importancia de reconocer el problema y de diseñar estrategias que busquen su resolución.

En este sentido, en el Uruguay se cuenta con algunos datos obtenidos a través del Censo Nacional de Enfermería, realizado en el año 2013 por la División de Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (DEMPESA). Este registro describe algunas características de la población de enfermería, pero no menciona los aspectos del contexto de las organizaciones donde 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 privado².

En el año 2019, el vacío de estudios sobre el Entorno de la Práctica de Enfermería en el Uruguay y la ausencia de instrumentos de medición válidos para el contexto generó el diseño de una herramienta en la cual se participó (ver anexo), denominada *Creación y validación de un instrumento para medir el Entorno de la Práctica de Enfermería*³, que contó con la validación de contenido y apariencia por un equipo de expertos nacionales. A la luz de este trabajo, se entiende necesario continuar en esa línea de investigación, fortaleciendo el instrumento a través del estudio de su confiabilidad interna y la estabilidad en el tiempo.

Con la finalidad de validar la confiabilidad inicial del instrumento para ser aplicado en el subsector público, se realizó una prueba piloto a un grupo de licenciados y auxiliares de Enfermería de este subsector.

El criterio para la selección de la muestra responde a que el instrumento fue diseñado en su origen para ser aplicado a todo el equipo de Enfermería que se desempeña en los Entornos de su Práctica.

En relación con los servicios de salud que componen el subsector público estos tienen el deber de servir al ciudadano, además de que no están orientados al beneficio económico a diferencia del sector privado que se compone de empresas y organizaciones cuya propiedad no es estatal y se rigen por objetivos de beneficio económico. Estas características mencionadas, entre otras que se exponen en el desarrollo de este trabajo de investigación, dan origen a diferentes contextos donde se desarrollan la práctica de enfermería. Es una razón suficiente que justifica la validación de este instrumento para el conocimiento del entorno de la práctica en el subsector público en profundidad y se logre identificar sus características en estas organizaciones.

1.2. Preguntas de investigación

- ¿El Instrumento *Medición del Entorno de la Práctica de Enfermería en el Uruguay* es confiable para conocer el entorno de enfermería en el subsector público?

- ¿Cuáles son los aportes teóricos y prácticos que nos brinda la validación de este instrumento?

A continuación, se exponen los objetivos, antecedentes, marco teórico y la metodología que orientaron el desarrollo de todo el trabajo.

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Realizar la validación interna del instrumento *Medición del Entorno de la Práctica de Enfermería* en el subsector público del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Objetivos específicos

1. Determinar la estabilidad en el tiempo del instrumento en el subsector público.
2. Determinar la confiabilidad interna del instrumento en el subsector público.

CAPÍTULO II

Fundamentos teóricos

2.1. Antecedentes

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

Los descriptores utilizados fueron: entorno de enfermería; medición de entornos de práctica de enfermería; validación interna; confiabilidad; validación de un instrumento.

Después de realizar una minuciosa búsqueda de publicaciones y trabajos científicos, a continuación, se presentan varios de los que, ya sea por sus objetivos, su metodología o sus resultados, tienen una relación significativa con la presente investigación.

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. En este sentido, se ha observado una evolución del concepto en los últimos 20 años que ha llevado como consecuencia una transformación y adaptación en las herramientas para su estudio (Tabla 1).

Tabla 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 ⁴ .
1996	Northeastern University, Boston, USA.	Grindel CG1, Peterson K, Kinneman M, Turner TL.	Agregan otro valor: relación interpersonal entre enfermeros y médicos ⁴ .
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 ⁴ .

Elaboración: Lic. Esp. Serrana Oztolaza.

Como se menciona en la tabla anterior, en el año 2007 el CIE con el objetivo de asegurar cuidados de calidad y establecer políticas de salud a nivel mundial define el entorno y divulga los componentes para fomentar entornos positivos para la práctica profesional. En este sentido, los conceptualiza como 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 sanciones⁵.

De la revisión bibliográfica, se destaca en el análisis del contexto organizativo de la práctica de enfermería realizado por María Juvé Udina et al. que los factores organizativos de mayor peso en la práctica de enfermería se refieren a los horarios, a las

inasistencias, 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, entre otros⁴.

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 pacientes⁶.

Antecedentes de validación de instrumentos de medición de entornos

En cuanto a la validación de propiedades psicométricas de instrumentos para medir el Entorno de la Práctica de Enfermería desde la década de 1980 se han desarrollado a nivel internacional instrumentos que han apoyado la actuación profesional. Sin embargo, muchas no describen sus propiedades psicométricas. Hernández Sampieri⁹ sostiene que solo conocemos el grado de error de una medición calculando su confiabilidad y validez.

En cuanto a las escalas validadas para medir el entorno de enfermería se resumen los antecedentes en la siguiente tabla:

Tabla 2

Antecedentes Internacionales de instrumentos con diferentes propiedades psicométricas para medir el Entorno de la Práctica de Enfermería

Año Origen Autores	Instrumentos	Características	Resultados de la Validación
2000 Lake Eileen T. Pennsylvania, Philadelphia. EE.UU.	Practice Environment Scale (PES)	Genera 5 Subescalas del Nursing Work Index, comprende las características organizativas de los Hospitales Magnéticos	Encuentra solidez, integridad conceptual, fuerza psicométrica y generalización en el instrumento. Las propiedades psicométricas del nuevo instrumento incluyeron

		originales. Población: 11.636 enfermeras de Pennsylvania.	una buena consistencia interna con un Alfa de Cronbach Global de 0.96 y para las distintas subescalas osciló entre 0.84 hasta un 0.91 ⁷ .
2002 Lake Eileen T. Pennsylvania, Philadelphia, EE.UU.	Practice Environment Scale Nursing Work Index (PES-NWI)	31 ítems que miden los ambientes de práctica de enfermería. Con varias validaciones y adaptaciones transculturales. Para establecer la definición del Entorno de la Práctica de Enfermería, el autor utilizó un panel de expertos y posteriormente realizó el estudio de validación.	El análisis factorial exploratorio identificó un total de 31 ítems Alfa de Cronbach = 0,82.4 ⁷ .
2009 Gómez JP, Morales Asencio JM, Sesé Abad A, Bennasar Veny M, Artigues Vives G, Perelló Campaner C. Islas Baleares, España.	Evidence Based Practice Questionnaire (EBPQ) y Nursing Work Index (PES – NWI)	Establecer el diagnóstico de los factores que los profesionales de enfermería perciben como facilitadores para una clínica basada en la evidencia. Población de estudio: 3129 profesionales de enfermería. Los análisis se realizaron con un nivel de confianza de 95 %.	La estrategia de análisis comprendió análisis exploratorio, análisis bivariado con pruebas paramétricas y no paramétricas en función de la naturaleza de las distribuciones (correlación, ANOVA, Kruskal-Wallis, Ji cuadrado) y multivariado. Esta validación les permite establecer elementos de mejora, tanto individual como de organización, según el contexto ¹¹ .
2013 Enfermeras Españolas España	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.	Validez de contenido a través de CVI. El factor peor valorado fue dimensión de la plantilla y adecuación de los recursos humanos, mientras el fundamento enfermero de la calidad de los cuidados fue el mejor valorado ¹³ .
2011 Cardona L Colombia	PES-NWI	Estudio psicométrico para determinar validez y confiabilidad de la versión española. Identificar posibles desajustes del instrumento en su versión en español, relacionados con la estructura gramatical	Concluyó que se hacía necesario una nueva conformación de categorías y las dimensiones del instrumento madre deberían ser reorganizadas y/o ajustar alguna de ellas ⁸ .

		de cada uno de los ítems.	
2014 Sanchez C. Colombia	Afinación del instrumento para medir entornos de la práctica de Enfermería: <i>Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)</i>	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 a ese determinado contexto.	Concluye que, aunque con el <i>PES – NWI</i> pretende medir específicamente el constructo <i>Ambiente de Práctica de Enfermería</i> , este no se desarrolla en 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 ¹² .
2019 Ostoloza S Facultad de Enfermería, UDELAR, Uruguay	Creación y validación de un instrumento para medir el Entorno de la Práctica de Enfermería	Diseñar un instrumento válido y confiable para la Medición del Entorno de la Práctica de Enfermería en el Uruguay y validar su contenido con un juicio de expertos como parte inicial del proceso para su estimación. Validación del constructo mediante la consulta a expertos, aplicación del Método Delphi.	. El estudio de la validez contempló contenido, apariencia y comprensión. Instrumento diseñado con 118 ítems finales, mostró validez de contenido y apariencia según los criterios de Moriyama. Puede ser utilizado para la medición del Entorno de la Práctica de Enfermería en el Uruguay clasificando los entornos según su medición en <i>favorables, medianamente favorables y desfavorables</i> ³ .

Elaboración. Lic. Esp. Laura Cabrera

Se identificaron algunos instrumentos con estudios de validez sintetizados en la anterior tabla. El más utilizado es el *Practice Environment Scale Nursing Work Index (PES-NWI)* elaborado por Lake en 2002, a partir de dos instrumentos previos, el NWI creado por Kramer & Hafner en 1989 y el NWI-R de Aiken y cols. La validez del contenido del PES-NWI fue probado en 11 países europeos, con 10 idiomas oficiales y realizando las modificaciones de los dialectos regionales correspondientes.

En el año 2009 en España, con el objetivo de determinar la validez y fiabilidad de la escala de entorno de practica NWI para su uso en Atención Primaria se realizó un estudio que mostro una fiabilidad global con alfa de Cronbach de 0,906. Concluye que la disponibilidad de instrumentos válidos y fiables que permitan evaluar factores del entorno de practica enfermera en las organizaciones, resulta de una utilidad enorme en la gestión de cuidados. Se eliminaron algunos ítems quedando un instrumento de 30 ítems para su uso en el contexto español.

En América del Sur existe un intento de medición del Entorno de la Práctica de Enfermería en Colombia, por Lisbeth Cardona, usando el PES-NWI. Allí 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 conocer⁸. Reflexiona aquí lo que representa medir determinado aspecto con una escala adecuada que otorgue la seguridad de que los datos que arrojara realmente representan el constructo que se investiga.

Cada una de las investigaciones apunta al reconocimiento y elaboración de entornos de practica saludable para Enfermería, que les permitan a todos los profesionales sentirse satisfechas con su tarea en el lugar y cargo que desempeñan, así como manifestar estas condiciones al brindar un cuidado de calidad a todos los pacientes, de forma tal que se generen beneficios tanto para los profesionales, para los pacientes y organizaciones.

Antecedentes Nacionales

A nivel nacional, no se conocían hasta el momento estudios que definieran los componentes del entorno ni estándares o parámetros de referencia para su medición.

Actualmente contamos con un instrumento recientemente diseñado en el marco de la tesis de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud, en la Facultad de Enfermería de la UdelaR a cargo de los licenciados Bentancor J., Cabrera L. y Ostolaza S.

El mismo se denominó “*Medición del Entorno de la Práctica de Enfermería*” y esta validado en su contenido y apariencia por un equipo de expertos nacionales en la materia³.

El sustento teórico de dicho instrumento está basado en 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* y *Normativa: Ley de la profesión Enfermería en el Uruguay*³.

El instrumento cuenta con un total de 6 dimensiones distribuidas en 118 ítems.

Dimensión I: Higiene en el trabajo y seguridad laboral

"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" ¹⁶

En lo que respecta al marco legal de las instituciones de salud del subsector público en esta dimensión, en el año 2007 se establece la obligatoriedad nacional de una

gestión de prevención y protección de los riesgos del trabajo a través del Decreto No.291/007: “establece las disposiciones mínimas obligatorias para la gestión de la prevención y protección contra los riesgos que puedan derivarse de cualquier actividad, sea cual fuera su naturaleza”²⁴. Establece así mismo que deberá crearse una instancia de cooperación entre empleadores y trabajadores.

En base a estas disposiciones, en la mayoría de las instituciones del subsector público se desarrollan sistemas de vigilancia epidemiológica y ambiental que deben evaluar, tanto las condiciones específicas de la tarea como la salud del personal. Se desconoce si existen brechas entre las competencias requeridas y las existentes.

Basados en los factores que componen las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT) se han elaborado protocolos en los organismos del subsector público que intentan proteger la integridad física y mental del trabajador de la salud y que se trabajan desde comisiones o departamentos creados para tal fin con profesionales formados en el área. Las instituciones deben aplicar aquellos protocolos que protegen la integridad física y mental del trabajador, contar con un plan de prevención de riesgos laborales y situación desastre, como así también con un plan de gestión integral de residuos hospitalarios.

La planta física donde se desarrollan las tareas o funciones de enfermería debe contar con iluminación, temperatura, espacio, higiene, mobiliario suficiente y en condiciones óptimas. Los trabajadores deben recibir educación sobre higiene postural y mecánica corporal como instrucción sobre el uso de equipamientos y según la tarea que realiza se deben establecer los controles periódicos del estado de salud del trabajador. En cuanto al horario asignado al personal se debe respetar los horarios asignados y las demandas no superaran los recursos del trabajador. Las instituciones también deben disponer de una aérea para la gestión de conflictos laborales.

Dimensión II: Estilos de Gestión

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.¹

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 organización¹⁷.

En las últimas décadas, los usuarios de los servicios de salud expresan descontento respecto a las prestaciones que reciben y que significan una ingente aplicación de nuevas tecnologías y terapéuticas. En consecuencia, ello ha constituido un incremento del gasto sin mejora sustancial de los resultados.

Desde la OMS, a partir de la Conferencia de Alma Ata, y en nuestro país a partir de la legislación entorno a un SNIS orientado al cambio del modelo asistencial, se orientan a revertir esta situación, aplicando políticas intersectoriales y multidisciplinarias y exigiendo eficiencia y calidad a las prestaciones asistenciales.

A iniciativa del INACAL se constituyó un grupo de trabajo conformado con funcionarios de esa institución y actores con formación teórica y experiencia en la implementación de sistemas de calidad en la salud en nuestro país. Este grupo se propuso realizar un análisis del área de la salud, de los antecedentes de la gestión de calidad en la misma, así como de proponer futuras líneas de acción como el *Modelo de mejora de INACAL* (Compromiso con la gestión pública).

En esta línea, las instituciones que componen el subsector público han intentado definir su misión, visión y valores como así también en la misma línea los departamentos de enfermería.

La misión, valores y objetivos institucionales y el estilo de la dirección deben ser conocidos por todo el equipo de enfermería y así permitir un modelo de colaboración interdisciplinario de trabajo y comunicación.

En el subsector público los departamentos de enfermería deben contar con su organigrama, intentar unificar su trabajo en los procesos asistenciales, definir perfiles de cargo y competencias, así como participar en varios comités de las organizaciones. También es necesario que involucre al personal del área operativa para la toma de decisiones y deben existir manuales de buenas prácticas que guíen la práctica clínica. Se desconoce según fuentes analizadas si existen brechas entre las competencias requeridas y las existentes.

El departamento de enfermería de las instituciones públicas, en su mayoría, están sumergidos en una realidad donde la demanda de cuidados excede a las posibilidades de respuesta. Eso genera escasas horas libres para la gestión, no se dispone de espacios para el análisis de la misión, la visión y los valores institucionales. En algunos casos las horas de gestión transcurren en llamados telefónicos interminables con el fin de encontrar recursos para poder cubrir las guardias con el mínimo del personal requerido. Debido a ello, en ocasiones se observan nurses supervisoras cubriendo áreas operativas.

Han surgido intentos de generar cargos de responsabilidad mayor al operativo dentro del organigrama, pero es de reciente acceso, con una descripción del cargo reciente también.

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

Modelo y Teorías

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.²⁸

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.

Debe existir un modelo de atención de enfermería definido que domine el entorno del cuidado de los usuarios y que ese modelo sea conocido por todo el equipo. El servicio debe disponer de planes de cuidados de enfermería, contar con un plan de alta y un equipo de referencia y contra referencia para la derivación de los usuarios a un sistema de cuidados. Los licenciados de enfermería al gestionar el servicio a su cargo deben elaborar y priorizar planes de cuidados de cada paciente.

La Ley de Enfermería No.18.815 tiene por objeto consagrar el marco jurídico que regulara por su orden el ejercicio de la profesión universitaria de enfermería y la actividad del personal que se desempeña como auxiliar de Enfermería en nuestro país ³⁰.

En su Artículo 1 expresa lo siguiente:

Se declara que la enfermería es una disciplina científica, encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano en su actividad de adaptación desarrollada para mantener su 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 primaria, secundaria, terciaria y otros³⁰.

Se desconoce el nivel de implementación de la Ley en los entornos de enfermería del subsector público.

En algunas organizaciones del subsector público, se observan licenciados de enfermería operativos a cargo de 20 o 30 pacientes y los modelos de enfermería en que se basan no son conocidos por todo el personal. Cada licenciado basa sus cuidados en el paradigma que elige, no se realizan planes de cuidado estandarizados ni planificados y el trabajo es a demanda.

Dimensión IV: Desarrollo y dotación 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 departamento de enfermería.²²

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.²¹

En nuestro país la Comisión Asesora en Enfermería del Ministerio de Salud Pública recomienda que en las estructuras de la política institucional se reconozca la formación y la capacitación continua. También realiza recomendaciones sobre la dotación del personal.

La OPS *define dotación de personal* como un proceso integrado para determinar el número y categorías de personal de enfermería requerido para ofrecer un nivel determinado previamente de calidad de atención a una población específica de usuarios. Las asignaciones de trabajo de enfermería para el cuidado se consideran los criterios de clasificación de la atención, la calificación del personal y el área de desempeño. Todo servicio de enfermería deberá identificar la brecha entre la calidad esperada, o sea, el estándar y la realidad de la prestación del servicio.

El desarrollo de las personas según esta dimensión 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.

Los servicios deben disponer de un plan de inducción individual y grupal, existiendo una retroalimentación. Deben existir sistemas de apoyo adecuados que permitan a la enfermería dedicar tiempo con sus pacientes.

Los servicios del subsector público cuentan con un plan anual de capacitación basado en las necesidades percibidas. Sin embargo, no hay registros de encuestas de satisfacción del personal pues no es una práctica habitual.

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”²¹

Según los componentes de esta dimensión la relación entre médicos y el equipo de enfermería debe ser buena y debe haber trabajo en equipo. También, la comunicación interna entre los integrantes del equipo de salud, usuarios y familia debe ser adecuada.

La dimensión de las relaciones interdisciplinarias donde se idealiza una gestión del cuidado interdisciplinar es un desafío que requiere de una transformación e integración, tanto del entorno como de las lógicas internas de las profesiones. Aun se observa en el cuidado jerarquías médicas actuando con identidad profesional tan fuerte que desdibujan los aportes de otras disciplinas, y no se integran prácticas y conocimientos que pueden aportar otros profesionales.

Dimensión 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.²⁹

En base a estas teorías, la tarea que desarrolla la persona debe estar de acuerdo con sus competencias. La remuneración que se recibe, por lo tanto, es la adecuada. En consecuencia, en el desempeño de su puesto de trabajo se siente satisfecho y tiene deseos de ir a trabajar.

La organización le ofrece buenas condiciones para el descanso en el tiempo libre y la institución mide sistemáticamente la satisfacción del funcionario y el mismo tiene sentimiento de pertenencia a la institución.

Sin embargo, en el subsector público, particularmente en ASSE que atiende a la mayoría de la población del subsector público, no se realiza medición de la satisfacción del personal. En consecuencia, no está sistematizado. Se observan esfuerzos aislados de gestores de enfermería comprometidos con mejorar la calidad de atención de servicios particulares, pero no es una práctica habitual.

La satisfacción del personal no se encuentra dentro de los indicadores de calidad establecidos en la Administración Central. Por lo tanto, no se logra cumplir con lo que establece la Ley Nacional de Enfermería, puesto que los auxiliares de Enfermería tienen responsabilidades mayores a las que establece el reglamento.

Tabla 4

Presentación de las dimensiones del instrumento

Dimensiones	Definición conceptual	Definición operacional
I. Higiene y seguridad laboral	Variable cualitativa que define al conjunto de normas y protocolos destinados a proteger la integridad del trabajador en su entorno laboral.	26 ítems
II. Estilos de gestión	Variable cualitativa que describe la estrategia de cómo los cargos de dirección ejercen el liderazgo y la comunicación.	31 ítems
III. Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado. Modelos y teorías de enfermería.	Variable cualitativa que describe la aplicación del método científico en el proceso de atención de enfermería.	20 ítems
IV. Dotación y desarrollo de los recursos humanos	Variable cualitativa que describe cómo se determinan las necesidades de recursos humanos de enfermería, su planificación, organización y distribución.	16 ítems
V. Relaciones interdisciplinarias	Variable cualitativa que describe cómo los profesionales de la salud interactúan.	13 ítems
VI. Satisfacción del recurso humano	Variable cualitativa que describe cómo el trabajador se autopercibe en el desempeño de sus tareas y cómo es reconocido por el equipo de trabajo y la institución.	12 ítems
	Total	118 ítems

Las fuentes para el marco regulatorio utilizadas se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5

Fuentes del marco regulatorio del instrumento Medición del Entorno de la Práctica de Enfermería

Dimensiones	Fuentes
I. Higiene y seguridad laboral	- CYMAT. Departamento de Salud Ocupacional. Facultad de Medicina - 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 OMS/Entorno CIE. - Sugerido por expertos nacionales (CONAE). - Modelo de mejora de INACAL. - Entorno CIE/ Entorno OMS/ Equipo de Trabajo.
II. Estilos de gestión	- C 149 OIT, 1977 (núm. 149) y recomendación sobre el personal de enfermería, 1997 (núm. 157) que lo complementa. - Modelo de mejora Continua de INACAL. - Ley 18.815. Profesión de Enfermería. Uruguay. - Sugerido por expertos nacionales (CONAE).
III. Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado. Modelos y teorías de enfermería	- Ley 18.815. Profesión de Enfermería. Uruguay. - Modelo de mejora de INACAL. - Fuente textual del PES_NWI. - Modelos de atención/ equipos de trabajo. - Sugerido por expertos nacionales (CONAE).
IV. Dotación y desarrollo de los recursos humanos	- Fuente textual del PES_NWI. - Sugerido por expertos nacionales. - Entorno CIE- Equipo de trabajo. - Modelo de mejora continua de INACAL.
V. Relaciones interdisciplinarias	- Fuente textual del PES_NWI. - Entorno CIE- Equipo de trabajo. - Modelo de Mejora Continua de INACAL.
VI. Satisfacción del recurso humano	- Entorno CIE/OIT/ Equipo de trabajo. - Concepto de Hospitales Magnéticos/ equipo de trabajo. - Modelo de mejora continua de INACAL.

Cabe destacar que de los 118 ítems que conforman el instrumento a validar, 25 ítems se tomaron del PES-NWI textuales y dos reformulados, el resto de los ítems fueron sugeridos por los expertos y otros por el equipo de trabajo en base a la teoría descrita en el marco teórico. El instrumento una vez validado se aplicará con una escala de medición previamente establecida por los autores que permiten clasificar el entorno.

Se realizará la sumatoria de la cantidad de *Sí* obtenidos y se las analiza en relación con la totalidad de las respuestas posibles que son 114 para el instrumento final.

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.

Marco Referencial

Características del Sistema Nacional Integrado de Salud

Los entornos de enfermería del subsector público con sus características organizacionales en las cuales profundiza este estudio se desarrollan dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay (SNIS)¹⁰.

El SNIS se divide en dos subsectores, el público y el privado. El subsector público está integrado por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), Universidad de la República (Hospital Universitario), Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad Policial, Banco de Previsión Social, entes autónomos y servicios descentralizados y los servicios de salud de las 19 intendencias departamentales del país. Por su parte, el subsector privado se basa fundamentalmente en las instituciones de asistencia médica colectiva, organizaciones privadas sin fines de lucro, seguros parciales y casas de salud, que se organizan y funcionan según las disposiciones establecidas en el Plan Integral de Atención a la Salud, definido por el SNIS. Existe otro prestador, con una figura jurídica pública no estatal, es el Fondo Nacional de Recursos (FNR), que cubre las necesidades de la medicina altamente especializada. Esta cobertura es para todos los beneficiarios del SNIS.

La cobertura asistencial de la población está distribuida con una diferencia superior a 13 puntos porcentuales en favor del subsector privado, con un 43.39% de cobertura pública y un 56.61% de cobertura privada. A su vez, el sistema prevé 11 programas integrales y un catálogo de prestaciones básicas y obligatorias a las que tienen derecho de acceso universal todos los habitantes del país (Decreto del Poder Ejecutivo No.465/008 del 3 de octubre de 2008).

En lo que respecta al nuevo sistema de salud, el mismo se caracterizó por desarrollarse en etapas y con reformas en tres aspectos diferentes.

Una reforma financiera fue la que, entre otros aspectos, creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Es el recaudador financiero del sistema y se nutre de impuestos directos a los trabajadores, empleadores y jubilados, más los fondos de rentas generales.

El FONASA nutre al Seguro Nacional de Salud (SNS) que tiene el objetivo de crear un sistema de gasto y financiamiento que asegure mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad al SNIS, definiendo de hecho al sistema como un seguro de salud con una canasta de prestaciones básicas que no llega a cubrir las demandas de salud de toda la población. Este Seguro Nacional de Salud es administrado por la Junta Nacional de Salud, en donde tienen participación, entre otros, el Ministerio de Salud Pública, representantes de los trabajadores y representantes del sector empresarial, tal cual fue planteado por el BID y como prioritario para la OPS.

La segunda reforma que caracteriza al nuevo sistema de salud es en lo que concierne al modelo de gestión, donde se crearon un sin fin de normas regulatorias entre leyes, decretos y ordenanzas, planteándose además la implementación de sistemas de información y observatorios quedando además como órgano rector el MSP con funciones de formulación de políticas y regulación.

La tercera reforma se da en el cambio del modelo de atención, involucrando a los trabajadores, usuarios y comunidad en la defensa del derecho a la salud. El nuevo modelo se basa en la estrategia de la Atención Primaria de Salud, recogiendo en sus principios fundamentales las líneas planteadas por organismos internacionales de crédito y de salud para las reformas sanitarias en la región.

En el Uruguay en el año 2010 se promulga la Ley 18.719 y en su Art. 741 se crea la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS) ¹² donde establece que estará

integrada por la Administración de Servicios de Salud del Estado, el Banco de Previsión Social, el Hospital de Clínicas, la Dirección Nacional de Sanidad Policial, la Dirección Nacional de Sanidad de la Fuerzas Armadas, el Banco de Seguros del Estado y las intendencias municipales que realicen prestaciones de salud a la población. Uno de los valores de esta red pública de salud es contribuir a un sistema sanitario fuerte, eficaz y bien gestionado, una adecuada distribución de los trabajadores de la salud y altos niveles de capacitación y motivación, sobre la base de una planificación de mediano y largo plazo. Estas instituciones sanitarias desde hace más de diez años se han dedicado a diagnosticar y actuar sobre diversos aspectos organizacionales con el fin de mejorar la eficiencia institucional y brindar una asistencia de mejor calidad. En este aspecto se han logrado buenos resultados con estrategias tales como: guías de tratamiento, informatización, receta electrónica, listas de verificación, etcétera. Sin embargo, algunos aspectos sustanciales como el relacionamiento laboral, los entornos de trabajo y la gestión de los conflictos no se han estudiado.

Caracterización de la fuerza laboral de Enfermería en el Uruguay

El Ministerio de Salud Pública (MSP) a través de la División de Recursos Humanos del SNIS en su informe *Enfermería en el Uruguay del año 2011* expresa 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 nivel¹¹.

La OPS en su resolución CSP 27/10 del año 2007 establece “metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015”¹², distribuidas en 5 desafíos y 20 metas, planteando como primer desafío “definir políticas y planes de largo plazo para

adaptar la fuerza laboral a los cambios previstos en los sistemas de salud”¹². Específicamente, en la meta No.4 del primer desafío la OPS plantea que “la razón de enfermeras con relación a los médicos alcanzara al menos 1:1 en todos los países” ¹².

Por lo tanto, nos muestra la proporción que existe entre la producción del personal médico y de enfermería calificada que podría afectar la composición de las competencias de los equipos de salud. En algunos países se espera que por cada médico existan por lo menos cuatro enfermeras, pero la meta mínima en este caso ha sido referida a una enfermera por cada médico. La meta espera llamar la atención sobre los desbalances de producción de estos recursos.

El *Anuario Estadístico 2016* ²², publicado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) señala que, en el año 2015, en el Uruguay hay 6.534 licenciados en Enfermería y 16.536 médicos activos registrados en la Caja de Profesionales Universitarios. Con estos nuevos datos, la relación médico y licenciado en enfermería, es de 2.5 médico por enfermero. De acuerdo con las cifras presentadas, se demuestra que nuestro país aún mantiene una relación enfermero/médico insuficiente de acuerdo con la meta.

En relación con los datos recabados en el Primer Censo Nacional de Enfermería realizado en 2013 y posterior encuesta realizada en el 2014 la enfermería uruguaya muestra ser una población relativamente joven y altamente feminizada. Si se analiza por separado auxiliares y licenciadas estas muestran tener una estructura por sexo y edad muy semejantes, en donde ocho de cada diez de estas es mujer, con un promedio de edad de 40 años. La vocación parece ser el motivo fundamental por el cual, tanto licenciadas y auxiliares han elegido la enfermería para desempeñarse en el campo de la salud, 8 de 10 encuestados manifestó haber realizado las carreras impulsadas por la vocación.

De los datos presentados en el censo se detecta que el problema del multiempleo que afecta a un número importante de enfermeras, más del 30% indicó estar trabajando en más de una institución. En relación con los aspectos formativos, se aprecia que existe una tendencia a la formación en el área de cuidados intensivos, esto es así tanto para las licenciadas como para las auxiliares. Para el caso de estas últimas se constató que un 40% de las auxiliares encuestadas ha culminado el liceo. Por lo tanto, si se proyectan estos datos a modo de ensayo a la población general de la enfermería, se podría decir que existen más de 10 mil auxiliares que hoy cuentan con uno de los requisitos básicos para poder seguir avanzando en su profesionalización como licenciado.

A nivel general, más del 60% de estos RHS permanecen viviendo en el mismo departamento en el que nacieron. La posibilidad de emigración interna, teniendo como variable el trabajo, es contemplada como un evento concretable por más de un 43% de la enfermería en su conjunto. Los motivos fundamentales que influyen en tomar esta decisión pasan por la posibilidad de incrementar sus ingresos y poder seguir desarrollándose como profesional.

Por otra parte, el ausentismo laboral como fenómeno estructural es un síntoma que revela no solamente problemas vinculados a las particularidades del trabajador, sino también relacionados al ámbito organizacional e institucional. Existe una paridad entre el número de médicos y auxiliares de enfermería, así como una relación superior a 3 auxiliares por cada licenciada en enfermería.

La distribución territorial del equipo de enfermería es tan inequitativa como el resto del personal sanitario. En tanto que en Montevideo hay una relación de 23.5 licenciadas y 65 auxiliares cada 10.000 habitantes, en el resto de los departamentos del interior en promedio hay 7.7 licenciadas y 44.8 auxiliares cada 10.000 habitantes².

En relación con la evolución salarial del sector salud, la marcada pérdida de poder adquisitivo observada luego de la crisis de 2002 motivó que durante los primeros cinco años de la reforma de la salud el eje central en materia salarial estuviera en lograr los incrementos que permitieran los niveles salariales antes de la crisis. Alcanzado el objetivo inicial, la recuperación salarial ha continuado en el tiempo, tanto para el subsector público como privado.

El subsector público se caracteriza por una marcada recuperación salarial, con la condicionante adicional que los niveles de partida eran extremadamente bajos. Dada la aplanada estructura salarial existente en ASSE a comienzos de la reforma, los diferentes ajustes salariales parecen haber ido en dirección a corregir este fenómeno, reconociendo así las diferentes especificidades de las profesiones que componen los equipos asistenciales.

En la siguiente tabla se presenta los salarios de enfermería actualizados al año 2019.

Tabla 6

Laudo sector público, año 2019

Cargo	Salarios nominales en pesos uruguayos
Licenciada en Enfermería con 24 horas semanales	\$ 32.101,44
Licenciada en Enfermería con 36 horas semanales	\$ 48.152,16
Auxiliar de Enfermería con 36 horas semanales	\$ 27.164,55
Auxiliar de Enfermería con 30 horas semanales	\$22.784,19

Fuente: Planilla con Matriz funcional de ASSE. Uruguay, 2019. Disponible en: https://www.asse.com.uy/contenido/Remuneraciones-8612#_blankalta.

Autoridades del MSP, así como de instituciones de asistencia y actores políticos, afirman que el dinero no es lo único que mueve a los enfermeros de una institución a

otra. Sin embargo, el tema no está estudiado científicamente en nuestro medio: “La rotación del personal claro que tiene que ver con un tema económico, pero también responde a la carga de trabajo”²², sostuvo el Dr. Tonto, ex 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.

2.2. Marco teórico

La elaboración del marco teórico-conceptual en el que se fundamenta la siguiente investigación se basa en el sustento teórico que se utilizó para el diseño del instrumento y aspectos de la validación de instrumentos.

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. En esta 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, maestro de todos en calidad en salud, 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.

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 jefes y trabajadores tener cada vez mayor control sobre su propia salud, mejorarla y ser más energéticos, positivos y felices¹⁴.

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”¹⁴.

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”¹⁵.

Según Grawitch et al., enfatizan el rol de los programas de salud como programas dirigidos a riesgos físicos específicos para los empleados. La revista *Fortuna*, con su lista de los 100 mejores lugares para trabajar, “enfatisa el rol de la cultura organizacional y utiliza la tasa de crecimiento de la compañía y su desempeño regular como indicadores secundarios de eficiencia”¹.

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.

Ellos lo definen de la siguiente manera:

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 trabajo¹⁵.

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 organizaciones⁵.

En tal sentido, al contemplar la higiene en el trabajo y seguridad laboral como otra componente esta se define de la siguiente manera:

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 ejecutan¹⁶.

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 preventivas¹⁶.

Para el componente de estilos de gestión se toma la definición del *modelo de mejora continua* del Instituto Nacional de Calidad (INACAL) 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 organización¹⁷.

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 enfermería¹⁸.

El contexto organizativo de la práctica enfermera engloba el conjunto de condiciones creadas para la prestación de cuidados en el marco de una institución, centro o servicio de salud. El personal de enfermería brinda atención en salud, pero a su vez es un cliente interno del propio servicio. Produce y a la vez consume atención en salud, por lo tanto, la estabilidad laboral y los beneficios sociales, en un ambiente seguro e higiénico, forman parte del estado de salud del personal de enfermería de manera individual y colectiva. Al considerar el mercado laboral, se debe tener en cuenta

la organización del sistema de salud, la organización de los servicios de salud, el régimen de trabajo, salarios y condiciones laborales.

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.

Con respecto a la satisfacción del recurso humano, “es una respuesta afectiva o emocional hacia varias facetas del trabajo del individuo”¹⁹. 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. 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 valores²⁰.

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 No.5.032 del 21 de julio de 1914, sobre prevención de accidentes de trabajo. En ella 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”²¹.

Posteriormente, la Ley No.15.965 de 28 de junio de 1988 aprueba los Convenios de la OIT en materia de seguridad y salud en los trabajadores. Allí se establece lo siguiente:

No.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 1977²².

No.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 1977²³.

No.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 1977²⁴.

En cuanto a la reglamentación específica de la profesión de enfermería, la Ley No.18.815 es la que reglamenta la profesión de enfermería en Uruguay desde el 14 de setiembre de 2011²².

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

Artículo 8º.- 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 1979²².

Validación de la confiabilidad de un instrumento

La validación de un instrumento de medición 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 y, por tanto, 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.

La calidad de una investigación viene determinada por su validez. Etimológicamente la palabra *validez*, según el diccionario de la Real Academia Española proviene de término *válido* que significa “recibido, creído, apreciado o estimado”²⁵. Para considerar válida una escala de medición en salud, esta 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 debe satisfacer otros requerimientos íntimamente relacionados con las dos grandes propiedades psicométricas, determinantes de todo instrumento: fiabilidad y estabilidad ²⁶.

En este sentido, la confiabilidad y estabilidad son propiedades importantes para ser reportados porque permite al lector conocer el nivel de precisión y evidencia de los instrumentos utilizados.

Según Capote validar consiste en la evaluación del test mediante su aplicación a un número reducido de sujetos. Esta evaluación se hace en función de las propiedades o requerimientos que debe cumplir un test para considerarse un instrumento válido para abordar el evento de salud que pretendemos estudiar.

Los requerimientos o propiedades que debe reunir un test para ser considerado como valido son:

- 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.

Según Frias Navarro:

El coeficiente más conocido y aplicado según la literatura para la medición de las escalas en salud y que mide la consistencia interna de una escala es el denominado Alfa de Cronbach (1951), que se conoce como una medida de la fiabilidad de la consistencia interna de los ítems que forman una escala de medida. Se refiere al grado en que los ítems de la escala se correlacionan entre ellos²⁷.

Según Hernández Sampieri²⁸ los procedimientos más utilizados para determinar la confiabilidad mediante un coeficiente son:

1. Método de estabilidad (confiabilidad por test–retest). En este procedimiento un mismo instrumento de medición es aplicado dos o más veces a un mismo grupo de personas, después de un periodo de tiempo. Si la correlación entre los resultados de las diferentes aplicaciones es altamente positiva, el instrumento se considera confiable.

2. Métodos de formas alternativas o paralelas. Aquí no se administra el mismo instrumento de medición, si no dos o más versiones equivalentes de este. Las versiones son similares en contenido, instrucción y otras características. El instrumento es

confiable si la correlación entre los resultados de ambas administraciones es significativamente positiva.

3. Método de mitades partidas. Requiere solo una aplicación de la medición. Específicamente el conjunto total de ítems es dividido en dos mitades y las puntuaciones o resultados de ambas son comparados.

4. Coeficiente Alfa de Cronbach. Este coeficiente requiere una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre 0 y 1. Su ventaja reside en que no es necesario dividir en dos mitades a los ítems del instrumento de medición, simplemente se aplica la medición y se calcula el coeficiente.

5. Coeficiente KR20. Kuder y Richardson desarrollaron un coeficiente para estimar la confiabilidad de una medición, su interpretación es la misma que el coeficiente alfa. En el método de estabilidad (Confiabilidad test-retest) uno de los coeficientes más usados para ver la asociación entre las variables es el V de Cramer. Fue creado por el estadístico sueco Herald Cramer, funciona como una medida de relación estadística basada en Ji cuadrado. En este sentido, el resultado del coeficiente varía entre 0 y 1 (donde 0 es un valor nulo de asociación).

El coeficiente V de Cramer es independiente del tamaño de la muestra y se utiliza en variables nominales cuando las categorías son de 2 o 3 clases .

Prueba Piloto

Según Hernández Sampieri²⁸ esta prueba consiste en administrar el instrumento a personas con características semejantes a las de la muestra objetivo de la investigación. Se somete a prueba no solo el instrumento de medición, si no también las condiciones de aplicación y los procedimientos involucrados. Se analiza si las instrucciones se comprenden y si los ítems funcionan de manera adecuada, se evalúa el

lenguaje y la redacción. Los resultados se utilizan para calcular la confiabilidad inicial.

La prueba piloto se realiza con una pequeña muestra (inferior a la muestra definitiva).

Parte fundamental de la prueba piloto consiste en charlar con los participantes para recoger sus opiniones con respecto al instrumento y al contexto de aplicación.

Metodología

3.1. Tipo de investigación

La presente es una investigación en la línea de desarrollo en sistemas y servicios de salud, de tipo cuantitativa, cuyo objetivo general es la validación de la confiabilidad del instrumento *Medición del Entorno de la Práctica de Enfermería* generando una nueva tecnología de calidad, validada que va a permitir conocer el Entorno de la Práctica de Enfermería en las organizaciones sanitarias del subsector público. El período de desarrollo quedó comprendido entre los años 2017-2020.

3.2. Técnica y procedimientos

Validez de la Confiabilidad

Para dar cumplimiento al objetivo planteado de determinar la validación interna del instrumento de medición, se procedió a realizar una prueba piloto. Según Hernandez Sampieri²⁸ esta prueba consiste en administrar el instrumento a personas con características semejantes a las de la muestra objetivo de la investigación

Se realiza un primer test del instrumento en forma personal a un grupo de 10 licenciados y auxiliares de Enfermería que se desempeñan en el subsector público en un segundo nivel de atención, el tamaño de la muestra se seleccionó según Capote³³ “La validación consiste en la evaluación del test mediante su aplicación a un número reducido de sujetos”

Se mantuvo el anonimato de las personas y las instituciones. Se les entregó el instructivo de uso, el consentimiento informado y el instrumento. También es de destacar que la participación fue voluntaria.

La prueba piloto se llevó a cabo con 10 trabajadores del segundo nivel de atención del subsector público del SNIS. A continuación, en la Tabla 6 se caracteriza la muestra:

Tabla 6

Caracterización de la muestra de la prueba piloto

No. de participante	Sexo		Título		No. de empleos	Lugar de trabajo		Edad
	F	M	AE	LE		INTERIOR	CAPITAL	
1	x			1	2		1	50
2	x			1	1		1	46
3	x			1	1		1	44
4	x			1	1		1	50
5	x			1	2		1	56
6		x	1		2		1	28
7		x	1		1		1	35
8		x	1		1	1		27
9		x	1		2	1		36
10	x			1	2		1	44

La muestra está compuesta por 5 mujeres y 5 hombres, 5 auxiliares de Enfermería (50%) y 5 licenciados en Enfermería (50%), 5 tienen 1 solo empleo y 5 tienen dos trabajos, trabajan 8 en la capital y 2 en el interior y el rango etario está comprendido entre 27 y 50 años.

La confiabilidad del instrumento se midió utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach. Este coeficiente asume que los ítems miden una misma dimensión y que están altamente relacionados entre sí. Cuánto más cercano se encuentre al valor 1, mayor es la consistencia interna del instrumento²⁸.

Debido a que no existe consenso entre los investigadores de la bibliografía consultada con relación a cuál es el valor aceptable para la confiabilidad de los instrumentos o escalas en salud, nos afiliamos a la definición de Capote³³, quien plantea

que tomando en cuenta la opinión de varios autores se podría admitir la siguiente clasificación de la confiabilidad de las herramientas:

Muy Bueno $> 0,90$

Bueno $0,80 - 0,90$

Aceptable $0,70 - 0,80$

Inaceptable $< 0,70$.

El Alfa de Cronbach es una medida *intra-cuestionario*.

Validez de la estabilidad en el tiempo

Para poder determinar la variabilidad de los ítems *entre cuestionarios* se realizó un segundo test con el instrumento a los 10 días de la primera aplicación. Dado que los ítems son cualitativos nominales, se utilizó para medir la asociación entre las respuestas del test y re-test el coeficiente V de Cramer³⁰.

Este coeficiente permite medir si existe relación entre las respuestas a la misma pregunta por el mismo sujeto y su fuerza o intensidad. Este análisis es complementario a las medidas de confiabilidad y ayuda a darle una mejor interpretación, describiendo qué variables han cambiado entre las dos mediciones y cuáles afectan mayormente a una variación favorable o desfavorable del Alfa de Cronbach²⁹.

El valor del V de Cramer puede oscilar entre 0 y 1 ($0 \leq V \leq 1$).

Para los autores como Isea y Ojeda³⁰, docentes de la Universidad Central de Venezuela, como regla práctica de uso se podría decir que los resultados se interpretan:

Resultados entre 0 y 0,2 indica que no hay asociación.

Resultados de 0,2 indica una asociación débil.

Resultado entre 0,2 y 0,6 indica una asociación moderada.

Resultado entre 0,6 y 1 indica una asociación fuerte.

3.3. Procedimiento para recolección y análisis de los datos

El instrumento con los 118 ítems distribuidos en 6 dimensiones se administró en formato papel a un grupo de profesionales seleccionados y las respuestas se midieron de acuerdo a la siguiente escala elaborada en el instrumento primario:

0: No sabe/no corresponde

1: Sí

2: No

Cada ítem tiene 3 opciones de respuesta. En el instructivo se indicaba al participante que las respuestas tienen solamente 3 opciones de valoración y que en cada ítem solo se puede indicar 1 opción de respuesta.

Los datos obtenidos se registraron en una plantilla de Excel y se trasladaron a un paquete de análisis estadístico PSPP, aplicándose el coeficiente Alfa de Cronbach y coeficiente V de Cramer.

3.4. 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.

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 (ver Anexo).

La invitación para la participación de la prueba piloto del instrumento y el consentimiento se realizó por escrito, con la firma y contrafirma de los involucrados. No

existen riesgos potenciales de los sujetos participantes y la autora declara ausencia de conflicto de interés.

CAPÍTULO IV

Análisis, conclusiones y sugerencias

Estabilidad temporal: Coeficiente de correlación de V de Cramer

Para poder establecer la variabilidad de los ítems *entre cuestionarios* se aplicó el instrumento a la misma población en dos momentos diferentes, con la técnica de test–retest. Se trabajó con el coeficiente V de Cramer para medir la asociación entre las respuestas, dado que son variables cualitativas nominales.

En relación con el análisis realizado con el estadístico V de Cramer en la dimensión I *Higiene y seguridad laboral* se observa que el 85% de los ítems presentan una asociación fuerte y un 15% una asociación moderada.

Al realizar el análisis de los datos crudos obtenidos en test y retest de esta dimensión se detectó que 7 de las 26 respuestas fueron idénticas en ambas instancias, por lo que la tabla de contingencia sobre la cual se calcula el estadístico V de Cramer, basado en el Ji cuadrado, no nos permitió el cálculo por presentar una única categoría. En ese sentido, y dado que las respuestas obtenidas en las dos pruebas son idénticas representadas con un valor de 1, se considera que son mediciones confiables.

En la dimensión II el 97% de los resultados dieron entre 0,6 y 1, lo que indica una asociación fuerte. También se observó que hay 6 respuestas idénticas, por lo tanto, se consideran confiables. En la dimensión III con 20 ítems el 97 % dio una asociación fuerte. Para la dimensión IV, sobre *Dotación de personal y recursos* con 16 ítems, el 100% de las respuestas demostraron un V de Cramer entre 0,6 y 1. En la dimensión V, compuestas por 13 ítems, que abordaban lo referente a *Relaciones interdisciplinarias*, se

observó el 100% de las respuestas con una asociación fuerte. La dimensión VI, constituida por 12 preguntas destinadas a medir la *Satisfacción del recurso humano*, mostró también un 100% de asociación fuerte y se observó que hubo 6 respuestas idénticas.

En este tipo de prueba se produce consciente o inconscientemente un proceso de aprendizaje en los sujetos a los cuales se le aplica el test para disminuir este sesgo. Se tomó en cuenta la recomendación de aplicarlo con 10 días de diferencia.

Tabla 7

Resultados para las dimensiones: según coeficiente de correlación de V de Cramer

Dimensiones		Ítems	No. de ítems según fuerza de asociación			
			Sin asociación	Asociación leve	Asociación moderada	Asociación fuerte
Dimensión I	Higiene y seguridad laboral	26 ítems	0	0	15 %	85%
Dimensión II	Estilos de gestión	31 ítems	0	0	3 %	97 %
Dimensión III	Fundamentos de Enfermería para la calidad del cuidado. Modelos y teorías de enfermería	20 ítems	0	0	3 %	97%
Dimensión IV	Dotación y desarrollo de los recursos humanos	16 ítems	0	0	14%	86%
Dimensión V	Relaciones Interdisciplinarias	13 ítems	0	0	0	100%
Dimensión VI	Satisfacción del recurso humano	12 ítems	0	0	0	100%
Total		118 ítems				

4.3. Alfa de Cronbach

Para evaluar la consistencia interna se realizó el cálculo del coeficiente alfa inicial con todos los ítems de cada dimensión. El objetivo fue quedarnos con el conjunto de ítems que den una consistencia aceptable.

En la dimensión I, *Higiene y seguridad laboral*, que se operacionaliza con 26 ítems, resultó inicialmente con una consistencia Alfa de Cronbach general de 0,643, identificándose que los ítems 19 y 22 en particular, mostraban los valores de menor con 0,686 y 0,703, respectivamente (ver Tabla 7).

Cuando se comprueba que hay ítems que tienen una escasa correlación entre el ítem y la puntuación total se incrementa el valor de la consistencia interna eliminando ese ítem, puesto que se consideró de poca calidad como medio para explorar el constructo que es objeto de medición.

Estos ítems que reflejaban una menor consistencia se sometieron a un análisis profundo de su contenido y contexto, con la intención de eliminarlos.

Tabla 8

Resultados para la dimensión I según Alfa de Cronbach

Dimensión I	
	RESULTADOS
Inicial	0,643
Sin Ítem 19	0,683
Sin Ítems 22	0,706

Los ítems cuestionados por el valor del Alfa de Cronbach fueron:

19. La institución no propone cambios de turnos inesperados que provoquen alteración de su ritmo biológico.

22. El turno de trabajo asignado no dificulta la interacción familiar y social.

Se consideró que la información que puede recoger las respuestas de los ítems 19 y 22 también están comprendidas en los siguientes:

Ítem 18: La institución respeta los horarios asignados.

Ítem 23: La elección de turnos no es impuesta por la institución.

Ítem 25: La planificación de las guardias protege las horas de descanso y la alimentación.

Por lo tanto, se decidió que su eliminación no afectaría el constructo que evalúa la dimensión en su globalidad y mejora la consistencia total del instrumento.

Una baja correlación entre el ítem y la puntuación total puede deberse a diversas causas, ya sea de mala redacción del ítem o que el ítem no sirve para medir lo que se desea medir.

En la dimensión II, Estilo de gestión, se observa que el Alfa de Cronbach de los ítems 32 y 51 era inaceptable (Tabla 8). En esta dimensión, operacionalizada a través de 31 ítems, el resultado inicial del Alfa de Cronbach general es 0,659. Se evidencia que los ítems 32 y 51 presentan los valores de menor consistencia, ambos inaceptables (menor 0,70) según la definición de Capote²⁵.

Tabla 9

Resultados para la dimensión II del Alfa de Cronbach

Dimensión II: Estilos de gestión	
	RESULTADOS
Inicial	0,659
Sin Ítem 51	0,685
Sin Ítems 51 y 32	0,703

Los ítems cuestionados fueron:

32. El liderazgo de enfermería es claro y está definido.

51. La supervisora es líder.

Analizando el resultado del Alfa de Cronbach de estos ítems de la dimensión II que demostraron baja consistencia, se interpreta que el tema *liderazgo* es un tema complejo y que quizás el conocimiento y las percepciones de los participantes sobre los estilos de liderazgo pueden haber influenciado en la comprensión de la pregunta. Eliminando estos ítems el Alfa de Cronbach es aceptable de 0.703.

En la dimensión III, *Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado, modelo y teorías*, operacionalizada por 20 ítems, el resultado inicial presentó un coeficiente de 0.734 reflejando un valor de consistencia interna que se ubica en el rango de buena confiabilidad a la luz de lo dicho por Capote³³.

En la dimensión IV sobre *Dotación de personal y recursos*, el valor de consistencia interna obtenido se mantuvo en el rango de aceptable con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,778.

En la dimensión V, compuestas por 13 ítems, que abordaban lo referente a *Relaciones interdisciplinarias*, fue en la que se observó el mayor coeficiente 0.813, lo que indicó una buena confiabilidad.

La dimensión VI, constituida por 12 ítems, destinada a medir la *Satisfacción del recurso humano*, presenta un coeficiente de 0,777, ubicándose en un rango de aceptable según la definición de Capote³³.

Con la eliminación de los ítems cuestionados por su valor de consistencia interna inaceptable y el análisis de que su ausencia no afectaba el constructo del instrumento, se obtiene un coeficiente Alfa de Cronbach global de 0,936 y valores de consistencia interna de cada dimensión en rangos de aceptable y bueno según se describe en la Tabla 9. Este valor indica que la confiabilidad interna del instrumento *Medición del Entorno de la Práctica de Enfermería en el subsector público* es muy buena.

Tabla 10

Resultados globales de dimensiones según Alfa de Cronbach

Dimensiones	Nombre	Cronbach
Dimensión I	Higiene y seguridad laboral	0,706
Dimensión II	Estilos de gestión	0,703
Dimensión III	Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado. Modelos y teorías de enfermería	0,734
Dimensión IV	Dotación y desarrollo de los recursos humanos	0,778

Dimensión V	Relaciones interdisciplinarias	0,813
Dimensión VI	Satisfacción del recurso humano	0,777
Global		0,936

El instrumento final luego de la determinación de las pruebas de confiabilidad y estabilidad en el tiempo quedó constituido por 6 dimensiones y 114 ítems.

4.4. Conclusiones

En Uruguay no se registraban antecedentes de medición del Entorno de la Práctica de Enfermería. Se han realizado investigaciones que abordan aspectos parciales del entorno laboral de enfermería, pero no se cuenta con estudios de medición publicados que aborden el tema de manera integral se destaca lo valioso que fue para esta investigación el contar con un instrumento en nuestro idioma, que mida el fenómeno de nuestro interés, construido sobre una base científica y que ese constructo tenga una validación en nuestro país.

A la vista de los resultados obtenidos se puede concluir que se logró cumplir con los objetivos propuestos.

Se puede concluir también que los entornos laborales favorables logran resultados positivos, tanto para la calidad del cuidado de enfermería como para la mejora continua de las organizaciones de salud. Cuando sucede lo contrario, se debería actuar de forma proactiva, con el objetivo de transformar la realidad para mejorarla.

Es importante reflexionar que este instrumento luego de esta validación tiene la capacidad de reproducir fielmente el constructo que intenta medir. Como afirma Sampieri, “un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos que el investigador tiene en mente, es decir, captura verdaderamente la realidad que desea capturar”⁶.

Los resultados demostraron que este instrumento luego de someterse a la prueba piloto tiene una buena consistencia interna y la estabilidad del instrumento demostró una asociación fuerte entre la mayoría de los ítems .

Dicho instrumento de medición del entorno de enfermería luego de ser sometido a las pruebas de validación quedó constituido por 114 ítems distribuidas en seis dimensiones, donde cada dimensión tiene un comportamiento en sí misma, además de su comportamiento en la globalidad.

Se concluye que la dificultad identificada, que refería a la falta de instrumentos válidos para evaluar el Entorno de la Práctica de Enfermería en el Uruguay, fue acotada por esta investigación, en la cual se expone el proceso de validación de la confiabilidad y la estabilidad del instrumento diseñado para ello.

La aplicación de este instrumento de medición validado otorgará información referente a procesos, procedimientos y recursos que puedan ser intervenidos para mejorar la cultura institucional de calidad y seguridad en la atención de salud, contribuyendo a la mejora de los resultados, desarrollo de estándares y buenas prácticas por área.

A partir de las conclusiones de esta investigación se pueden realizar las siguientes sugerencias con el fin de fortalecer esta línea de estudio:

- Utilizar esta herramienta en los diferentes niveles de atención para luego comparar los resultados obtenidos.
- Facilitar esta herramienta a la academia con el fin de que estudiantes de grado y posgrado la conozcan, evalúen y, sin duda, fortalezcan.

- Dar conocimiento al MSP a través de la Comisión Nacional de Enfermería con el fin de que luego de su valoración pueda distribuirse y aplicarse en distintos prestadores de salud.

Referencias bibliográficas

1. Gea Caballero V, Castro Sánchez E, Juárez Vela R, Sarabia Cobo C, Díaz Herrera MA, Martínez Riera JR. Entorno de práctica profesional en enfermería. Rev Panam Salud Pública [Internet] 2018; 42(48). Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34883/v42e482018.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [consulta: 20 jun 2017].
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: 20 jun 2017].
3. Ostolaza S. Creación y validación de un instrumento para medir el Entorno de la Práctica de Enfermería, Uruguay 2019. [tesis de maestría]. Montevideo: Facultad de Enfermería, UdelAR; 2020.
4. 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 Enferm [Internet] 2007; 10(7): 67-73. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33784/1/615384.pdf> [consulta: 20 junio 2017].
5. Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Entornos de práctica favorables: lugares de trabajo de calidad al paciente = atención de calidad al paciente. [Internet]. 2007. Disponible en: <https://docplayer.es/15042247-Entornos-de-practica-favorables-lugares-de-trabajo-de-calidad-atencion-de-calidad-al-paciente.html> [consulta: 20 jun 2017].
6. 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: 10 jul 2018].
7. Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Silver J. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. JAMA [Internet] 2002; 288(16): 1987-93. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/195438> [consulta: 10 dic 2019].
8. Cardona L. Validación de la versión española del instrumento Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI o Entorno Laboral de la Práctica de Enfermería). [tesis de maestría]. [Internet]. 2011. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/4827/1/lisbethcarolinacardonaalzaate.2011.pdf> [consulta: 10 jul 2018].
9. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la investigación. 6a. ed. Ciudad de México: McGraw Hill; 2015.
10. Sbárbaro Romero M. Evolución histórica de los modelos y sistemas sanitarios en Uruguay: su impacto en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Rev Urug Enferm [Internet] 2015; 10(1): 56-73. Disponible en: <https://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/8/7> [consulta: 10 jul 2018].
11. 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/laenfermeria-en-el-uruguay-caracteristicas-actuales-y-perspectivas-de>. [consulta: 12 jun 2016].
12. Núñez S. Los desafíos de Toronto. Medición de las metas regionales de recursos humanos para la salud 2007–2015 Uruguay. [Internet]. Disponible en:
https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=406-metas-regionales-de-rrhh-div-rhs-del-snis&Itemid=307 [consulta: 20 ago 2016].
 13. Uruguay. Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Red Integral de Efectores Públicos de Salud. Plan estratégico (RIEPS) 2014–2020. [Internet]. 2014. Disponible en:
<http://www.asse.com.uy/andocasociado.aspx?7343,38901> [consulta: 10 jul 2018].
 14. Organización Mundial de la Salud (OMS). 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 [consulta: 10 ago 2018].
 15. 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 [consulta: 10 set 2018].
 16. Villar H. Gestión de servicios de salud. Montevideo: Zona Editorial; 2012.
 17. Uruguay. Instituto Nacional de Calidad (INC). Modelo de mejora continua. [Internet]. 2011. Disponible en: <https://inacal.org.uy/modelos-de-calidad/> [consulta: 10 set 2018].
 18. Gillies DA. Gestión de enfermería: una aproximación a los sistemas. Barcelona: Masson; 1994.
 19. Kreitner R, Kinicki A. El comportamiento de las organizaciones. [Internet]. 1997. Disponible en:
https://www.academia.edu/35636754/Kreitner_Robert_-_Comportamiento_De_Las_Organizaciones.PDF [consulta: 10 set 2018].
 20. Robbins Stephen P, Judge Timothy A. Comportamiento organizacional. 15ª. ed. Ciudad de México: Pearson; 2013.
 21. Organización Internacional del Trabajo (OIT). 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 [consulta: 10 set 2018].
 22. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Convenio N°.161 Sobre los servicios de salud en el trabajo. [Internet]. 1985. Disponible en:
https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312306:NO [consulta: 10 set 2018].
 23. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Convenio N°.148 Sobre el medio ambiente de trabajo (contaminación del aire, ruido y vibraciones). [Internet]. 1977. Disponible en:
https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312293 [consulta: 10 set 2018].
 24. Reglamentación del Convenio Internacional del Trabajo (OIT). Convenio N°.155 Sobre prevención y protección contra riesgos derivados de cualquier actividad. Decreto N°.291/007 del 20 de agosto

- de 2007. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-reglamento/244-2016/1> [consulta: 25 may 2020].
25. Diccionario de la Real Academia Española. Válido. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://dle.rae.es/valido?m=form> [consulta: 25 may 2020].
 26. 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 [consulta: 10 mar 2020].
 27. Frias Navarro D. Apuntes de consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento de medida. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf> [consulta: 10 mar 2020].
 28. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la investigación. 6a. ed. Ciudad de México: McGraw Hill; 2015.
 29. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? Anales Sis San Navarra [Internet] 2011; 34(1): 63-72. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es [consulta: 20 oct 2020].
 30. Uruguay. Ley N° 18.815 de 14 octubre de 2011. Profesión de enfermería. [Internet]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Ley_18_815_Enfermer%25c3%25ada.mh_.pdf [consulta: 15 jun 2018].
 31. Isea R, Ojeda V, Fernández J, Gutiérrez A, Salazar V. Coeficiente V de Cramer (V). [Internet]. 2018. Disponible en: <https://mariafatimadossantosestadistica1.files.wordpress.com/2018/06/coeficientes-v-de-cramer-y-c-de-pearson.pdf> [consulta: 20 oct 2020].
 32. Uruguay. Decreto 158/2019 del 12 de junio de 2019. La investigación en seres humanos. [Internet]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/158-2019/1> [consulta: 20 oct 2020].
 33. Validación de instrumentos de medición. En: Capote R. Método estadístico. La Habana: Ciencias Médicas; 2000. 110-148.
 34. Mompert García MP, Duran Escribano M. Administración y Gestión. 2ª. ed. Madrid: DAE; 2009.

Bibliografía consultada

- Aiken LH, Mullin M. Hospitales con magnetismo: un modelo de organización para mejorar los resultados de los pacientes. Enferm Clínica [Internet] 1995; 5(6): 259-62.
- Uruguay. 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: 10 dic 2019].
- 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):

- 191-197. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000300004 [consulta: 20 oct 2020].
- Lujan Tangarife JA, Cardona Arias JA. Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. Archivos Medicina [Internet] 2011; Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5178935> [consulta: 10 abr 2020].
 - Organización Mundial de la Salud (OMS). Entornos laborales saludables: fundamentos y modelos de la OMS. [Internet]. 2010. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf [consulta: 10 abr 2020].
 - 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 [consulta: 25 may 2020].
 - Uruguay. Ley N°.18.815 de 14 octubre de 2011. Profesión de enfermería. [Internet]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Ley_18_815_Enfermer%25c3%25ada.mh_.pdf [consulta: 15 jun 2018].
 - Sánchez Castro J. Afinación del instrumento para medir entornos de la práctica de enfermería: Practice Environment Scale of the Nursing Work Index PES-NWI. [tesis maestría]. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/47106/1/05539847%20-%202014.pdf> [consulta: 25 may 2020].
 - Sbárbaro M. Procedimiento para evaluar el desempeño de redes sanitarias públicas. Aplicación en una red de atención primaria de Uruguay. [Internet]. 2017; 12(1): 20-42. Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/download/212/206/> [consulta: 10 jun 2019].
 - Uruguay. Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Ley N°.18.211 del 13 diciembre de 2007. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2286472.htm> [consulta: 25 may 2020].
 - Uruguay. Instituto Nacional de Estadística (INE). 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: 10 jul 2019].

Anexos

Anexo I.

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. Adj. Araceli Otarola

Dr. Alejandro Caraballo

Lic. José Luis 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. Correo electrónico: secretaria@fenf.edu.uy Montevideo-República Oriental del Uruguay

Anexo II.

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

DIMENSION I: HIGIENE Y SEGURIDAD LABORAL			
"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.			
Ítems de la Dimensión I:	PUNTUACION		
	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. [Internet] 2011. Disponible: http://www.inacal.org.uy/files/userfiles/MMC_2011_versi_n_final.pdf			
Ítems 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 atencion 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. 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 -técnico, 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. 2ª ed. Madrid: DAE; 2009. (pagina 412-430)			
	PUNTUACION		
Items de la Dimensión III:	0= NO SABE/NO CORRESPOND	1= SI	2= NO
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.inacal.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

Ítems de la Dimensión V	PUNTUACION		
	SABE/NO CORRESPOND E	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			

Dimensión 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, por lo tanto, el trabajador estará satisfecho. En relación inversa se produce insatisfacción. En este modelo tiene importancia la percepción individual de la situación laboral. Dr. Raúl Urquiza. Rev. Médica, 18(2). La Paz2012. Disponible en: www.scielo.org.bo/scielo.php?script=aci_arttext&pid=S1726			
PUNTUACIÓN			
Ítems de la Dimensión VI	0= No sabe/No corresponde	1= Sí	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.			

Anexo III.

Información al participante de la investigación y consentimiento informado



UNIVERSIDAD de la REPÚBLICA

FACULTAD de ENFERMERÍA

CENTRO de POSGRADO

PLAN MAESTRÍAS

Montevideo, de de 2019

Información al participante de la investigación

Estimado colaborador,

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 Enfermería en Uruguay.

Para eso, hemos diseñado una herramienta que necesitó ser valorada por expertos y ahora, con su participación, podremos determinar la confiabilidad interna y estabilidad en el tiempo del instrumento.

Esta evaluación de la estabilidad del instrumento se realizará mediante un test-retest técnica de repetición; dos aplicaciones sucesivas a un grupo de 20 licenciados y auxiliares de Enfermería elegidos por conveniencia de los subsectores público y privado, manteniendo el anonimato de las instituciones y de las personas con un intervalo de 10 días.

Anexo IV

Instrumento Final Validado: *Creación y validación de un instrumento para medir el Entorno de la Práctica de Enfermería. Uruguay, 2019*

Ítems de la Dimensión I: <i>Higiene y seguridad laboral</i>
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 sus 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.

Ítems de la Dimensión III: <i>Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado</i>
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) Las autoridades institucionales esperan cuidados de enfermería de calidad.
63) Se trabaja con enfermeras clínicamente 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 contra referencia 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/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.
72) La/El licenciada/o de Enfermería al gestionar el servicio a su cargo, elabora y prioriza planes de cuidados de cada paciente.
73) La/El licenciada/o 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 solo 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.

Ítems de la Dimensión IV: <i>Desarrollo y dotación de los recursos humanos</i>
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).
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.

Ítems de la Dimensión V: <i>Relaciones interdisciplinarias</i>
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 (transgresión 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.

Ítems de la Dimensión VI: <i>Satisfacción del recurso humano</i> (12 ítems).
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.