



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
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 PRIVADO
URUGUAY, 2020**

Autor:

Lic. Esp. Javier Bentancor Giménez

Tutores:

Dr. Milton Sbárbaro

Lic. María Eugenia Riaño

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

Montevideo, 2020

Dedicatoria

- A Gabriela, que acompaña y entiende de mis aspiraciones
- A Nicolás y Matilde, que comprenden el camino que eligió papá

Me apoyan siempre, los quiero mucho

Agradecimientos

- A todas las personas que contribuyen en mi formación como persona y profesional
- A mi madre, colega visionaria y comprometida
- A Adriana, gran colaboradora

Lista de tablas

Tabla 1. Número de habitantes distribuidos por departamento, Uruguay, año 2011, Instituto Nacional de Estadística (INE)	20
Tabla 2. Porcentaje de variación de recursos humanos en salud, enfermería, desde 2008 a 2018	21
Tabla 3. Profesionales registrados en el MSP, 2017	21
Tabla 4. Distribución de usuarios en prestadores de salud, público y privado, 2019	21
Tabla 5. Distribución de cargos de auxiliares de Enfermería y licenciados en Enfermería: público y privado, Montevideo y resto del país. Cantidad de cargos por 1.000 usuarios. Año 2013	20
Tabla 6. Profesionales de la salud registrados en el MSP, marzo 2017.....	23
Tabla 7. Antecedentes de instrumentos validados para medir el Entorno de la práctica de Enfermería	24
Tabla 8. Descripción del Instrumento para medir la estabilidad en el tiempo y confiabilidad interna	33
Tabla 9. Resumen del instrumento a utilizar con dimensiones, nombre y cantidad de ítems	34
Tabla 10. Componentes del Modelo Magnético.....	38
Tabla 11. Resumen del instrumento a utilizar con dimensiones, nombre y cantidad de ítems.....	47
Tabla 12. Interpretación de los valores del V de Cramer	52
Tabla 13. Interpretación de resultados de Alfa de Cronbach	54
Tabla 14. Caracterización de la muestra de la prueba piloto	57
Tabla 15. Resultados del V de Cramer para la Dimensión I	60
Tabla 16. Resultados del V de Cramer para la Dimensión II	61
Tabla 17. Resultados del V de Cramer para la Dimensión III	62
Tabla 18. Resultados del V de Cramer para la Dimensión IV	63
Tabla 19. Resultados del V de Cramer para la Dimensión V	64

Tabla 20. Resultados del V de Cramer para la Dimensión VI	64
Tabla 21. Resultados inicial y final de Alfa de Cronbach por dimensión para el instrumento	69

Lista abreviaciones y siglas

ANA: American Academy of Nursing

ANCC: Centro Acreditación de Enfermeras de América

ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado

BPS: Banco Previsión Social

CIE: Consejo Internacional Enfermería

CONAE: Comisión Nacional Asesora de Enfermería

DEMPESA: División Evaluación y Monitoreo del Personal de la Salud

ECH: Encuesta Continua de Hogares

EFN: European Federation of Nurses

FEPREMI: Federación de Prestadores Médicos del Interior

FNR: Fondo Nacional de Recursos

FONASA: Fondo Nacional de Salud

IAMC: Institución de Asistencia Médica Colectiva

IMEPE SSP: Instrumento para Medir Entorno Práctica de Enfermería, Subsector Privado

INE: Instituto Nacional de Estadística

JUNASA: Junta Nacional de Salud

MSP: Ministerio de Salud Pública

MEF: Ministerio de Economía y Finanzas

NIOSH: Instituto Nacional Americano para la Salud y Seguridad Ocupacionales

NWI: Nursing Work Index

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

PES-NWI: Practice Environment Scale of the Nursing Work Index

RHS: Recurso Humano en Salud

RNAO: Registered Nurses' Association of Ontario

SHARPS: Sistema de Habilitación y Registro de Profesionales

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

Tabla de contenidos

Dedicatoria.....	3
Agradecimientos	4
Lista de tablas	5
Lista abreviaciones y siglas	7
Tabla de contenidos	9
Resumen	11
Abstract	12
CAPÍTULO I	14
1.1. Introducción	14
1.2. Pregunta de investigación	18
1.3. Objetivos	18
Objetivo general	18
Objetivos específicos	18
CAPITULO II	20
2.1. Marco Referencial.....	18
2.2. Características del SNIS	20
2.3. Características de la Enfermería en Uruguay	24
CAPITULO III	25
FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	27
3.1. Antecedentes	27
3.2. Entorno de la Práctica de Enfermería	28
3.3. Instrumentos para medir Entorno de la Práctica de Enfermería y validación de la confiabilidad	30
3.4. Marco teórico	38

CAPÍTULO IV	48
METODOLOGÍA	48
4.1. Tipo de investigación	48
4.2. Técnica y procedimientos	48
4.2.1. Fase 1: Trabajo de mesa. Conocimiento del subsector privado del SNIS.	
Conocimiento del instrumento utilizado.	49
4.2.2. Fase 2: Trabajo de campo. Aplicación de prueba piloto a trabajadores del sector privado	49
4.2.3. Fase 3: Trabajo de mesa. Análisis estadísticos. Aplicación de test V de Cramer y Cronbach	51
4.3. Consideraciones éticas	55
CAPÍTULO V	56
5.1. Resultados y discusión	56
5.1.1. Realizar el estudio de la estabilidad en el tiempo. Aplicación del test V de Cramer.....	57
5.1.2. Estudiar la confiabilidad interna. Aplicación del test Alfa de Cronbach	62
5.2. Conclusiones	70
5.3. Recomendaciones	71
Referencias bibliográficas	72
Bibliografía Consultada	79
ANEXOS	80

Resumen

En el transcurso de la formación como Magister en Gestión de Servicios de Salud, se constata que en el Uruguay no se cuenta con un instrumento validado para medir el Entorno de la Práctica de Enfermería. La presente tesis refiere a una investigación de desarrollo en sistemas y servicios de salud de metodología cuantitativa, utilizando un instrumento validado en su constructo que permita la aproximación a un nuevo conocimiento sobre el Entorno de la Práctica de Enfermería en el ámbito privado de nuestro país.

La presente investigación tiene como precedente el diseño de un instrumento válido para la medición del Entorno de la Práctica de Enfermería en el Uruguay. Se desprenden luego dos líneas de investigación para su validez de apariencia y contenido con la utilización del juicio de expertos, la confiabilidad interna y la estabilidad en el tiempo del instrumento, una en el ámbito público y la segunda, que es el objetivo de la presente investigación, en el ámbito privado, compartiendo el contenido teórico referencial.

El instrumento utilizado fue creado en base a 118 ítems comprendidos en 6 dimensiones con fundamento teórico y documental, que fue validado por expertos¹. Después de ello, se realizó una prueba piloto en el subsector privado, con el fin de obtener un instrumento validado desde el punto de vista de la estabilidad en el tiempo y confiabilidad interna.

Como resultado surge un nuevo instrumento validado con 108 ítems, agrupados en 6 dimensiones, con una asociación fuerte indicada por el test de Cramer y una confiabilidad del tipo consistencia interna, también muy robusta.

Palabras claves: Investigación en administración de servicios de salud. Ambiente de trabajo. Condiciones de trabajo. Prestadores de salud privados. Validación. Confiabilidad interna y estabilidad en el tiempo de un instrumento.

Abstract

In the course of training as a Magister in Health Services Management, it is noted that Uruguay does not have a validated instrument to measure the Nursing Practice Environment. This thesis refers to development research in quantitative methodology health systems and services, using an instrument validated in its construct that allows the approximation to a new knowledge about the Nursing Practice Environment in the private sphere of our country.

This research is preceded by the design of a valid instrument for the measurement of the Nursing Practice Environment in Uruguay. Two lines of research are then apparent for its validity of appearance and content with the use of expert judgment, internal reliability and time stability of the instrument, one in the public sphere and the second, which is the objective of this research, in the private sphere, sharing the theoretical referent content.

The instrument used was created on the basis of 118 items in 6 dimensions with theoretical and documentary basis, which was validated by experts ¹. After that, a pilot test was carried out in the private subsector, in order to obtain an instrument validated from the point of view of stability over time and internal reliability.

As a result, a new validated instrument emerges with 108 items, grouped into 6 dimensions, with a strong association indicated by the Cramer test and a reliability of the internal consistency type, also very robust.

Keywords: Research in health services administration. Work environment. Working conditions. Private health providers. Validation. Internal reliability and stability over time of an instrument.

CAPÍTULO I

1.1. Introducción

“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 felices”.

Oficina Regional del Pacífico Oeste – OMS - 2011

El Uruguay es un país ubicado al sur de América Latina que, de acuerdo con su división política, se organiza en 19 departamentos, en donde Montevideo es su capital. Tiene 3.286.314 habitantes presentándose la mayor concentración en Montevideo, 40.14% de la población total según el Instituto Nacional de Estadística (INE) del año 2011.

En nuestro país 1.625.000 personas trabajan en la formalidad. De ellos, el sector de la salud emplea a 110.495 trabajadores, representa un 6,8% del empleo total y más del 50% son mujeres. Es importante destacar que desde el punto de vista laboral 3 de cada 10 trabajadores de la salud corresponde al personal de enfermería, representando de esta forma el 31,2% del sector de la salud.

Así mismo, la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del año 2018 evidenció que existe una disminución desde el 2008 al 2018 en la cantidad de licenciados en Enfermería y auxiliares de Enfermería¹, de un 5% y de un 3% respectivamente.

En el Uruguay, el 46% recibe asistencia médica en instituciones públicas y el 54% de la población se atiende en instituciones privadas a través de Institución de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), seguro privado parcial, seguro privado quirúrgico, seguro

privado total. Según el Instituto Nacional de Estadística en el Anuario 2017 ² el sector privado nuclea a 16.268 médicos, 6.176 licenciados en Enfermería y 23.606 auxiliares de Enfermería³. Esta distribución de profesionales de la salud es la registrada en el Ministerio de Salud Pública (MSP) a marzo 2017.

Es importante considerar varios aspectos:

- La población del Uruguay de acuerdo con el Censo 2011 era de 3.286.314, sin embargo, hay autores que corrigen la cantidad de habitantes a 3.390.077 al mes de agosto del 2018.
- Dentro de *prestador público* se incluye: Sanidad Policial, Sanidad Militar, Hospital de Clínicas, BPS e Intendencias.
- Según estudios socioeconómicos estiman que entre 250.000 y 400.000 uruguayos tienen una doble cobertura en salud^{4,5}.

Es de destacar que todos estos datos son aproximados, puesto que son cifras muy dinámicas que se entrecruzan e involucran a varias instituciones y, además, la actualización que hace cada una de ellas se realiza en períodos diferentes, entre otros factores.

Según el Ministerio de Salud Pública en el año 2013, la distribución de cargos de auxiliares de Enfermería y de licenciados en Enfermería, tanto para el sub sector público como privado y comparativamente entre Montevideo y el resto del país calculados cada mil usuarios nos permite apreciar:

- En la capital del país, en los 2 subsectores, hay más personal de enfermería que en el interior del país.
- La distribución del personal de enfermería en lo privado es casi equitativa comparando Montevideo e interior.

- El subsector privado atiende y cuida a la mayor cantidad de usuarios en el país (54%) con una menor relación de personal cada 1.000 usuarios.

El recurso humano enfermero es considerado muy importante y valioso para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), la Federación Europea de Enfermeras (EFN), la Asociación Americana de Enfermería (ANA) y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), pues su práctica individual aporta directamente a la práctica clínica. Por lo tanto, estudiar y conocer el entorno de trabajo de la práctica de enfermería es la forma de medir y valorar las condiciones que podrían impactar en las prestaciones de salud, en definitiva, el cuidado.

Esta importante medición del Entorno de la Práctica de Enfermería no registra antecedentes en el Uruguay. Nuestro país cuenta con datos parciales del Censo Nacional de Enfermería realizado en el año 2013 por la División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (DEMPESA), que detalla características de la población de enfermería. Pero dicho estudio no considera el contexto donde se desarrolla la actividad profesional, las necesidades del colectivo, el grado de satisfacción, la participación en la planificación ni la toma de decisiones por parte del recurso enfermero. Tampoco discrimina las características existentes entre el ámbito público o privado⁶.

A nivel internacional, se encuentran varios diseños de instrumentos para medir el Entorno de la Práctica de Enfermería, sin embargo, no proporcionan los resultados esperados y no aseguran su eficacia de aplicabilidad en los diferentes ámbitos.

Es de suma importancia contar con un instrumento validado para medir el entorno en el sub sector privado, dado que más de la mitad de la población recibe asistencia en éste sector y además, conocemos las áreas que componen cada una de las Dimensiones, las cuales trabajadas oportunamente impactarán en los cuidados que se prestan.

Por lo tanto, al no existir medición y análisis para conocer el Entorno de la Práctica de Enfermería en el Uruguay se generó un estudio por tres investigadores. Estos especialistas en gestión de servicios de salud compartieron el sustento teórico y definieron los componentes de estudio, que dan como resultado tres líneas de investigación.

La primera, en que participaron los tres investigadores, fue el diseño de un instrumento que se validó por un equipo de expertos con amplio dominio de los componentes teóricos. Posteriormente se trabajó en la validez de apariencia y de contenido, según los criterios de Moriyama realizado por la Lic. Esp. Serrana Ostolaza⁷. Las otras dos líneas de investigación trabajaron en la validación de la herramienta diseñada para determinar la confiabilidad interna y la estabilidad en el tiempo, una para el ámbito público y la otra para el ámbito privado, la cual es objeto de estudio del presente trabajo.

El mencionado marco teórico, adoptado y compartido, está basado en otras teorías que modelizan el entorno, tales como las 14 dimensiones del *Modelo de Hospital Magnético*⁸, el Modelo de OMS *Entorno de trabajo saludable Higiene y seguridad laboral, Modelos de gestión de calidad*¹⁰, *Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado, Modelo y teorías de enfermería, Desarrollo de las personas y manejo del recurso humano, Relaciones interdisciplinarias, Satisfacción del recurso humano, Normativa: Ley de la Profesión Enfermería en el Uruguay*¹¹.

Por otra parte, el marco teórico fundamenta y desarrolla los aspectos vinculados a la validación del instrumento creado por la autora ya mencionada¹ y también establece las bases desde el punto de vista de su estabilidad en el tiempo y confiabilidad interna. Es crucial contar con un instrumento confiable para medir el Entorno de la Práctica de Enfermería, de tal forma que los gestores de los servicios de salud del sector privado en

Uruguay tomen en cuenta las 6 dimensiones que lo componen, para mejorar el nivel de satisfacción del personal, lo que en definitiva aportará a elevar la calidad de los cuidados que prestan a los usuarios. La OMS en 2011, al definir el entorno de trabajo saludable manifiesta que: “proporciona a la fuerza de trabajo condiciones físicas, psicológicas, sociales y organizacionales que protegen y promueven la salud y la seguridad”⁹

A continuación, se detalla la pregunta de investigación, objetivos, antecedentes y metodología que sustentan el estudio del presente trabajo.

1.2. Pregunta de investigación

¿El instrumento elaborado para la medición del entorno de la práctica de Enfermería en el Sector privado es confiable y estable en el tiempo?

1.3. Objetivos

Objetivo general

■ Validar el instrumento para medir el Entorno de la Práctica de Enfermería en el subsector privado del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) del Uruguay.

Objetivos específicos

■ Realizar el estudio de la estabilidad en el tiempo para el instrumento.

■ Estudiar la confiabilidad interna de dicho instrumento.

El Capítulo I describió la situación de nuestro país a través de datos demográficos, sanitarios, distribución de recursos humanos en salud, porcentajes de atención pública y

privada. Además, contempla la pregunta de investigación y los objetivos de estudio de esta tesis.

CAPÍTULO II

2.1. Marco Referencial

A continuación se muestran los datos que describen y enmarcan la presente investigación como: la situación de nuestro país a través de datos demográficos, sanitarios, distribución de recursos humanos en salud, porcentajes de atención pública y privada.

Tabla 1

Número de habitantes distribuidos por departamento, Uruguay, año 2011, Instituto Nacional de Estadística (INE)

Departamento	Población (2011)	Densidad de población (hab/km²)
Artigas	73.378	6,15
Canelones	520.187	114,68
Cerro Largo	84.698	6,21
Colonia	123.203	20,18
Durazno	57.088	4,90
Flores	25.050	4,87
Florida	67.048	6,44
Lavalleja	58.815	5,87
Maldonado	164.300	34,28
Montevideo	1.319.108	2.489
Paysandú	113.124	8,13
Río Negro	54.765	5,90
Rivera	103.493	11,04
Rocha	68.088	6,45
Salto	124.878	8,82
San José	108.309	21,70
Soriano	82.595	9,17
Tacuarembó	90.053	5,83
Treinta y Tres	48.134	4,97
Total	3.286.314	

Fuente: Elaboración propia en base a datos INE ¹²

Tabla 2*Porcentaje de variación de recursos humanos en salud, enfermería, desde 2008 a 2018*

	2008	2018	Variación %
Licenciados en Enfermería	96	91	5
Auxiliares en Enfermería	83	80	3

Fuente: ECH, 2018.

Tabla 3*Profesionales registrados en el MSP, 2017*

Médicos	16.268
Licenciados en Enfermería	6.176
Auxiliares de Enfermería	23.606

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Sistema de Habilitación y Registro de Profesionales (SHARPS) del MSP, marzo 2017.

Tabla 4*Distribución de usuarios en prestadores de salud, público y privado, 2019*

Prestadores	Usuarios	Porcentaje
Público	1.591.306	46%
Privado	1.868.055	54%
Total	3.459.361	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de MSP ¹³.**Tabla 5***Distribución de cargos de auxiliares de Enfermería y licenciados en Enfermería: público y privado, Montevideo y resto del país. Cantidad de cargos por 1.000 usuarios. Año 2013*

Enfermería	Personal público	Personal privado
Montevideo	11,3	7,0
Resto del país	4,2	6,0
Total	15,5	13

Fuente: MSP¹⁴.

2.2. Características del SNIS

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) del Uruguay está regulado por la Ley No.18.211 del 5/12/2007, con las posteriores modificaciones y agregados que se

hicieron en las Leyes No.18.731 y 18.732 del 7/1/2011. Estas leyes reglamentan el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes del Uruguay.

El SNIS ofrece asistencia a todas las personas que residen en Uruguay, por lo tanto, todas las personas tienen derecho a una canasta básica de prestación integral y en condiciones que determina la propia ley.

Se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que es administrado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA) y financia las prestaciones de asistencia para los beneficiarios del Seguro de Enfermedad del Banco de Previsión Social (BPS) y de los jubilados del BPS que optaron por el Artículo 187 de la Ley No.16.713.

Este sistema se ha diseñado y preparado considerando distintos aspectos de la demografía uruguaya tales como la distribución etaria de la población. En este sentido, es viable destacar que la población del Uruguay está demográficamente envejecida, por tanto, es una etapa de transición demográfica avanzada. Nos caracteriza también cifras bajas de fecundidad y constante envejecimiento, esto último es consecuencia de una fuerte reducción de la mortalidad. La población de 60 años y más corresponde al 17,7% y el grupo etario menor de 15 años corresponde al 23.1% de la población total. Por otro parte, la esperanza de vida es de 76,5 años, con un promedio de 73,1 para hombres y 80,1 en mujeres. Las principales causas de muerte corresponden a enfermedades del sistema circulatorio y diferentes tipos de enfermedades neoplásicas, mientras que las enfermedades infecciosas actualmente explican el 2% de las muertes en Uruguay.

El financiamiento del gasto de sanidad militar y policial está enmarcado en los presupuestos del Ministerio de Defensa e Interior. Similar caso se da con los gastos del Hospital Universitario (Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela) que está incluido en el presupuesto de la Universidad de la República.

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) garantiza la cobertura de las intervenciones especializadas, financiando algunas prestaciones de alta complejidad tecnológica y costo elevado. La financiación para este fondo se logra con contribuciones de todos los afiliados al sistema. Para el caso de los usuarios que no aportan al FONASA, pero que, a su vez, están afiliados a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) es quien le paga al FNR los gastos generados y los fármacos entregados. Para los beneficiarios de sanidad militar es el Ministerio de Defensa Nacional que reembolsa al FNR.

Los prestadores de salud reciben pagos por cápita en relación con los riesgos de la población cubierta y las metas asistenciales que establece la JUNASA. A cambio de esto, las instituciones públicas y privadas brindan una canasta básica de prestaciones a los ciudadanos, quienes tienen libertad para optar por el prestador de salud.

En relación con la infraestructura para brindar la asistencia, el sistema de salud de Uruguay cuenta con 48 hospitales privados (sanatorios) y 56 públicos, además de un hospital universitario. La mayoría de los hospitales privados pertenecen a las IAMC.

De acuerdo con un relevamiento realizado en el 2008, Uruguay cuenta con 11.132 camas disponibles que incluyen las destinadas a asilos de ancianos y personas con alteraciones mentales. Con respecto a los recursos humanos del SNIS, la tabla que se presenta a continuación muestra la distribución de este recurso en relación con el registro del MSP a marzo de 2017¹⁵.

Tabla 6

Profesionales de la salud registrados en el MSP, marzo 2017

Médicos	16.268
Lic.Enfermería	6.176
Aux.Enfermería	23.606
Lic. Nutrición	1.913
Lic.Psicología	7.837
Obstetras parteras	619
Odontólogo	4.208
Otros profesionales de la salud	6.719

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SHARPS, marzo 2017.

2.3. Características de la Enfermería en Uruguay

En Uruguay, la División de Recursos Humanos del SNIS indica en el informe 2011 que:

“Las dotaciones actuales de enfermería ya son insuficientes para sustentar el modelo asistencial vigente, por lo que el problema es aún más grave si se plantea el objetivo de fortalecer el primer nivel de atención a la salud, que exige dotarlo de RHS suficientes y competentes, manteniendo los niveles de calidad actuales del segundo y tercer nivel”¹⁵.

Este informe indica también que:

“La situación del equipo de enfermería se caracterizaría por: déficit de licenciadas en enfermería, población joven y altamente feminizada, alta concentración en el área metropolitana, déficit del personal de enfermería en el Primer Nivel de Atención, tendencia creciente de ingresos y egresos a la Facultad de Enfermería durante las últimas dos décadas”¹⁵.

Frente a estas situaciones también se agrega:

- Importante movilización del personal de enfermería entre instituciones.
- Renuncias a los cargos.

- Alto índice de ausentismo no programado, que impacta en la disponibilidad de personal para cubrir los diferentes servicios de cada prestador.

Es importante considerar las normas para el ejercicio de la profesión por la Ley No.18.815 que establece:

“La enfermería es una disciplina científica, encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano en su actividad de adaptación, desarrollada para mantener equilibrio con el medio, frente a alteraciones bio-psico-sociales; enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria, terciaria y otros. A través de todas sus acciones la enfermería observa, garantiza y aboga por el respeto a la dignidad del ser humano, reconociendo el derecho de todo habitante a recibir servicios de enfermería de calidad y cantidad suficientes”¹¹.

Con el entendido de que el modo y la calidad de vida condicionan la salud de los individuos, el personal de enfermería para su estabilidad laboral requiere de beneficios sociales, acorde a la normativa vigente, en un ambiente seguro e higiénico ya que forma parte del estado de salud de este colectivo que impacta en la persona, la familia y la sociedad.

El informe de la Comisión Nacional Asesora de Enfermería (CONAE) de abril 2020, para la reunión mundial de la OMS en Ginebra, *Informe de Situación de la Enfermería Mundial*, en el *Año de la Enfermería*, establece las siguientes conclusiones:

- Sector joven y altamente feminizado.
- La participación de licenciados y auxiliares de enfermería ha disminuido como fuerza laboral.
- La proporción de médicos a licenciados es de 4:1.
- La proporción de licenciados a auxiliares es de 1:4,3.

- De cada 10 trabajadores de la salud, 3 pertenecen a personal de enfermería.
- 30% del personal de enfermería tiene más de 1 empleo.
- Auxiliares de enfermería con heterogeneidades en la calidad de su formación y perfil de competencias desactualizados.
- 40% de los auxiliares de enfermería tienen bachillerato completo, lo que los habilitaría a profesionalizar su formación.
- Más del 60% del RHS Enfermero permanece viviendo en su lugar natal.
- El ausentismo laboral es un aspecto que refleja no solo la situación personal del trabajador, sino también su entorno en la organización y de la institución.
- Distribución desigual de personal de enfermería entre Montevideo e Interior.
- En el área rural, predominan los auxiliares en enfermería con poca formación y actualización¹⁶.

CAPITULO III

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

3.1. Antecedentes

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

Los descriptores utilizados fueron: investigación en administración de servicios de salud; ambiente de trabajo; condiciones de trabajo; prestadores de salud privados; estudios de validación; confiabilidad interna y estabilidad en el tiempo de un instrumento.

La enfermería, con sus teorías y con base científica sólida, es sustento primordial en los sistemas de salud, tanto en nuestro país como a nivel internacional. En este sentido, desde hace tres décadas se vienen realizando estudios para medir de forma confiable y válida los Entornos de la Práctica de Enfermería, con el objetivo de entender el déficit de este importante recurso humano en las instituciones y, a su vez, con el fin de conocer los aspectos que motivan a este colectivo en pos de un rol fortalecido.

Esta revisión se focalizó, por una parte, en las diferentes conceptualizaciones del Entorno de la Práctica de Enfermería como aspecto importante en los procesos de mejora continua de las instituciones sanitarias. Por otra parte, estuvo abocada en analizar las diferentes herramientas para medir el entorno y, en particular, cómo se realizó la validación de la confiabilidad de ellas, además de las características del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Uruguay, específicamente del colectivo de Enfermería.

3.2. Entorno de la Práctica de Enfermería




De la bibliografía consultada se destacan los aportes de Dee Ann Gillies (1994) y María de la Luz Balderas (2015), quienes plantean que las dotaciones de personal de Enfermería no ajustadas a los estándares, además del escaso empoderamiento con el rol, alto índice de rotación de personal entre prestadores, ausentismo y salarios no adecuados con la tarea y la responsabilidad que implica, inciden en entornos no favorables para su práctica. También se vulnera la seguridad de los pacientes cuando los aspectos mencionados no se complacen en los entornos.

La OMS define al entorno de trabajo saludable como:

“Aquel en el que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo en base a los siguientes indicadores:

- La salud y la seguridad concernientes al espacio físico de trabajo.
- La salud, la seguridad y el bienestar concernientes al medio psicosocial del trabajo, incluyendo su organización y la cultura del ambiente de trabajo.
- Los recursos de salud personales en el espacio de trabajo.
- Las formas en que la comunidad busca mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y de otros miembros de la comunidad”⁹.

Ya desde el año 1950 tanto la OMS como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) promocionan la salud directamente en el ambiente de trabajo. Con tal motivo, también la OMS detalla los riesgos laborales que hay que considerar cuando se estudia el entorno de trabajo:

-  “Riesgos psicosociales
-  Liderazgo y seguridad
-  Violencia y seguridad

📖 Salud física

📖 Trabajo y hábitos personales de salud⁹

En particular, en lo que se refiere al Entorno Laboral de Enfermería, en 1970 la OMS y la OIT en el Convenio No.149 de OIT detallan normas para implementar acciones adecuadas sobre el personal de enfermería y sus condiciones de trabajo, debido a la preocupación por la escasez de trabajadores de enfermería en el mundo y, a su vez, por una mala distribución¹⁷. En directa relación, el Consejo Internacional de Enfermería ya en el año 2004 manifiesta que disponer de los recursos humanos incide sobre el estado de salud de una población y constata la desigualdad entre la necesidad de Enfermería en el mundo y su disponibilidad real.

El Entorno de la Práctica de Enfermería influye en la calidad asistencial y mejora continua, por lo tanto, mejoran los resultados. En consecuencia, de la revisión surge que hay varias definiciones de *calidad asistencial* como la de A. Donabedian en 1980, Ministerio de Salud en 1997, Consejo de Europa en 1998, OMS en 2000 e Instituto de Medicina en el 2001 que indican que ha ido evolucionando, tiene carácter sistémico y se propone siempre la mejora de la calidad de atención. Por consiguiente, la calidad asistencial debe ser eficiente, eficaz y oportuna. Abarca también la disminución de riesgos, por lo tanto, contempla la seguridad de los pacientes¹⁸.

Asimismo, se menciona que la calidad asistencial básicamente se conforma de tres aspectos:

Científico-técnico, que tiene por objetivo lograr el mayor beneficio con los mínimos riesgos.

Interpersonal, que tiene por objetivo considerar los valores, la ética, las normas y sobre todo el sentir del paciente.

Entorno donde se concretan los procesos de asistencia, condiciones laborales y arquitectura hospitalaria (este aspecto también fundamenta con fuerza el objetivo de esta tesis).

Estos dos últimos aspectos forman parte de la calidad que percibe el usuario y su familia que, además, son los que más valoran¹⁸.

En los últimos 20 años, ha ido avanzando el constructo de *cuidado enfermero* y el *Entorno de la Práctica de Enfermería*. En 1992, Zelauskas y Howes definen con relación al entorno que el “contexto organizativo es 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”¹⁸. Posteriormente, en 1996 Grindel et al. consideran también la “relación interpersonal entre enfermeros y médicos”¹⁹.

En 2007, el CIE expresó que el “Entorno organizativo para la prestación de cuidados”¹⁹ es “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”²⁰.

3.3. Instrumentos para medir Entorno de la Práctica de Enfermería y validación de la confiabilidad

Como se ha estudiado, el entorno en la práctica influye en forma directa con respecto a la mejora de los cuidados. Por consiguiente, contar con un instrumento fiable es de suma importancia para conocer cuánto impactan los factores que integran cada dimensión para el Entorno de la Práctica de Enfermería.

Tabla 7*Antecedentes de instrumentos validados para medir el Entorno de la Práctica de Enfermería*

Año	País	Autores	Instrumento	Componentes	Resultado
2002	Pennsylvania, Filadelfia, EE. UU.	Lake, E. T.	Practice Environment Scale (PES) ²¹ .	Genera 5 subescalas del NWI, comprende las características organizativas de los hospitales magnéticos originales. Se validaron los datos por 11.636 enfermeras de Pennsylvania.	Encuentra solidez, integridad conceptual, fuerza psicométrica y generalización en el instrumento.
2002	Pennsylvania, Filadelfia, EE. UU.	Lake, E. T.	Practice Environment Scale-Nursing Work Index (PES-NWI) ²¹ .	31 ítems que miden los ambientes de práctica de enfermería.	Con varias validaciones y adaptaciones transculturales.
2009	Islas Baleares, España	Gómez JP, Morales Asencio JM, Sesé Abad A, Bennasar Veny M, Artigues Vives G, Perelló Campaner C.	Evidence Based Practice Questionnaire (EBPQ) y Nursing Work Index (PES-NWI) ²²	Establecer el diagnóstico de los factores que los profesionales de enfermería perciben como facilitadores para una clínica basada en la evidencia. Población de estudio: 3.129 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. Esta validación les permite establecer elementos de mejora, tanto individual como de organización, según el contexto.
2014	Colombia	Sánchez Castro, J. C.	Afinación del instrumento para medir Entornos de la Práctica de Enfermería: "Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)" ²³ .	El objetivo de este estudio fue explicar el desajuste en relación con 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 objetivo de determinar si es aplicable o no al mencionado contexto.	El mismo concluye que, aunque con el PES-NWI 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.

2020	Uruguay	Ostolaza, S.	“Creación y validación de un instrumento para medir el Entorno de la Práctica de Enfermería, Uruguay, 2019” ⁷ .	Se definieron 118 ítems y 6 dimensiones claves para la creación del instrumento para medir el Entorno de Práctica de Enfermería.	El instrumento quedó validado por expertos que muestra la validez de contenidos y apariencia según los criterios de Moriyama.
------	---------	--------------	--	--	---

Fuente: Elaboración propia en base a revisión bibliográfica

Tabla 8
Descripción del Instrumento para medir la estabilidad en el tiempo y confiabilidad interna

Dimensión	Nombre	Cantidad de ítems	Alcance
D I	Higiene y seguridad laboral	26 ítems	“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
D II	Estilos de Gestión	31 ítems	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 organización.

Dimensión	Nombre	Cantidad de ítems	Alcance
D III	Fundamentos de Enfermería para la calidad del cuidado. Modelos y teorías de enfermería	20 ítems	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.
D IV	Dotación y desarrollo de los recursos humanos	16 ítems	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. ⁵⁷ 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 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.

Dimensión	Nombre	Cantidad de ítems	Alcance
D V	Relaciones interdisciplinarias	13 ítems	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"
D VI	Satisfacción del recurso humano	12 ítems	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.

Fuente: Elaboración propia en base al Instrumento (Anexo I)

Tabla 9*Fundamentación teórica de los ítems que componen cada Dimensión del Instrumento*

Fuente Teórica	Ítems número:
	D I 1
	D II
CYMAT	D III
Condiciones y medioambiente de trabajo	D IV
Entorno OMS	D V
Entorno CIE	D VI
Decreto 291/007	D I 2 - 3 - 6 - 7 - 8 -12 -13 - 14 - 20- 21 - 25
Reglamentación para la prevención y protección contra los riesgos derivados de cualquier actividad.	D II 42 - 45
Seguridad y Salud del trabajo ratifica el decreto 155 de OIT.	D III
	D IV
	D V
	D VI
	D I 4 - 5 - 11 -15 -16 -17
	D II 35 - 42 - 45 - 57
Sugerido por Expertos	D III 64 - 65 - 66
	D IV 83 - 84 - 85
	D V
	D VI
	D I 9 - 10 - 22 - 23 -26
	D II
Entorno CIE	D III
Entorno OMS	D IV 82 - 86 - 91 -92 -93
Equipo de Trabajo	D V 101 - 104
	D VI 113 - 114 - 115 - 116
	D I 18 - 19 - 24
	D II
Entorno CIE	D III
	D IV
	D V 102 - 103 - 104 - 105 - 106
	D VI
	D I
	D II 27 - 28 - 32 - 34 - 38 - 40 - 43 - 46 - 47 - 50 - 53
Modelo de mejora continua de INACAL	D III 59
	D IV 87 - 88 -89 - 90
	D V
	D VI 118
	D I
Ley 18.815	D II 29 - 36 - 39 - 54 - 55 - 56
Profesión de Enfermería	D III 58 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76
Uruguay	D IV
	D V
	D VI

Fuente Teórica	Número de ítems
Fuente textual o reformulado del PES-NWI	D I
	D II 30 - 31 - 33 37 - 41 - 44 48 - 49 - 51 - 52
	D III 60 - 61 - 62 - 63 - 67
	D IV 78 - 79 - 80 - 81
	D V 94 - 95 - 96 - 97 - 99 - 100
	D VI 110
Modelos de atención Equipo de trabajo	D I
	D II
	D III 68 - 69 - 77
	D IV
	D V 98
	D VI
Entorno CIE OIT Equipo de trabajo	D I
	D II
	D III
	D IV
	D V
	D VI 107 - 108 - 109 - 117
Concepto de hospitales magnéticos Equipo de trabajo	D I
	D II
	D III
	D IV
	D V
	D VI 111 - 112

Fuente: Elaboración propia en base a revisión bibliográfica

El instrumento que se usó para medir la confiabilidad interna y sustentabilidad en el tiempo considera 6 dimensiones fundamentales al momento de la medición del entorno: *Higiene y seguridad laboral, Estilos de gestión, Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado, Dotación de personal, Relaciones interdisciplinarias y Satisfacción del recurso humano.*

El mayor porcentaje de usuarios en el Uruguay utiliza los prestadores de salud privados (54%) para lograr su asistencia, por lo tanto, entendemos que poder contar con un instrumento validado y estable para medir el entorno de la práctica en este subsector será una herramienta que proporcionará valiosa información para mejorar ese entorno y,

de esa forma, aportar a los gestores en salud, las posibilidades de perfeccionar las distintas áreas que impactan en el cuidado.

3.4. Marco teórico

Motivados por conocer el Entorno de la Práctica de Enfermería en el Uruguay, tres investigadores en el marco de sus estudios de posgrado comenzaron una exhaustiva revisión bibliográfica para comprender y determinar los aspectos o dimensiones relevantes que pudieran ser parte de un futuro instrumento para medir tal entorno. Del estudio previo, constatan la ausencia de un instrumento validado para Uruguay, por lo tanto, concluyen la importancia de investigar en tres áreas diferentes: una orientada a la creación y validación de contenido del instrumento y los otros dos estudios para la validación de la estabilidad en el tiempo y confiabilidad interna, una para el subsector público y la presente investigación que tiene como eje el subsector privado. Las tres investigaciones comparten el marco teórico.

En Ciencias de la Salud, es habitual el uso de instrumentos de escala para la medición de diferentes realidades. El diseño y validación de un instrumento se define como un proceso arduo, que requiere de meses de trabajo de mesa y trabajo de campo hasta lograr su versión final. Generalmente, se utilizan instrumentos ya elaborados, pero cuando los existentes no arrojan los resultados esperados, es decir, no logran ser eficaces en los distintos ámbitos y son 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.

Es necesario tener bien definido el propósito principal de la investigación y profundizar en la definición operacional de las variables, no dejando lugar a ninguna improvisación. Para la conceptualización del constructo es esencial una exhaustiva revisión bibliográfica, análisis teóricos de investigaciones anteriores y observación natural.

“La elaboración y validación de un instrumento es una investigación en sí, y el desafío de los investigadores es lograr un instrumento que cumpla con los siguientes atributos: adecuado para medir el problema que se pretende medir, ser sencillo, viable, ser sensible a los cambios entre individuos y en el tiempo. Tener claras las dimensiones y que aporte nueva información del tema abordado”²⁴.

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

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

Para Donabedian, ya desde el año 1988, 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 y la estructura

se basa en la organización planificada, descripción de roles, recursos, equipos, sistemas, soporte y el proceso bajo parámetros de comunicación, desarrollo, reconocimiento, disciplina, educación y mejores relaciones. Con un Departamento de Enfermería adecuado y capacitado se fomenta un mejor ambiente de trabajo.

Tabla 10

Componentes del Modelo Magnético

Componentes	Fuerzas del Magnetismo	Alcance
LIDERAZGO DE TRANSFORMACIÓN	Calidad del liderazgo de enfermería	Provee el mecanismo para comunicar y automatizar su modelo del proceso de cuidados. Mejora de las gestiones clínicas mediante la visibilidad del cumplimiento, datos y medidas de resultados.
	Estilo de gestión	Debe facilitar el manejo de las gestiones clínicas y la efectividad. Toma de decisiones compartida. Foco en el personal operativo. Estructuras de comunicación efectivas.
	Estructura de la organización	Soporta y permite un modelo de colaboración interdisciplinario de trabajo y comunicación. Soporta el alcance de la práctica para cada clínico mediante la configuración adecuada. Permite la presencia de líderes de enfermería en los comités ejecutivos.
	Programas políticos y personales	Aplica el conocimiento sobre la tecnología para el proveedor adecuado en el momento adecuado.
EMPODERAMIENTO ESTRUCTURAL	Organización de la comunidad y sanidad	Colaboración con otras organizaciones sanitarias. Cruce continuo de información. Historia centrada en la persona. Historia compartida en la comunidad. Historia compartida en la atención domiciliaria.
	Imagen de la enfermería	Conciencia interdisciplinar. Mejor comunicación y coordinación en el equipo de cuidados. La dirección de enfermería es la clave de la influencia organizacional en la toma de decisiones.
	Desarrollo profesional	Soporte a la decisión y pensamiento crítico. Soporte de planes multidisciplinarios.
	Modelos de cuidados profesionales	Facilita el aprendizaje de enfermería basada en evidencia. Capacidad del mapeo de terminologías bajo un único índice. Decisión del estado futuro bajo el uso de la tecnología para maximizar el cuidado individualizado y el elevado nivel de calidad asistencial.
	Recursos y consultas	Liderazgo clínico experimentado. Procesos recomendados en las mejores prácticas.
PRÁCTICA ENFERMERA PROFESIONAL	Autonomía	Referencias <i>online</i> y <i>links</i> basados en evidencia científica. Servicios de conocimiento. Referencias de evidencia científica.

EJEMPLAR	Enfermeras como formadoras	Habilidad para crear historia electrónica que facilita el pensamiento crítico. Transiciones de cuidados. Formación para la conversión. Acceso concurrente a la historia clínica.
	Relaciones interdisciplinarias	Notificaciones: facilitan el proceso de trabajo para el personal adecuado: alertas, confirma, revisión de peticiones, validación de farmacia, datos críticos. Proceso de medicación en ciclo cerrado.
NUEVOS CONOCIMIENTOS, INNOVACIONES Y MEJORAS	Mejora de la calidad	Cierre del círculo en la evaluación de resultados. Gestión del proyecto liderado por una metodología probada. Habilidad para documentar la consecución. Efectividad de los planes de cuidados y ajuste a la práctica clínica.
RESULTADOS EMPÍRICOS CUALITATIVOS	Calidad de los cuidados	Toma de decisiones. Incorporación de reglas y alertas. Habilidad para monitorizar y facilitar intervenciones inmediatas y asistir con la prevención de errores y vigilancia enfermera, así como el “fallo al rescate”.

Fuente: Aiken L. H. (1995). *Hospitales con Magnetismo: un modelo de organización para mejorar los resultados de los pacientes* ²⁵.

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 felices”⁹.

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”⁹.

En la revista *Health Canadá*, Lowe (2004) hace una diferencia entre *entorno de trabajo saludable* y *organización saludable* y ve el primer término 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”²⁶.

Grawitch et al. (2009) enfatizan el rol de los programas de salud como programas dirigidos a riesgos físicos específicos para los empleados. En este mismo sentido, 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”²⁷.

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 et al. (2007) 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 definen el “empleo justo como aquel en el que existe una justa relación entre empleados e inversionistas, la cual presenta ciertas características tales como libre de coacción, seguridad laboral en cuanto al contrato y la protección, ingreso justo, protección al trabajo y beneficios sociales, respeto y dignidad en el trabajo y participación en el ambiente de trabajo”²⁸.

Para el Consejo Internacional de Enfermería (CIE, Suiza, 2013):

“Los entornos positivos para la práctica profesional son contextos que favorecen la excelencia y el trabajo honrado. En particular, tratan de asegurar la salud, la seguridad y el bienestar de su personal, promueven los cuidados de

calidad para los pacientes y mejoran la motivación, la productividad y los resultados de las personas y de las organizaciones”²⁹.

Al contemplar la *higiene en el trabajo y seguridad laboral* como otro componente se definen 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 ejecutan”³⁰.

“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”³⁰.

Para el componente de *estilos de gestión* se toma la definición del Modelo de Mejora Continua del Instituto Nacional de Calidad sobre el liderazgo de la alta dirección:

“La actualización de la gestión de la empresa requiere de líderes capaces de generar estrategias y de motivar a sus colaboradores en el cumplimiento de las mismas. Sin estos líderes, la gestión total de calidad se estanca o se imposibilita. Los líderes deben brindar ejemplo y cultivar los valores de la organización”³¹.

Otro aspecto del entorno es el *desarrollo y dotación de los recursos humanos*. Es una función compleja que comprende pasos secuenciales e interdependientes, para garantizar y proporcionar el número adecuado de personas de cada categoría y así realizar las tareas de enfermería necesarias, con el fin de brindar asistencia y bienestar a pacientes de una unidad.

Bajo esta óptica, 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. En este sentido, es clave un acuerdo sobre filosofía de recursos humanos como un primer paso en el diseño del programa de personal del Departamento de Enfermería:

“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 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”³².

Sobre la satisfacción del recurso humano se destaca lo siguiente:

“La satisfacción laboral depende de la interacción entre dos clases de variables: a) De los resultados que consigue el trabajador mediante la realización del propio trabajo. b) De cómo se perciben y vivencian dichos resultados en función de las características y peculiaridades de la personalidad del trabajador”³¹.

“La satisfacción laboral es una respuesta afectiva o emocional hacia varias facetas del trabajo del individuo”³³.

Con respecto al 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 21/07/1914 sobre prevención de accidentes de trabajo. Allí 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”³⁴.

Posteriormente, la Ley No.15.965 de 28/06/1988 es donde se aprueban los convenios de la OIT en materia de seguridad y salud en los trabajadores y determina lo siguiente:

1. 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 1977³⁵.

2. 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 1977³⁵.

3. 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 1977³⁵.

Por último, en el Decreto No.291/007 del 13/08/2007³⁶, Uruguay establece la reglamentación del Convenio Internacional del Trabajo No.155 sobre prevención y protección contra riesgos derivados de cualquier actividad.

Por su parte, la Ley No.18.815 es la que reglamenta la profesión de Enfermería en Uruguay desde el 30 de setiembre de 2011. 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 No.149 (Recomendación No.157) de la Organización Internacional del Trabajo, ratificado por la República Oriental del Uruguay por el Decreto-Ley No.14.906, de 2 de julio de 1979”³⁷.

El instrumento que usa esta investigación requirió de la validación de contenido, que en ese caso se concretó a través de un juicio de expertos. Participaron profesionales de enfermería destacados a nivel nacional, tanto por su formación como en su labor, todos integrantes de la CONAE.

Se utilizó el test estadístico *V de Cramer* para medir la relación entre las respuestas del test–retest a la misma pregunta, por el mismo sujeto. Esto es debido a que los ítems son cualitativos nominales. Es un test (complementario al Alfa de Cronbach) que aporta una mejor interpretación para conocer qué ítems han variado entre ambas mediciones y cuáles afectan de forma favorable o desfavorable, es decir, mayor o menor asociación entre respuestas. Los valores de este índice pueden oscilar entre 0 y 1, cuanto más cercano al valor de 1, mayor asociación.

En relación con la confiabilidad, podemos definirla como el grado en que un instrumento, de varios ítems, mide consistentemente una muestra de la población. “La medición consistente se refiere al grado en que una medida está libre de errores”³⁸. La confiabilidad puede medirse de 3 formas: test–retest, la sensibilidad al cambio y la consistencia interna.

El test estadístico utilizado para medir la confiabilidad interna fue el *Alfa de Cronbach*. Es la forma más sencilla y divulgada como herramienta de medición. El cálculo de este índice tiene como finalidad validar la confiabilidad interna del cuestionario.

Un Alfa de Cronbach adecuado se interpreta en base a que los ítems guardan una buena correlación entre ellos, en otras palabras, este índice, que es el promedio de la correlación entre los ítems que forman parte del instrumento, evalúa la magnitud en que los ítems están correlacionados. Los valores de este índice varían entre 0 y 1, cuanto

más cercano a 1, mayor es la consistencia interna, por lo tanto, mayor es la confiabilidad interna de la herramienta analizada.

En el Capítulo III se han desarrollado los antecedentes vinculados a la temática de estudio, las características del Entorno de la Práctica de Enfermería, los instrumentos para medir entornos, su validación y antecedentes. También se detallaron valores e índices de nuestro país, características de referencias del SNIS de nuestro país y de la Enfermería uruguaya. El marco teórico recorrió las palabras y *conceptos claves*, componentes del Hospital Magnético y conceptos de test estadísticos utilizados.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Tipo de investigación

Se realizó una investigación de desarrollo en sistemas y servicios de salud de metodología cuantitativa, utilizando un instrumento validado en su constructo, que permite la aproximación a un nuevo conocimiento sobre el Entorno de la Práctica de Enfermería en el ámbito privado de nuestro país.

El período de investigación quedó comprendido entre los años 2017-2020.

4.2. Técnica y procedimientos

La presente investigación tiene tres fases:

Fase 1: Trabajo de mesa

Conocimiento del subsector privado del SNIS.

Conocimiento del instrumento utilizado.

Fase 2: Trabajo de campo

Aplicación de prueba piloto a trabajadores del sector privado.

Fase 3: Trabajo de mesa

Análisis estadísticos, aplicación de test V Cramer y Cronbach.

4.2.1. Fase 1: Trabajo de mesa. Conocimiento del subsector privado del SNIS.

Conocimiento del instrumento utilizado.

En el presente trabajo, en esta fase, se tomó en cuenta los aspectos estudiados y detallados en el Marco referencial para el subsector privado del SNIS.

Se realizó una muy amplia revisión bibliográfica y documental que inicialmente dio sustento al componente empírico, luego constructo y finalmente validación por expertos de la herramienta.

Nuestra participación desde el inicio en la investigación y a partir del *PES-NWI* permitió adecuar y crear la herramienta para medir el Entorno en el Uruguay. Por lo tanto, el tiempo de estudio y conocimiento al detalle de la conformación de cada dimensión hace que hoy se comprenda holística e integralmente la herramienta validada.

4.2.2. Fase 2: Trabajo de campo. Aplicación de prueba piloto a trabajadores del sector privado

La prueba piloto se refiere a la aplicación propiamente dicha del cuestionario a un grupo pequeño de participantes, con el objetivo de identificar y eliminar cualquier inconveniente en la estructura del instrumento (ver Anexo I). Con el fin de validar la confiabilidad de un instrumento para medir el Entorno de la Práctica de Enfermería se toma la decisión de aplicar en el subsector privado el instrumento creado y validado para Uruguay.

Para Capote Mir. R. (2000), contar con esta prueba preliminar del instrumento permite los cambios necesarios hasta obtener la herramienta final. “La validación 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” .³⁹

También Malhotra (2004) menciona: “la prueba piloto como la aplicación de un cuestionario a una pequeña muestra de encuestados para identificar y eliminar los posibles problemas de la elaboración de un cuestionario”.⁴⁰

Esta prueba piloto se propone como objetivo central obtener la validación de la confiabilidad y estabilidad en el tiempo, mejorar el instrumento y con los datos obtenidos estimar el grado de confiabilidad de la información, aspecto relevante en toda investigación científica.

Se solicitó a los 10 participantes que dieran su consentimiento para participar de esta investigación y lo firmaran (ver Anexo II). Así mismo, se explicó la confidencialidad de la información y, entre otros aspectos, que en 10 días sería necesario entregar el mismo instrumento para volver a completarlo porque era parte de nuestra investigación. De esta manera, se cumple con el requisito de test–retest.

El instrumento consta de 6 dimensiones, con un total de 118 ítems a valorar.


Tabla 11


Resumen del instrumento a utilizar con dimensiones, nombre y cantidad de ítems

Dimensiones	Nombre	No. de ítems
Dimensión I	Higiene y seguridad laboral	26 ítems
Dimensión II	Estilos de Gestión	31 ítems
Dimensión III	Fundamentos de Enfermería para la calidad del cuidado. Modelos y teorías de enfermería	20 ítems
Dimensión IV	Dotación y desarrollo de los recursos humanos	16 ítems
Dimensión V	Relaciones interdisciplinarias	13 ítems
Dimensión VI	Satisfacción del recurso humano	12 ítems

Para cada ítem el participante tiene 3 opciones de respuesta:

 0: No sabe / No corresponde

 1: SÍ

 2: NO

En el consentimiento informado 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.

Para mantener la confidencialidad de los datos, en la Oficina de Atención al Usuario de ambos prestadores quedó buzón rotulado para depositar el instrumento con las respuestas. Así mismo, se hizo en las dos instancias. Hay que destacar que fue necesario recordar a todos los participantes el compromiso asumido de entregar el retest, pues se constató que al plazo establecido restaban 4 instrumentos. Culminado el tiempo estipulado se recogieron los instrumentos, confeccionándose una tabla que recogió todas las respuestas (Anexo III: 1ª y 2ª instancia).

4.2.3. Fase 3: Trabajo de mesa. Análisis estadísticos. Aplicación de test V Cramer y Cronbach

Dado que este estudio tiene como finalidad validar el instrumento elegido, tanto desde la estabilidad en el tiempo y también la confiabilidad interna, desde la Estadística se utilizaron dos coeficientes que reflejan estas medidas: V de Cramer y Alfa de Cronbach. Los datos recogidos fueron sometidos al paquete de análisis estadísticos PSPP, aplicándose el coeficiente V de Cramer y el Alfa de Cronbach. Para medir la asociación entre variables, se utilizó el Coeficiente V de Cramer.

Este coeficiente es independiente del tamaño de la muestra y se utiliza en variables nominales cuando las categorías son de 2 o 3 clases (en este instrumento de 3 opciones de respuesta: 0 = no sabe, 1= SÍ y 2= NO).

El valor numérico del coeficiente oscila entre 0 y 1. Cuanto más cercano a 1 sea el resultado, se interpreta de forma que las variables estudiadas están más asociadas.

Es importante considerar que un resultado mayor que 0,2 en Ciencias Sociales se interpreta como una correlación significativa.

$$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

Para calcular el coeficiente V de Cramer se utiliza la siguiente fórmula:

Donde:

n: número total de casos.

min: menor número de categorías entre filas (*r*) y columnas (*c*).

Para Ji cuadrado: *o_i* representa a cada frecuencia observada y *e_i* representa a cada frecuencia esperada.

Para interpretar los valores obtenidos, podemos considerar la siguiente tabla:

Tabla 12

Interpretación de los valores del V de Cramer

Rangos	Interpretación
0 – < 0,2	No hay asociación
0,2	Asociación débil
>0,2 - < 0.6	Asociación moderada
> 0,6 - 1	Asociación fuerte

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{n(\min[r, c] - 1)}}$$

Fuente: Tabla de Elaboración propia en base a Isea, R. et al ⁴¹.

Para determinar la confiabilidad del instrumento, que mide la consistencia interna o fiabilidad, se utilizó el test Alfa de Cronbach que mide el grado en que todos los ítems del test se correlacionan entre sí. El valor del coeficiente de Cronbach aumenta cuando

las correlaciones en los valores son más altas, mejores correlaciones dan mayor fiabilidad al instrumento, por lo tanto, este valor es una medida intra-instrumento.

“El coeficiente de fiabilidad es afectado por la heterogeneidad de los individuos que contestan la prueba, cuanto más heterogéneo es el grupo de encuestados, mayor es el coeficiente de fiabilidad”⁴². Este coeficiente no es una característica única del instrumento en sí, si no que constata para un grupo específico, en un momento puntual, la situación en estudio.

La confiabilidad como consistencia interna valora la consistencia de los ítems, es decir, la graduación en que los ítems miden el mismo evento. El valor numérico que devuelve el análisis se considera confiable si los resultados de todos los ítems son similares, o sea existe una alta correlación entre ellos.

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum s^2}{ST^2} \right]$$

Donde:

α = coeficiente de Alfa de Cronbach.

k: número de ítems.

sumatoria s^2 = sumatoria de varianzas de los ítems.

ST^2 = varianza de la suma de los ítems.

De la revisión surge que no hay acuerdo entre los estadísticos vinculados al valor de referencia mínimo para la confiabilidad de los instrumentos o escalas en salud, por lo tanto, se puede considerar la siguiente referencia para interpretar los resultados según Campo-Arias⁴² (2008). Los valores numéricos de la escala del Alfa de Cronbach miden

la magnitud y varían entre 0 (Muy Baja) y 1 (Muy Alta). Los valores son aceptables cuando son iguales o superiores a 0,70 y menores o iguales a 0,90 y los valores son de alta confiabilidad cuando son superiores a 0,90. “La consistencia interna varía según las características de los participantes”⁴².

Tabla 13

Interpretación de resultados de Alfa de Cronbach

Rangos	Interpretación
> 0,90	Muy bueno
> 0,80 – < 0,90	Bueno
0,70 – 0,80	Aceptable
< 0,70	Inaceptable

Fuente: Tabla de elaboración propia en base a Campo-Arias y Oviedo ⁴² (2008).

4.3. 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 invitación para la participación en la Fase 2 de metodología se realizó por escrito, con la firma y contrafirma de los involucrados, asegurando su estricta voluntariedad, la cual fue inherente a cada profesional (ver Anexo II). Es de destacar que no existen riesgos potenciales de los sujetos participantes y el autor declara ausencia de conflicto de interés.

La presente investigación cuenta con el aval de la Comisión Académica del Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República (ver Anexo IV) y el Protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República (ver Anexo V).

El Capítulo IV describió el tipo de investigación y sus fases, también el instrumento y su composición. Contempló además las consideraciones pertinentes relacionadas a los aspectos éticos.

CAPÍTULO V

5.1. Resultados y discusión

Para presentar los resultados de la presente investigación debemos considerar algunos aspectos que se desarrollan a continuación.

De la revisión bibliográfica, las instancias de intercambio con diferentes jefes de Departamento de Enfermería del subsector privado, las consultas con integrantes de la CONAE y los encuentros con profesionales relevantes de la Enfermería de nuestro país surge que los elementos que componen el entorno de la práctica de este subsector están considerados en la conformación de las seis dimensiones que constituyen el instrumento original. Estas son: Higiene y seguridad laboral, Estilo de gestión, Modelo y teorías de enfermería, Dotación y desarrollo de los recursos humanos, Relaciones interdisciplinarias y Satisfacción del recurso humano.

Desde hace varios años, los prestadores integrantes del subsector privado de nuestro país vienen contemplando en sus planes estratégicos distintos ejes que de alguna manera están considerados en las 6 dimensiones o áreas de estudio. En lo que refiere a salud laboral desde hace 2 años están reglamentadas y en práctica las Comisiones de Salud Laboral. Con respecto a los estilos de gestión, se percibe que en el ámbito público los avances son más significativos, dado que se ha logrado participación de usuarios y trabajadores en lugares de toma de decisiones. En este aspecto, en el subsector privado la participación de estos colectivos es menor y en algunos casos es nula. Con relación al modelo de cuidado, predomina la teoría del autocuidado y el paradigma de brindar atención en forma holística e integral. Respecto a la dotación, los distintos Departamentos de Enfermería hacen un ajuste diario de su plantilla basándose en las recomendaciones de la CONAE, MSP y OPS. El mismo esfuerzo hacen en la

planificación de los programas de educación continua en pos de lograr o contribuir al desarrollo de su capital humano. Vinculado a la satisfacción del recurso humano el ámbito privado está atento, realizando encuestas de satisfacción al menos una vez al año, dando insumos a las empresas para elaborar los planes de apoyo y atención a sus trabajadores.

La prueba piloto se llevó a cabo con 10 trabajadores del subsector privado del SNIS. El instrumento creado para medir el entorno de la práctica de Enfermería contempla los dos niveles de ejercicio en Uruguay: Auxiliares y Licenciados en Enfermería. Del mismo modo y por esta razón, que en nuestro país la disciplina Enfermería está representada por dos niveles, la muestra contempla 6 Licenciados y 4 Auxiliares de Enfermería.

A continuación, en la Tabla 14 se caracteriza la muestra:

Tabla 14

Caracterización de la muestra de la prueba piloto

No. de participante	Sexo		Título		No. de empleos	Lugar de trabajo		Hijos	Edad
	F	M	AE	LE		INTERIOR	CAPITAL		
1		1		1	2		1	SI	46
2	1		1		1			NO	27
3	1		1		1			NO	45
4	1		1		1			SI	30
5	1			1	2		1	SI	40
6		1	1		2		1	SI	47
7	1			1	1		1	SI	39
8	1			1	1		1	SI	35
9	1			1	2		1	SI	35
10	1			1	1		1	NO	28

La muestra está compuesta por 8 mujeres y 2 hombres, 4 auxiliares de Enfermería (40%) y 6 licenciados en Enfermería (60%), 6 tienen 1 solo empleo y 4 tienen dos trabajos, 8 trabajan en el interior y 2 en la capital, tres no tienen hijos y el rango etario está comprendido entre 27 y 47 años.

En relación al conocimiento y validación de la herramienta, se realizó una vasta revisión de los diferentes artículos referenciados y consignados en la presente bibliografía.

El Entorno de Práctica de Enfermería se define como las características de la organización en el ambiente de trabajo que desarrollan o condicionan el quehacer de la Enfermería. Algunos ejemplos también consideran las relaciones con los administradores, con los médicos y la visión de la Enfermería por parte de las autoridades hospitalarias.

Los estudios internacionales toman como punto de partida para el diseño y elaboración de instrumentos la teoría generada en el instrumento PES-NWI. El trabajo de investigación de la enfermera Lake, autora del mencionado instrumento en 2002, desarrolla un nuevo conjunto de características organizacionales importantes desde el punto de vista teórico. Estas características, que se suman a las abordadas dentro del concepto de Hospital Magnético, favorecen el Entorno de la Práctica de Enfermería como un modelo deseable a aplicar²⁰.

Tal como concluye en su tesis, Sánchez Castro en 2014 sugiere “obviar el uso del PES-NWI y proceder con la aplicación de instrumentos diseñados y validados completamente para la medición de clima organizacional”²³. También menciona que “se requieren estudios que permitan definir las características de los ambientes de práctica de enfermería, medirlos (...), esclarecer las características propias de los lugares en donde trabajan los/las enfermeros/as”²³.

Por tanto, surgen como áreas fundamentales y de forma reiterada que influyen en el quehacer enfermero: la Higiene y seguridad laboral, Estilo de gestión, Modelo y teoría de enfermería, Dotación de los recursos humanos, Relaciones interdisciplinarias y Satisfacción del recurso humano.

La exploración de tesis, artículos y publicaciones permitió organizar y analizar las dimensiones arriba indicadas y referenciadas.

Las 6 dimensiones mencionadas con sus correspondientes ítems fueron las que consideró la Lic. Enf. Esp. Serrana Ostolaza (2019) en conjunto con dos investigadores en la creación y validación de constructo de un instrumento para medir el Entorno de la Práctica de Enfermería en el Uruguay.

Nuestro país no contaba hasta el momento con un instrumento validado en su contenido para medir el Entorno de la Práctica de Enfermería. Al continuar con esa línea de investigación, también se realizaron consultas a diferentes jefes de Departamentos de Enfermería en el Uruguay, indagando sobre posibles estudios aplicados en sus instituciones, con el fin de conocer la existencia o no de instrumentos y sus resultados. Ninguna de las instituciones consultadas contaba con mediciones anteriores, por lo tanto, tampoco obtuvimos resultados.

El instrumento seleccionado (ver Anexo I) fue producto de una investigación en sistemas de salud, que considera conocer el Entorno de la Práctica de Enfermería para el Uruguay. Fue sometido a la técnica de Delphi a un grupo de expertos seleccionados por su rol de asesor en acciones sanitarias y por su vasta experiencia, integrantes de la CONAE.

El instrumento elegido considera 118 ítems contenidos en 6 dimensiones y según los criterios de Moriyama muestra validez de contenido y apariencia, por lo que concluyo que “sirve para aplicar y medir el Entorno de la Práctica de Enfermería del Uruguay”⁷.

Esta investigación de validación por expertos se desarrolló entre los años 2017–2019, la tesis de Ostolaza fue defendida en julio 2020 y deja como aporte a la academia

un instrumento validado en su contenido para medir el Entorno de la Práctica de Enfermería para el Uruguay.

5.1.1. Realizar el estudio de la estabilidad en el tiempo. Aplicación del test V de Cramer

Para dar respuesta al objetivo específico de investigación de estabilidad en el tiempo del instrumento creado para medir el Entorno de la Práctica de Enfermería en el subsector privado del Uruguay, se presentan a continuación sus resultados y discusión al aplicar el test de V de Cramer. Para un mejor análisis, se desglosan los resultados de las seis dimensiones del instrumento.

Dimensión I: Higiene y seguridad laboral

Tabla 15

Resultados del V de Cramer para la Dimensión I

Ítems	V de Cramer
1	0,593
2	0,745
3	Todos lo mismo
4	Todos lo mismo
5	0,802
6	0,876
7	0,764
8	0,583
9	1
10	0,764
11	0,25
12	0,167
13	1
14	0,278
15	0,641
16	0,5
17	1
18	0,655

19	0,535
20	0,535
21	0,102
22	0,802
23	Todos lo mismo
24	0,548
25	0,218
26	0,733

Al estudiar los datos encontrados en el test–retest de esta dimensión se detectó que: el ítem 12 es inestable y por lo tanto se eliminó, además 3 de las 26 respuestas fueron idénticas en ambas instancias, por lo tanto, la tabla de contingencia sobre la cual se calcula el test estadístico V de Cramer, basado en Ji cuadrado, no nos permitió el cálculo por presentar una única categoría. De esta forma, y tomando en cuenta los valores que se muestran, en las dos instancias se entiende que existe una fuerte asociación porque son las mismas respuestas. Se destaca que el 52% de los resultados en esta dimensión tienen una fuerte asociación, dado que se encuentran el rango 0.6 a 1.

Dimensión II: Estilo de gestión

Tabla 16

Resultados del V de Cramer para la Dimensión II

Ítem	V de Cramer
27	0.714
28	0.722
29	0.787
30	0.721
31	0.587
32	0.345
33	0.479
34	0.707
35	0.85
36	0.707
37	0.568
38	0.764
39	0.667
40	0.708

41	0.901
42	0.764
43	0.218
44	0.524
45	1
46	0.667
47	0.612
48	1
49	0.802
50	0.769
51	0.667
52	0.882
53	0.709
54	0.509
55	0.655
56	0.749
57	0.272

Para esta dimensión el 74% de los ítems califican con alta asociación.

Dimensión III: Fundamentos de Enfermería para la calidad del cuidado.

Modelos y teorías de Enfermería

Tabla 17

Resultados del V de Cramer para la Dimensión III

Ítem	V de Cramer
58	0.692
59	0.816
60	0.667
61	0.167
62	0.667
63	0.408
64	0.000
65	0.711
66	0.493
67	0.894
68	1.000
69	0.612
70	0.791

71	1.000
72	0.667
73	0.764
74	0.711
75	0.655
76	0.167
77	NC

Para el caso de esta importante dimensión hay dos ítems que hay que retirar, puesto que los valores de V de Cramer han dado muy bajos, por lo tanto, tienen poca dependencia y escasa asociación. El resultado es inestable.

Dimensión IV: Dotación y desarrollo de los recursos humanos. Resultados del V de Cramer para la Dimensión IV

Tabla 18

Resultados del V de Cramer para la Dimensión IV

Ítem	V de Cramer
78	0.791
79	0.802
80	1
81	0.641
82	0.753
83	0.816
84	0.658
85	1
86	0.655
87	0.667
88	1
89	0.673
90	0.433
91	0.418
92	0.486

Los recursos humanos son el capital más importante de una empresa sanitaria. Su desarrollo y sus dotaciones ajustadas a los estándares internacionales son fundamentales a la hora de prestar cuidados enfermeros. En concordancia con el concepto

anteriormente desarrollado, el test de Cramer en esta dimensión mostró un 80% de fuerte asociación.

Dimensión V: Relaciones interdisciplinarias. Resultados del V de Cramer para la Dimensión V

Tabla 19

Resultados del V de Cramer para la Dimensión V

Ítem	V de Cramer
94	1
95	0.600
96	0.742
97	0.802
98	0.742
99	0.588
100	0.707
101	0.707
102	0.592
103	0.845
104	0.787
105	0.667
106	0.707

En esta dimensión el 85% de los ítems califican con alta asociación. El resultado es muy estable.

Dimensión VI: Satisfacción del recurso humano. Resultados del V de Cramer para la Dimensión VI

Tabla 20

Resultados del V de Cramer para la Dimensión VI

Ítem	V de Cramer
107	0.848
108	0.816
109	0.802
110	0.218
111	1
112	NC

113	NC
114	0.764
115	1
116	1
117	0.612
118	0.673

Los resultados de esta dimensión son muy robustos, dado que el 90% de los ítems califican con alta asociación.

5.1.2. Estudiar la confiabilidad interna. Aplicación del test Alfa de Cronbach

En respuesta al objetivo específico sobre el estudio de la confiabilidad interna del instrumento se presentan a continuación los resultados y su discusión al aplicar el test de Alfa de Cronbach.

El resultado global obtenido del Alfa de Cronbach es: 0.936, indicando la muy buena confiabilidad de la nueva herramienta para el subsector privado. Para un mejor análisis, se desglosan los resultados de las seis dimensiones del instrumento.

Dimensión I: Higiene y seguridad laboral

Al aplicar el test de Alfa de Cronbach surgen resultados bajos a moderados, lo que indican que deben eliminarse algunos ítems para lograr una mayor consistencia interna del instrumento. En primera instancia, el resultado nos indica eliminar el número 12, *Recibe educación sobre higiene postural y mecánica corporal*, y posteriormente, el número 26, *La institución dispone de un área para la gestión de los conflictos laborales*, número 25, *Las demandas superan los recursos del trabajador*, número 22, *El turno de trabajo asignado dificulta la interacción familiar y social* y número 13, *Se trabaja en prevención de alteración de la función visual para poder trabajar con los sistemas informáticos*.

Los ítems que están sugeridos quitar por el test comparten un contenido amplio. Algunas de las palabras contenidas en los constructos de cada ítem se refieren a

conceptos que pueden interpretarse de diferentes maneras, por ejemplo, educación, demanda superada, interacción familiar y social. En relación con los sistemas informáticos es importante aclarar que, si bien en estos momentos la historia clínica electrónica es fundamental como documento para respaldar el accionar de enfermería, dentro del horario de trabajo el registro no es la actividad que implica mayor tiempo en una jornada laboral.

Estos ítems con baja puntuación son de poca calidad y examinan escasamente el constructo. Con la reducción en el número de ítems se logra obtener un aumento en la consistencia.

Se quitaron cinco ítems para el subsector privado por muy baja consistencia, en consecuencia, esta dimensión presenta 21 ítems.

Finalmente, el resultado del Alfa de Cronbach para la Dimensión I es 0.727, por lo tanto, la consistencia interna de esta dimensión es aceptable. En Anexo VI se encuentra el proceso reflejado en las tablas que muestran los pasos realizados quitando los ítems necesarios para lograr un resultado consistente.

Dimensión II: Estilos de gestión

El Alfa de Cronbach para esta dimensión es alto, lo que significa que los ítems que la componen están muy correlacionados y no es necesaria la modificación en el número de ítems. El resultado del Alfa de Cronbach para la Dimensión II es de: 0.81, logrando una confiabilidad buena (ver Tabla 21).

Dimensión III: Fundamentos de Enfermería para la calidad del cuidado.

Modelos y teorías de Enfermería

En esta dimensión, el resultado del Alfa de Cronbach es de 0.785, en consecuencia, la consistencia de los ítems es aceptable.

Dimensión IV: Dotación y desarrollo de los recursos humanos

En esta dimensión, al aplicar el test de Alfa de Cronbach surge resultado bajo. En consecuencia, se muestra que debe eliminarse los ítems número 93 y número 82 para lograr una mayor consistencia interna del instrumento.

Desde el inicio, la estadística indica que hay que quitar el ítem número 93, *Se identifican y promueven acciones para la equidad de género*. Aquí cabe mencionar que el concepto de equidad de género atraviesa a las otras variables que componen esta dimensión de forma transversal. Además, hay que considerar que es un concepto relativamente nuevo para las personas y forma parte de la agenda de trabajo desde hace poco tiempo atrás.

Para el ítem número 82, *La dotación de personal de su servicio cumple con la sugerencia del Ministerio de Salud*, podría explicarse que el test estadístico sugiere su retiro, debido a que la dotación del personal de enfermería, que el Ministerio de Salud solicita para que se cumpla, en los prestadores no es conocida en su globalidad por el personal de enfermería. Este estándar es de uso por parte de personal de enfermería vinculado a cargos de gestión.

Esta dimensión queda finalmente queda compuesta por 14 ítems. El resultado del Alfa de Cronbach para la Dimensión IV es de: 0.745, por lo tanto, se logra un nivel de consistencia aceptable. En Anexo VII se encuentra las tablas que muestran los cambios realizados para lograr un resultado consistente.

Dimensión V: Relaciones interdisciplinarias

En esta dimensión el cálculo del Alfa de Cronbach es alto, 0.81 desde el inicio, en consecuencia, no es necesario un ajuste en el número de ítems, por lo tanto, continúa formado por 13 ítems, indicando una consistencia interna “buena” de acuerdo con los criterios de Campo-Arias.

Dimensión VI: Satisfacción del recurso humano

En esta dimensión, al calcular el test de Alfa de Cronbach surge un resultado que se mejora con la sugerencia de quitar el ítem número 116, *La institución brinda a los funcionarios estabilidad laboral*.

El concepto de este constructo tiene connotaciones de interpretación personal, subjetivo, donde cada trabajador contempla y prioriza aspectos diferentes del mismo. Además, varios de los ítems que componen esta dimensión hacen referencia a aspectos que perfectamente contemplan a la estabilidad laboral.

Por lo tanto, el resultado que se obtiene finalmente es de 0.731, que es aceptable. Esta dimensión continúa con 11 ítems. En Anexo VIII se presentan las variaciones realizadas para obtener un resultado de alta magnitud.

Finalmente, el Alfa de Cronbach para el instrumento es de 0.936, lo que implica que el instrumento para el subsector privado es fiable, con una confiabilidad muy buena y consistente desde el punto de vista de las mediciones y distinto al de partida.

En Anexo IX se puede encontrar el nuevo instrumento para medir el Entorno de la Práctica de Enfermería en el subsector privado (IMEPE SSP), luego de las adecuaciones necesarias desde el punto de vista estadístico, con un total de 108 ítems para las seis dimensiones.

Tabla 21*Resultados inicial y final de Alfa de Cronbach por dimensión para el instrumento*

Dimensiones	Nombre	Alfa de Cronbach	
		INICIAL	FINAL
D I	Higiene y seguridad laboral	0.574	0.727
D II	Estilos de gestión	0.81	0.81
D III	Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado. Modelos y teorías de enfermería.	0.779	0.785
D IV	Dotación y desarrollo de los recursos humanos	0.605	0.745
D V	Relaciones interdisciplinarias	0.81	0.81
D VI	Satisfacción del recurso humano	0.66	0.731
Total			0.936

5.2. Conclusiones

Este punto corresponde al desarrollo de las conclusiones de la presente investigación, las cuales surgen de un trabajo pormenorizado para dar respuesta a los objetivos planteados al inicio de esta tesis. Finalmente, se describen las conclusiones generales y recomendaciones a raíz de los hallazgos de este estudio.

A partir del instrumento validado por expertos surge como premisa que podrían existir diferencias en los Entornos de la Práctica de Enfermería para el sector público y el privado. Luego de transitar las etapas descritas en el Capítulo IV, donde la prueba piloto fue crucial para la aplicación de los test estadísticos V de Cramer y Alfa de Cronbach se concluye que realmente el instrumento para el subsector privado es distinto al que se creó y validó por expertos.

Si tomamos en cuenta que el 54% de la población recibe asistencia en instituciones privadas, también se concluye que es relevante la aplicación de este nuevo instrumento validado, con el fin de conocer el estado de situación, vinculado a los entornos de esas instituciones. Aportará a los gestores oportunidades de mejora, así como el desarrollo de planes de acción que contemplen indicadores para su evaluación.

Ha quedado establecida una herramienta compuesta con 108 ítems agrupados en seis dimensiones con una asociación fuerte indicada por el test de Cramer y una confiabilidad del tipo consistencia interna también muy robusta.

Este instrumento fundamentado en una extensa revisión bibliográfica, que además contempló las ideas principales de los Hospitales Magnéticos como índice de calidad asistencial, se ha constituido en una herramienta sólida, eficaz y oportuna para la medición del Entorno de la Práctica de Enfermería en el subsector privado.

Esta tesis de Maestría en Gestión de Servicios de Salud ha respondido a la pregunta de investigación, al objetivo general y a los específicos planteados al comienzo del estudio.

5.3. Recomendaciones

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.
- Compartir la herramienta con asociaciones de usuarios y gremiales, tomando en cuenta que, como representantes sociales en directorios o consejos consultivos, podrían propiciar su uso para fortalecer las gestiones.

Este capítulo describió, los elementos del sector privado y características de la herramienta empleada. También quedó contemplado aquí, la respuesta a los objetivos planteados: la aplicación y resultados de los dos test estadísticos utilizados para la validación del instrumento (Cramer y Cronbach). Se muestra un análisis para cada dimensión y finalmente se describen las conclusiones y recomendaciones.

Referencias bibliográficas

1. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Día mundial de la salud 2020. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/dia-mundial-salud-2020> [consulta: 8 agosto 2020].
2. Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Anuario Estadístico 2017. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/496405/Anuario+2017.pdf/ea4a21e5-2b2a-41b1-99d2-9312cd97700a> [consulta: 24 mayo 2020].
3. Uruguay. Presidencia de la República. Objetivos de desarrollo sostenible. Informe Nacional Voluntario- Uruguay 2017. [Internet]. 2017. Disponible en: https://ods.gub.uy/images/OPP_informe_completo_digitalUV.pdf [consulta: 7 junio 2020].
4. González Keusseian N. Hay más usuarios del sistema de salud que habitantes en el país. El País. [Internet]. 2018 Agosto 9. Disponible en: <https://www.elpais.com.uy/informacion/salud/hay-usuarios-sistema-salud-habitantes-pais.html> [consulta: 22 agosto 2020].
5. Raffo M. Mutualistas advierten por doble cobertura de 400.000 usuarios en SNIS; para MSP son 230.000. Crónicas. [Internet]. 2017 Febrero 3. Disponible en: <http://www.cronicas.com.uy/portada/mutualistas-advierten-doble-cobertura-400-000-usuarios-snis-msp-230-000/> [consulta: 22 agosto 2020].
6. González P, Pérez M, Núñez SD. 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: 18 junio 2020].

7. Ostolaza S. Creación y validación de un instrumento para medir el entorno de la práctica de enfermería, Uruguay 2019. [tesis]. Montevideo: Facultad de Enfermería, UdelaR; 2020.
8. Hernández Cantoral A, Zarate Grajales RA. Hospital magnético: escenario ideal que garantiza calidad del cuidado y la satisfacción laboral en enfermería. *Enfermería Universitaria* [Internet] 2011; 8(2): 25. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n2/v8n2a5.pdf> [consulta: 21 mayo 2015].
9. Organización Mundial de la Salud. Entornos laborales saludables: fundamentos y modelos de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo. [Internet] 2010. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf [consulta: 28 enero 2017].
10. Baumann A. Lugares de trabajo=atención de calidad al paciente. [Internet]. 2007. Disponible en: <http://devwebcge.assecospain.es/internacional/cie/send/25-cie/341-02-3-da-internacional-de-la-enfermera-2007-entornos-de-prctica-favorables> [consulta: 26 octubre 2017].
11. Regulación del ejercicio de la profesión universitaria de Enfermería y de Auxiliar de Enfermería. Ley 18.815 de 30 setiembre de 2011. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18815-2011> [consulta: 16 junio 2016].
12. Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad. [Internet] 2011. Disponible en: <https://www.ine.gub.uy/documents/10181/35289/analispais.pdf> [consulta: 24 mayo 2020].

13. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Población afiliada a ASSE, IAMC y Seguros Privados Integrales, según censos. Serie 2005-2019. [Internet].2020. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/poblacion-afiliada-asse-iamc-seguros-privados-integrales-segun-censos-serie-2005-2019> [consulta: 8 agosto 2020].
14. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud. Situación de los recursos humanos en Salud de Uruguay. [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Bolet%C3%ADn%20Estad%C3%ADstico%202014.pdf> [consulta: 11 julio 2020].
15. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud): cobertura a más de 2 millones y medio de personas. [Internet] 2017. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/snis-sistema-nacional-integrado-de-salud-cobertura-mas-de-2-millones-y-medio> [consulta: 5 agosto 2020].
16. . González P, Langone D, Suarez A. La enfermería en el Uruguay: características actuales y perspectivas de desarrollo. [Internet]. 2010. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/la-enfermeria-en-el-uruguay-caracteristicas-actuales-y-perspectivas-de> [consulta: 29 mayo 2016].
17. Uruguay. Organización Internacional del Trabajo. C149 - convenio N° 149 sobre el personal de enfermería. [Internet]. 1977. Disponible en:

http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C149 [consulta: 27 enero 2017].

18. La calidad asistencial en la Unión Europea. [Internet] 2005. Disponible en:
<https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/2005/Cap3CalidadAsistencialEuropa.pdf> [consulta: 15 setiembre 2019].
19. García Ruiz, JA, Canca JC, Jiménez Puente A, Pérez Trueba E. Calidad Asistencial. En: Temes Montes JL. Mengíbar Torres M. Gestión Hospitalaria. 5ª. ed. Mexico: MCGRAW-HILL; [Internet] 2011. Disponible en:
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookId=1492§ionId=98856607> [consulta: 15 setiembre 2019].
20. Juvé Udina ME, Farrero Muñoz S, Monerde Prat D, Hernández Villen O, Sistac Robles M, Rodríguez Cala A, et al. Análisis del contexto organizativo de la práctica enfermera. El nursing work index en los hospitales públicos. Metas de Enferm [Internet] 2007; 10(7): 67-73. Disponible en:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33784/1/615384.pdf> [consulta: 19 abril 2016].
21. Orts Cortes MI. Validez de contenido del practice environment scale of de Nursing Work Index (PES- NWI) en el ámbito europeo [tesis] [internet]. 2011. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/21852/1/tesis_orts.pdf [consulta: 29 mayo 2016].
22. Gómez JP, Morales Asencio JM, Sesé Abad A, Bannasar 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].

23. Sánchez Castro JC. "Afinación del instrumento para medir entornos de la práctica de Enfermería: Practice Environment Scale of the Nursing Work Index PES-NWI. [tesis] [internet] 2014. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/52707> [consulta: 26 mayo 2016].
- Aiken LH, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith HL, Flynn L, Neff DF. The Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments. *Med Care* [Internet] 2011; 49(12): 1047–53. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3217062/> [consulta: 29 mayo 22. 2016].
24. 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: 19 abril 2016]. Consejo Internacional de Enfermería. Las enfermeras: una fuerza para el cambio, eficaces en cuidados, eficientes en costos. [Internet] 2015. Disponible en: https://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/CarpetaDIE.pdf [consulta: 9 julio 2018].
25. Aiken LH, Mullin M. Hospitales con magnetismo: un modelo de organización para mejorar los resultados de los pacientes. *Enfermería Clínica* [Internet] 1995; 5(6):259-62. [consulta: 7 abril 2016].

26. Lowe GS. Healthy workplace strategies: creating change and achieving results. [Internet] 2004. Disponible en: <https://www.longwoods.com/content/16975> [consulta: 7 julio 2009].
27. Grawitch MJ, Ledford GE, Ballard DW, Barber LK. Leading the healthy workforce: the integral role of employee involvement. Consulting Psychology Journal: Practice and Research [Internet] 2009; 61(2):122–35. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/230753448_Leading_the_healthy_workforce_The_integral_role_of_employee_involvement [consulta: 3 julio 2009].
28. 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?ua=1 [consulta: 10 setiembre 2009].
29. Consejo Internacional de Enfermería. Las enfermeras: una fuerza para el cambio, eficaces en cuidados, eficientes en costos. [Internet] 2015. Disponible en: https://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/Carpeta DIE.pdf [consulta: 9 julio 2018].
30. Villar H. Gestión de servicios de salud. Montevideo: Zona Editorial; 2012.
31. Uruguay. Instituto Nacional de Calidad. Modelo de mejora continua. [Internet] 2011. Disponible: <https://inacal.org.uy/modelos-de-calidad> [consulta: 25 mayo 2017].
32. Gillies DA. Gestión de enfermería: una aproximación a los sistemas. Barcelona: Masson; 1994.
33. Kreitner R, Kinicki A. El comportamiento de las organizaciones. [Internet]. 1997. Disponible:

- https://www.academia.edu/35636754/Kreitner_Robert_Comportamiento_De_La_s_Organizaciones.PDF [consulta: 31 mayo 2017].
34. Uruguay. Organización Internacional del Trabajo. C149 - Convenio sobre el personal de enfermería, 1977 (núm. 149). [Internet]. Disponible https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C149 [consulta: 9 julio 2018].
35. Organización Internacional del Trabajo. Convenios Internacionales. Disponible: <https://www.gub.uy/ministerio-trabajo-seguridad-social/politicas-y-gestion/convenios-internacionales-0> [consulta: 9 julio 2018].
36. Reglamentación del convenio internacional del trabajo n° 155 sobre prevención y protección contra riesgos derivados de cualquier actividad. Decreto N°291/007 de 20 de agosto de 2017. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/291-2007/1> [consulta: 9 julio 2018].
37. Reglamentación de la ley n° 18.815 relativa a la regulación del ejercicio de la profesión universitaria de enfermería y de auxiliar de enfermería. Decreto N° 354/014 de 10 diciembre 2014. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/354-2014> [consulta: 9 julio 2018].
38. Lucero I, Meza S. Validación de Instrumentos para medir conocimientos. [Internet] 2018. Disponible en: https://nanopdf.com/download/validacion-de-instrumentos-para-medir-conocimientos_pdf [consulta: 22 agosto 2020].
39. Capote Mir R. Método estadístico. La Habana. In press 2000.
40. Malhotra Naresh K. Investigación de Mercados.2004. Editorial Pearson. México. 5° Edición.
41. Isea R, Ojeda V, Fernández J, Gutiérrez A, Salazar V. Coeficiente V de Cramer. [Internet] 2018. Disponible en:

<https://mariafatimadossantosestadistica1.files.wordpress.com/2018/06/coeficientes-v-de-cramer-y-c-de-pearson.pdf> [consulta: 22 agosto 2020].

42. Campo-Arias A, Oviedo HC. Propiedades Psicométricas de una Escala: la consistencia interna. Rev. Salud Pública [Internet] 2008; 10(5):831-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/422/42210515.pdf> [consulta: 15 agosto 2020].

Bibliografía Consultada

- Balderas ML. Administración de los Servicios de Enfermería. Mc Graw Hill. 5ª.Ed. 2009
- Ballesteros Bayardo H, Vitancurt Vitancurt AM, Sánchez Puñales SD. Bases científicas de la administración. México: McGraw-Hill; 1997.
- Barrios Casas S, Paravic Klijn T. Promoción de la salud y un entorno laboral saludable. Rev Latino Am Enferm [Internet] 2006; 14(1): 136-41. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100019&lng=en&nrm=iso&tlng=es [consulta: 18 febrero 2016].
- Contreras V, Reynaldos GK, Cardona LC. Clima, ambiente y satisfacción laboral: un desafío para la enfermería. Rev Cubana Enferm [Internet] 2015; 31(1). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/478/116> [consulta: 15 abril 2016].
- García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la Investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. México: Mc Graw-Hill; 2014.

- Leddy S, Pepper JM. Bases conceptuales de la enfermería. [Internet] 1989. Disponible en:
https://www.google.com/search?rlz=1C1CHBF_esUY874UY875&sxsrf=ALeKk02IWfFg4xL-tvDeI33DgZr_4szvuA%3A1605542257061&ei=caGyX4OJA8Sf5OUPzOKqUA&q=.+Bases+conceptuales+de+la+enfermer%C3%ADa+Leddy+S%2C+Pepper+JM&oq=.+Bases+conceptuales+de+la+enfermer%C3%ADa+Leddy+S%2C+Pepper+JM&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQDDoECAAQRzoHCCEQChCgAVC0b1ihf2CgmwFoAHACeACAAZ8BiAGbA5IBAzAuM5gBAKABAqABAaoBB2d3cy13aXrIAQjAAQE&scient=psy-ab&ved=0ahUKewjDhZ3_toftAhXED7kGHUyxCgoQ4dUDCA0 [consulta: 8 agosto 2016].
- Margall MA, Duquette A. El ambiente del entorno de trabajo en un hospital universitario: percepción de las enfermeras. *Enferm Intensiva* [Internet] 2000; 11(4): 161-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-el-ambiente-del-entorno-trabajo-X1130239900201309> [consulta: 15 enero 2016].
- Organización Panamericana de la Salud. Área de fortalecimiento de sistemas de salud. Unidad de recursos humanos para la salud. Regulación de la enfermería en América Latina. [Internet] 2011. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16768& [consulta: 5 mayo 2016].
- Pérez Campo MA, Sánchez García I, Pancorbo Hidalgo PL. Valoración del entorno de la práctica profesional por enfermeras españolas que participan en foros de internet. *Enferm Clin* [Internet] 2013; 23 (6): 271-8. Disponible en:

- <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-valoracion-delentorno-practica-profesional-S1130862113001174> [consulta: 25 mayo 2017].
- Sánchez Castro J. Afinación del instrumento para medir entornos de la práctica de enfermería: practice environment scale of the nursing workIndex PES-NWI [tesis] [internet] 2014. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/52707> [consulta: 28 junio 2016].
- Segredo Pérez AM. Clima organizacional en la gestión del cambio para el desarrollo de la organización. Rev Cub Salud Pública [Internet] 2013; 39(2): 385-93. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v39n2/spu17213.pdf> [consulta: 19 junio 2016].
- Sistema nacional integrado de salud. Ley N° 18.211 de 13 diciembre de 2007. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1851401.htm> [consulta: 29 setiembre 2016].
- Rivero Sánchez C, López Alonso SR. ¿Es válida la adaptación española de la Escala de Entorno de Práctica de Enfermera del Nursing Work Index para Atención Primaria? Index Enferm [Internet] 2014; 23(3): 188-90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200016&lng=en&nrm=iso&tlng=en [consulta: 28 enero 2016].
- Torres Contreras CC. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. Av Enferm [Internet] 2010; 28(2): 98-110. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n2/v28n2a09.pdf> [consulta: 29 junio 2016].
- Urquiza R. Satisfacción laboral, y calidad del servicio de salud. Rev. Méd. La Paz [Internet] 2012; 18(2): 65-9. Disponible en:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200012 [consulta: 12 abril 2016].

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

Disponible en:

<http://www.ine.gub.uy/documents/10181/39317/Uruguay+en+cifras+2012.pdf/8a922fc6-242a-4ecc-a145-c334825c8dbd> [consulta: 14 junio 2017].

ANEXOS

Anexo I

DIMENSION I: HIGIENE Y SEGURIDAD LABORAL			
<p>"La Higiene en el Trabajo, es un conjunto de normas y procedimientos tendientes a la protección de la integridad física y mental del trabajador, preservándolo de riesgos de salud inherentes a las tareas y/o funciones de su cargo y al ambiente físico donde se ejecutan. - La Seguridad del trabajo es el conjunto de medidas técnicas, educacionales, médicas y psicológicas empleadas para prevenir accidentes, tendientes a eliminar las condiciones inseguras del ambiente y a instruir o convencer a las personas acerca de la necesidad de implantación de prácticas preventivas." Villar H. Gestión de servicios de salud. Montevideo: Zona Editorial; 2012.</p>			
	PUNTUACION		
	0= NO SABE/NO CORRESPONDE	1= SI	2= NO
Items de la Dimensión 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 su tareas y/o funciones cuenta con iluminación, temperatura, espacio, higiene, mobiliario suficiente y en condiciones óptimas.			
8)-Su espacio laboral está libre de contaminación sonora.			
9)- El desempeño de sus tareas le implica una carga física excesiva.-			
10)-La institución le ofrece herramientas para la manipulación de cargas,movilización de pacientes.-			
11)- La Institución le ofrece elementos de protección personal para agentes químicos y biológicos.-			
12)- Recibe educación sobre higiene postural y mecánica corporal.-			
13)-Se trabaja en prevención de alteraciones de la función visual para poder trabajar con los sistemas informáticos.			
14)- El trabajador recibe instrucción teórica y práctica sobre el uso y mantenimientos de las máquinas, herramientas, nuevas tecnologías y equipos de protección individual y colectiva.-			
15)- Según la tarea que desempeña se establecen controles periódicos del estado de salud del trabajador.			
16)-Se cuenta con un sistema de control para la vigencia del carne de salud del personal de enfermería (incluidas vacunas obligatorias)y su plan de mejora			
17)-l 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			
<p>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.</p> <p>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</p>			
	PUNTUACION		
Items de la Dimensión II:	0= NO SABE/NO	1= SI	2= NO
27)-El personal conoce la Misión, Visión, Valores y objetivos institucionales.			
28)- El Estilo de la Dirección Institucional permite un modelo de colaboración interdisciplinario de trabajo y comunicación.			
29)-El Jefe del Departamento de Enfermería cumple con los requisitos de la Ley N° 18.815, es Especialista, Magister o Doctor en Enfermería			
30)- El / la Jefe de Departamento de enfermería es muy visible y accesible al personal.			
31)- El Jefe de departamento de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital o /Institución.			
32)- El Liderazgo de Enfermería es claro y está definido.			
33)- La toma de decisiones es compartida con la Alta Dirección.-MACRO-MESO Y MICRO			
34)- El Departamento de Enfermería involucra al personal del área operativa para la toma de decisiones.			
35)-Estan establecidas reuniones periodicas del equipo de enfermería.			
36)-Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería			
37)- Las Enfermeras se involucran en la gestión interna del Hospital/Institución (comités, grupos de trabajo, etc.).			
38)-Existe y se conoce la definición de perfiles y competencias			
39)- Se permite el desarrollo de la práctica clínica para cada enfermero, según la descripción de cargos.-			
40)-Existen manuales y protocolos para la Práctica de Enfermería en cada área asistencial.-			
41)- Los protocolos y manuales se difunden y son accesibles.-			
42)-Existen canales de comunicación para recepcionar quejas y sugerencias .			
43)-Los planes de cuidados de Enfermería son registrados de manera sistemática.			
44)- La Institución y el Departamento de Enfermería brindan oportunidades de desarrollo clínico y profesional.			
45)-Estan sistematizadas las evaluaciones de los usuarios sobre la atención de enfermería			
46)-Existen Programas activos de desarrollo profesional o formación continuada para enfermeras.			
47)- Hay oportunidades de ascender tomando en cuenta formación académica, evaluación de desempeño y antigüedad.			
48)-Hay un programa de orientación y seguimiento para las enfermeras de reciente incorporación			
49)-La/o supervisora/o apoya a las enfermeras.			
50)- La supervisora/o cumple con sus funciones.			
51)- La supervisora/o es líder.			
52)-La supervisora/o respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico.			
53)-La Supervisora fomenta instancias de participación donde se compartan dificultades y logros por parte del equipo, vivenciando este espacio como una			
54)-La Licenciada operativa cumple funciones de líder del equipo.			
55)- El Auxiliar de enfermería participa de la planificación de los cuidados.-			
56)- El Auxiliar de enfermería realiza tareas de coordinación que no son inherentes a su cargo			
57)-Se cuenta con un sistema de registro de los cuidados incorporada a la Historia Clínica			

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

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

Cada modelo define los cuatro conceptos en forma diferente y enfoca desde distintos puntos de vista las relaciones que se dan entre ellos. La utilización de un método conceptual permite describir, explicar y predecir las acciones necesarias para la prestación de los cuidados de enfermería. Balderas Pedrero M, Administración de los Servicios de Enfermería. 7º 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 iatrogenicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso." Tiene como componentes principales la eficacia, eficiencia, nivel científico -tecnico, adecuación y como componenetes adicionales: accesibilidad, competencia, relaciones interpersonales, seguridad, comodidad, satisfacción de usuarios y trabajadores.Mompart García MP, Durán Escribano M. Administración y gestión. 2º ed. Madrid: DAE; 2009. (pagina 412-430)

	PUNTUACION		
	0= NO SABE/NO CORRESPOND	1= SI	2= NO
Items de la Dimensión III:			
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 mejorar continuamente sus procesos. En el lugar de trabajo debe haber una calidad de vida que impulse al trabajador al logro de objetivos desafiantes pero realistas. La inteligencia de los individuos debe lograr una sinergia que lleve a los procesos a sus mejores niveles de competitividad, se puede lograr una inteligencia colectiva mayor que la de las inteligencias individuales. Uruguay. Instituto Nacional de Calidad. Modelo de Mejora Continua. [Internet] 2011. Disponible: http://www.inacal.org.uy/files/userfiles/MMC_2011_versi_n_final.pdf

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

Items de la Dimensión V	PUNTUACION		
	0= NO 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 (transgresión 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			

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

Anexo II. 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 la 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. La participación del personal de enfermería será inherente a cada persona, con carácter estrictamente voluntario.

El instrumento será entregado en forma personal con el instructivo de uso.

Consentimiento informado:

Yo.....; doy mi consentimiento para participar de la investigación “Creación y Validación de un Instrumento para medir el Entorno de la Práctica de Enfermería; Uruguay 2019”.

Se me ha informado del proceso de la misma y que la información será manejada de forma confidencial y que se mantendrá el anonimato de los participantes.

Tengo conocimiento que por participar no recibiré ninguna retribución económica y que me puedo retirar en cualquier momento de la investigación.

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

.....

Firma del Participante: Contrafirma: C.I

Firma del Investigador que releva la información:.....

Forma de Comunicación con el Investigador:.....

Anexo III. Tabla de Resultados

Puntuación: 0=NO CUMPLE/NO CORRESPONDE 1=SI 2=NO		DIMENSION I: HIGIENE Y SEGURIDAD LABORAL																									
	PARTICIPANTES	1	1b	2	2b	3	3b	4	4b	5	5b	6	6b	7	7b	8	8b	9	9b	10	10b	11	11b	12	12b	13	13b
PRIVADO	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2
	12	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2
	13	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2
	14	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	2	1	1	2	1	2	2	0	1	0	1	2	2	2
	15	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2
	16	2	2	2	2	1	1	1	1	1	0	0	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	0
	17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2
	18	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	1	1	0	1	2	1	2
	19	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2
	20	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1

PUNTAJÓN: 0=NO VALIABLE/NO CORRESPONDE; 1=SI; 2=NO	DIMENSION I: HIGIENE Y SEGURIDAD LABORAL
---	--

	PARTICIPANTES	14	14b	15	15b	16	16b	17	17b	18	18b	19	19b	20	20b	21	21b	22	22b	23	23b	24	24b	25	25b	26	26b	
PRIVADO	11	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	
	12	2	1	1	2	1	0	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	0	0	
	13	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	0	0
	14	0	1	2	2	0	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	0	2	
	15	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2
	16	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2
	17	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1
	18	1	2	0	1	0	2	0	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	0	1
	19	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	1	0	2	1	2	0	2
	20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1

DIMENSION II: ESTILO DE GESTION

PARTICIPANTES	43	43b	44	44b	45	45b	46	46b	47	47b	48	48b	49	49b	50	50b	51	51b	52	52b	53	53b	54	54b	55	55b	56	56b	57	57b	
11	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1
12	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1
13	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	
14	1	1	1	1	0	0	1	1	1	2	2	2	2	1	0	1	0	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	0	1
15	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	
16	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1
17	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1
18	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	1	2
19	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1

DIMENSION IV: DOTACION Y DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS.

PARTICIPANTES	78	78b	79	79b	80	80b	81	81b	82	82b	83	83b	84	84b	85	85b	86	86b	87	87b	88	88b	89	89b	90	90b	91	91b	92	92b	93	93b	
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	
12	1	1	1	1	2	2	0	2	2	2	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	2	0	1	0	0	2	2	
13	0	0	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	1	1	0	0	2	2	1	1	0	0	2	2	0	0	
14	1	2	1	1	2	2	0	2	2	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	1	0	1	1	1	1	0	2	2	1
15	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1
16	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0
17	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	1	
18	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	0	2	2	2	2	1	1
19	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1	
20	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	0	0

DIMENSION V: RELACIONES INTERDISCIPLINARES

PARTICIPANTES	94	94b	95	95b	96	96b	97	97b	98	98b	99	99b	100	100b	101	101b	102	102b	103	103b	104	104b	105	105b	106	106b	
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	
12	1	1	2	2	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	2	2	1	1	1	2	
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	
14	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	0	1	2	1	0	1	2	1	0	1	2	2	1	0	1	1	
15	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2
16	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	
17	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1
18	1	1	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	0	0	1	2	0	0	1	1	0	0	1	1	2	1	
19	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1	
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	0	0	1	1	0	0	

DIMENSION VI: SATISFACCIÓN DEL RECURSO HUMANO

PARTICIPANTES	107	107b	108	108b	109	109b	110	110b	111	11b	112	112b	13	113b	114	114b	115	115b	116	116b	117	117b	118	118b	
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
12	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2
13	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	0	0	2	2	2	2	2
14	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
15	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1
16	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
17	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2
18	0	0	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
19	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2
20	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2

Anexo IV. Aval Comisión Académica

Anexo V.

Montevideo, 1 de octubre de 2018

De: Comité de Ética de la Investigación.

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

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

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

En tanto lo expresado el protocolo presentado es aprobado por este comité.

Sin más atentamente,

Prof. Inés Umpiérrez

Prof. Adj. Claudia Morosi

Prof. Adjunto Araceli Otarola

Dr. Alejandro Caraballo

Lic. José Lusi Priore

SEDE CENTRAL: JAIME CIBILS 2810. TEL: (598) 2487-00-50 /2487-00-44 FAX: (598) 2487-00-43

SEDE HOSPITAL DE CLÍNICAS DR. MANUEL QUINTELA: Avda. Italia s/n 3er piso TELE-FAX: (598) 2480-78-91/2487-69-67

C.P.: 11600 página web: www.fenf.edu.uy correo electrónico: secretaria@fenf.edu.uy

Montevideo-República Oriental del Uruguay

Anexo VI. Dimensión I - Higiene y seguridad laboral

Ítem	Alfa de Cronbach si se elimina el i-ésimo ítem
1	0.608
2	0.590
3	0.576
4	0.576
5	0.526
6	0.456
7	0.520
8	0.548
9	0.631
10	0.542
11	0.530
12	0.566
13	0.604
14	0.562
15	0.540
16	0.503
17	0.553
18	0.513
19	0.573
20	0.573
21	0.590
22	0.559
23	0.576
24	0.609
25	0.644
26	0.537

1° PASO
se eliminó
el ítem 12

Ítem	Alfa de Cronbach si se elimina el i-ésimo ítem
1	0.604
2	0.576
3	0.567
4	0.567
5	0.507
6	0.444
7	0.512
8	0.540
9	0.622
10	0.527
11	0.511
13	0.595
14	0.546
15	0.543
16	0.478
17	0.535
18	0.506
19	0.561
20	0.561
21	0.586
22	0.549
23	0.587
24	0.609
25	0.639
26	0.537

Ítem	Alfa de Cronbach si se elimina el i-ésimo ítem
1	0.706
2	0.677
3	0.679
4	0.679
5	0.640
6	0.581
7	0.647
8	0.659
9	0.716
10	0.660
11	0.637
13	0.708
14	0.661
15	0.666
16	0.666
17	0.604
18	0.646
19	0.
20	0.586
21	0.549
22	0.567
23	0.609
24	0.639
26	0.537

2° PASO
se eliminó
el ítem 25

3° PASO
se eliminó
el ítem 24

Ítem	Alfa de Cronbach si se elimina el i-ésimo ítem
1	0.706
2	0.677
3	0.679
4	0.679
5	0.640
6	0.581
7	0.647
8	0.659
9	0.716
10	0.660
11	0.637
13	0.708
14	0.666
15	0.666
16	0.604
17	0.646
18	0.643
19	0.681
20	0.681
21	0.695
22	0.672
23	0.679
26	0.666

4° PASO
se eliminó
el ítem 13

Ítem	Alfa de Cronbach si se elimina el i- ésimo ítem
1	0.720
2	0.688
3	0.696
4	0.696
5	0.659
6	0.609
7	0.670
8	0.680
9	0.733
10	0.678
11	0.655
14	0.727
15	0.688
16	0.683
17	0.628
18	0.662
19	0.668
20	0.700
21	0.700
22	0.688
23	0.696
26	0.684

Anexo VII. Dimensión IV - Dotación y desarrollo de los recursos humanos

Ítem	Alfa de Cronbach si se elimina el i-ésimo ítem
78	0.603
79	0.638
80	0.657
81	0.557
82	0.643
83	0.537
84	0.514
85	0.580
86	0.557
87	0.594
88	0.588
89	0.558
90	0.558
91	0.551
92	0.508
93	0.692

1° PASO
se eliminó el
ítem 93

Ítem	Alfa de Cronbach si se elimina el i-ésimo ítem
78	0.700
79	0.709
80	0.729
81	0.640
82	0.745
83	0.653
84	0.663
85	0.685
86	0.658
87	0.681
88	0.688
89	0.644
90	0.648
91	0.649
92	0.609

2° PASO
Se eliminó
el ítem 82

Ítem	Alfa de Cronbach si se elimina el i-ésimo ítem
78	0.603
79	0.638
80	0.657
81	0.557
83	0.537
84	0.514
85	0.580
86	0.557
87	0.594
88	0.588
89	0.558
90	0.558
91	0.551
92	0.508

Anexo VIII. Dimensión VI – Satisfacción del Recurso Humano

Ítem	Alfa de Cronbach si se elimina el i-ésimo ítem
107	0.683
108	0.540
109	0.598
110	0.590
111	0.584
112	0.621
113	0.656
114	0.635
115	0.638
116	0.731
117	0.670
118	0.611

1º PASO
se eliminó
el ítem 116

Ítem	Alfa de Cronbach si se elimina el i-ésimo ítem
107	0.683
108	0.540
109	0.598
110	0.590
111	0.584
112	0.621
113	0.656
114	0.635
115	0.638
117	0.670
118	0.611

Anexo IX. Nuevo instrumento

INSTRUMENTO PARA MEDIR ENTORNO PRÁCTICA ENFERMERIA SUBSECTOR PRIVADO (IMEPE SSP)			
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:	PUNTUACIÓN		
	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,movilización de pacientes.-			
11) La Institución le ofrece elementos de protección personal para agentes químicos y biológicos.			
12) 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.-			
13) Según la tarea que desempeña se establecen controles periódicos del estado de salud del trabajador.			
14) 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			
15) El servicio cuenta con un protocolo de actuación frente a accidentes con exposición a sangre y fluidos .			
16) La institución respeta los horarios asignados.			
17) La institución propone cambios de turnos inesperados, que provocan alteración en su ritmo biológico.			
18) La desorganización en la planificación de las guardias, afectan su equilibrio biológico y social.			
19) La elección de turnos es discutida con los interesados.			
20) La elección de turnos es impuesta por la institución.			
21) La Institución dispone de un área para la Gestión de los Conflictos laborales.			

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

**INSTRUMENTO PARA MEDIR ENTORNO PRÁCTICA ENFERMERIA SUBSECTOR PRIVADO
(IMEPE SSP)**

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

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

Cada modelo define los cuatro conceptos en forma diferente y enfoca desde distintos puntos de vista las relaciones que se dan entre ellos.

La utilización de un método conceptual permite describir, explicar y predecir las acciones necesarias para la prestación de los cuidados de enfermería. Balderas Pedrero M, Administración de los Servicios de Enfermería. 7° 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 más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso." Tiene como componentes principales la eficacia, eficiencia, nivel científico-técnico, adecuación y como componentes adicionales: accesibilidad, competencia, relaciones interpersonales, seguridad, comodidad, satisfacción de usuarios y trabajadores. Mompert García MP, Durán Escribano M. Administración y gestión. 2° ed. Madrid: DAE; 2009. (pagina 412-430)

Items de la Dimensión III:	PUNTUACIÓN		
	0= NO SABE / NO CORRESPONDE	1= SI	2= NO
53) Existe un modelo de atención definido de enfermería que domina el entorno del cuidado de los pacientes.			
54) El Modelo es conocido por todo el personal de enfermería.-			
55) Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de uno médico			
56) Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes.			
57) Se realizan planes de cuidado, actualizados y por escrito, de cada paciente.			
58) El servicio dispone de un plan de orientación del usuario al servicio y cuidados de enfermería.			
59) El servicio cuenta con un plan de alta de enfermería incorporada a la HC y escrita para el usuario.			
60) Se dispone de un sistema de referencia y contrareferencia para la derivación de los usuarios a un sistema de cuidados enfermeros.			
61) 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)			
62) Hay continuidad de los planes de cuidados entre los diferentes turnos.			
63) Enfermería utiliza Escalas de Clasificación de Riesgo de UPP, de caídas, de Nivel de dependencia en la gestión del cuidado.			
64) 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.			
65) La Licenciada de Enfermería al gestionar el Servicio a su cargo, elabora y prioriza planes de cuidados de cada paciente.			
66) La Licenciada de Enfermería, brinda atención directa a aquellos pacientes que lo requieran.			
67) El auxiliar de enfermería Ejecuta bajo supervisión las actividades del proceso de atención de enfermería que le fueren delegadas.			
68) El auxiliar de enfermería ejecuta cuidados de enfermería no inherentes a su cargo.- (por ejemplo: procedimientos invasivos).			
69) Enfermería planifica la administración de los cuidados, (no a demanda).			
70) La gestión del cuidado se realiza según el nivel de dependencia.			

**INSTRUMENTO PARA MEDIR ENTORNO PRÁCTICA ENFERMERIA SUBSECTOR PRIVADO
(IMEPE SSP)**

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:	PUNTUACIÓN		
	0= NO SABE / NO CORRESPONDE	1= SI	2= NO
71) 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.			
72) Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras.			
73) Hay suficientes enfermeras en la guardia para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes.			
74) Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo.			
75) El servicio tiene estudiada la dotación del personal de enfermería.			
76) El Servicio cuenta con un plan estratégico para resolver los problemas de dotación del personal de enfermería.			
77) La demanda de trabajo genera cargas y tensiones equitativas y soportables.			
78) Sus tareas se limitan a la descripción de cargos.			
79) El Servicio dispone de un plan de inducción para el personal.			
80) Se realiza inducción a todo el personal que ingresa, por primera vez, o por rotación interna, de forma sistemática.			
81) El personal participa en la definición de los criterios y parámetros para la evaluación de desempeño individual y grupal.			
82) Se realizan evaluaciones de desempeño individual y grupal, sistemáticas, en función de los parámetros definidos para cada puesto.			
83) Existe retroalimentación sistemática respecto a la evaluación de desempeño.			
84) Se aplican medidas en forma planificada para conocer la percepción del funcionario de su clima laboral.			

**INSTRUMENTO PARA MEDIR ENTORNO PRÁCTICA ENFERMERIA SUBSECTOR PRIVADO
(IMEPE SSP)**

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

Items de la Dimensión V	PUNTUACIÓN		
	0= NO SABE / NO CORRESPONDE	1= SI	2= NO
85) Los médicos y enfermeras tienen una buena relación laboral.			
86) Los médicos valoran las observaciones y juicios de las enfermeras.			
87) Los médicos reconocen las contribuciones de las enfermeras al cuidado de los pacientes.			
88) Hay trabajo en equipo entre el colectivo de enfermería y médicos.			
89) Se incluye a otros integrantes del equipo de Salud en la asistencia al usuario y toma de decisiones.			
90) Los médicos respetan a las enfermeras como profesionales.			
91) Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos.			
92) Los médicos se colocan como centros de decisión y consideran para sí la supervisión del trabajo de otros profesionales.			
93) La comunicación interna entre los integrantes del equipo de salud es adecuada.			
94) La comunicación entre los integrantes del equipo de salud, usuario y familia es adecuada.			
95) 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, bulling, no cumplir normas, ruptura de la confidencialidad).			
96) En caso de existir conductas inapropiadas hay protocolos de actuación establecidos.			
97) Ha detectado situaciones de discriminación, violencia física y/o psicológica.			

**INSTRUMENTO PARA MEDIR ENTORNO PRÁCTICA ENFERMERIA SUBSECTOR PRIVADO
(IMEPE SSP)**

DIMENSION VI: SATISFACCIÓN DEL RECURSO HUMANO

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

Items de la Dimensión VI:	PUNTUACIÓN		
	0= NO SABE / NO CORRESPONDE	1= SI	2= NO
98) La tarea que desarrolla está de acuerdo con sus competencias.			
99) La remuneración que recibe es adecuada.			
100) La remuneración que recibe es según el laudo y la considera adecuada.			
101) Se hacen elogios y reconocimientos al trabajo bien hecho.			
102) Tiene deseo de ir a trabajar.			
103) En el desempeño de su puesto de trabajo se siente satisfecho.			
104) Existen incentivos o premios por objetivos y/o metas alcanzadas.			
105) El tiempo libre en sus horas laborales es suficiente.-			
106) La organización le ofrece buenas condiciones para el descanso en el tiempo libre.			
107) Tiene sentimiento de pertenencia a la Institución.			
108) La Institución mide sistemáticamente la Satisfacción del funcionario.			