

Elementos esenciales de los entornos profesionales enfermeros en Atención Primaria y su influencia en la calidad del cuidado.

Essential elements of professional nursing environments in Primary Care and their influence on the quality of care.

AUTORES

Vicente Gea-Caballero (1), Enrique Castro-Sánchez (2), Raúl Juárez-Vela (3), Miguel Ángel Díaz-Herrera (4), Isabel De Miguel-Montoya (5), José Ramón Martínez-Riera (6).

(1) PhD. Escuela Universitaria de Enfermería La Fe (Valencia / España). Centro adscrito Universidad de Valencia. IIS La Fe. Avda. Fernando Abril Martorell 106. Torre H Pabellón Docente. 46026 Valencia.

(2) PhD. Imperial College London (UK). Londres SW7 2AZ, Reino Unido.

(3) PhD. Universidad San Jorge (Zaragoza / España). Autovía A23 Mudéjar, km. 299, 50830 Villanueva de Gállego, Zaragoza.

(4) MsC. CS Cornellà-2 SantIldelfons, InstitutCatalà de la Salut (Barcelona/España). Avinguda de la República Argentina, s/n. 08940 Cornellà de Llobregat.

(5) PhD. Escuela Universitaria de Enfermería La Fe (Valencia / España). Centro adscrito Universidad de Valencia. IIS La Fe. Avda. Fernando Abril Martorell 106. Torre H Pabellón Docente. 46026 Valencia.

(6) PhD. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante. Ctra. De San Vicente dels Raspeig s/n. 03690 San Vicente dels Raspeig. Alicante (España).

Correspondencia:

Dr. Vicente Gea Caballero.

C/Masalavés nº 13-4-10

46260 Alberic (Valencia/España).

Tfnos: 961244841 extensión 244841. Fax: 961973084

E-mail: gea_vic@gva.es

No se declaran financiación total ni parcial. Sin conflictos éticos ni de intereses.

TÍTULO ABREVIADO: Elementos clave para la mejora del cuidado en Atención Primaria.

Resumen: 1651 caracteres

Abstract: 1483 caracteres

Cuerpo del artículo: 16622 caracteres

Qué se conoce/ Qué aporta: 1392 caracteres

RESUMEN

Objetivos

Conocida su influencia sobre la calidad del cuidado, pretendemos con nuestro estudio valorar las características de los entornos profesionales enfermeros en Atención Primaria de Salud (APS) de la Comunidad Canaria, y determinar cuáles son los elementos clave de dichos entornos para mejorar la calidad del cuidado.

Método

Estudio observacional, transversal, analítico, en APS de Canarias, con el cuestionario Practice Environment Scale - Nursing Work Index. Se midieron variables sociodemográficas, puntuaciones en el test, y se seleccionaron los ítems fundamentales que las enfermeras consideran que facilitan prestar cuidados de calidad. Se valoró la normalidad de la muestra, y se calcularon estadísticos no paramétricos y paramétricos para analizar la relación entre variables (IC=95% error=5%).

Resultados

Participaron 144 enfermeras. Puntuación media total=81,6. Las 5 dimensiones oscilaron entre puntuaciones medias de 2,25-2,92 (rango 1 a 4). Se seleccionaron 12 elementos clave para mejorar los cuidados: 6 fueron positivos en Canarias, 2 mixtos, y 4 negativos. 7 de los 12 elementos pertenecen a la dimensión 2 (fundamentos enfermeros). Ser coordinadora mostró significación ($p<.000$) con mayores puntuaciones. Años de experiencia mostró significación ($p<.021$) con la puntuación obtenida en los 12 elementos clave, más alta a menor experiencia.

Conclusiones

Los entornos en APS de Canarias son similares a los antecedentes en España. Como áreas de mejora: recursos humanos y participación de las enfermeras en la gestión. Los gestores enfermeros deben conocer sus entornos, implantando cambios prioritariamente sobre los elementos esenciales.

Palabras clave: Enfermería, Atención Primaria, Condiciones de Trabajo, Mejoramiento de la Calidad, Calidad de la atención de salud.

ABSTRACT

Objectives

Nursing work environments (NWE) are key determinants of care quality. Our study aimed to evaluate the characteristics of nursing environments in primary care settings in the Canary Islands, and identify crucial components of such environments to improve quality.

Method

We conducted a cross-sectional study in primary care organisations using the Practice Environment Scale - Nursing Work Index (PES-NWI) tool. We collected sociodemographic variables, PES-NWI scores, and selected the essential items conducive to optimal care. Appropriate parametric and non-parametric statistical tests were used to analyse relations between variables (CI = 95%, error = 5%).

Results

144 nurses participated. The total score was 81.6. The results for the five dimensions included in the PEW-NWI ranged from 2.25 - 2.92 (Mean). Twelve key items for quality of care were selected; six were positive in Canary Islands, two were mixed, and four negative. 7/12 items were included in Dimension 2 (“Fundamentals of Nursing”). Being a manager was statistically associated with higher scores ($p < .000$). Years of experience were inversely associated with scores in the 12 items ($p < .021$).

Conclusions

Nursing work environments in primary care settings in Canary Islands are comparable to others previously studied in Spain. Areas to improve were human resources and participation of nurses in management decisions. Nurse managers must be knowledgeable about their working environments so they can focus improvements on key dimensions.

Keywords: Nursing, Primary Health Care, Working Conditions, Quality Improvement, Quality of Health Care.

INTRODUCCIÓN

El magnetismo en salud nace en 1983 en Estados Unidos (EEUU) a partir de un estudio que concluyó que existían diversas fuerzas y elementos que favorecen la retención de enfermeras en sus empresas, evitando la movilidad de profesionales¹. Dichos centros “magnéticos” obtienen mejores resultados en los pacientes, con mayor seguridad y menos complicaciones no deseadas²⁻⁴, configurando entornos excelentes para la práctica profesional enfermera⁴⁻⁵.

Evidenciados dichos beneficios, se desarrollaron herramientas para medir los entornos de práctica profesional enfermera (EPPE) en EEUU, que paulatinamente se han adaptado y validado en numerosos países para medir las características de los EPPE en centros sanitarios. De entre ellos destacamos, por el interés para nuestro estudio, dos de ellos: el Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)⁶ y el Essentials of Magnetism (EOM), en versiones 1 y 2⁵⁻⁷. La herramienta más utilizada y con mejores resultados metodológicos para evaluar dichos entornos es el Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)⁸⁻⁹, adaptado y validado en España específicamente para Atención Primaria de Salud (APS)¹⁰.

Con EOM, las autoras, además de contribuir al desarrollo de las mediciones de EPPE, solicitaron a las enfermeras que seleccionaran, de entre los ítems propuestos, los que a su juicio eran los atributos más importantes para mejorar el cuidado enfermero en entornos hospitalarios de EEUU, seleccionando 10 ítems (“esenciales”), de los que 8 acaparaban la mayor parte de la varianza. En sus conclusiones, Kramer propuso⁷ los factores más importantes de los EPPE para la mejora del cuidado, elegidos por enfermeras clínicas: formación de las enfermeras, trabajar con otras enfermeras clínicamente competentes, relaciones adecuadas entre médicos/enfermeras, autonomía y control sobre la práctica clínica, cultura de la institución centrada en el paciente, recursos humanos suficientes y recibir apoyo por parte de los/las gestores.

Mensik¹¹ planteó que si las fuerzas magnéticas en ámbitos hospitalarios (que propician altos estándares de calidad) presentan una clara relación entre modelo organizativo, calidad del cuidado y seguridad del paciente, en el ámbito domiciliario podría suceder lo mismo. Así, estudió en EPPE domiciliarios si los factores

esenciales eran similares, encontrando que 7 de los 8 atributos esenciales fueron idénticos. Algunos estudios en EEUU¹² relacionaron la calidad del EPPE con resultados como menor internamiento, ingresos y complicaciones en entornos domiciliarios. En España encontramos algunos estudios sobre EPPE de APS¹³⁻¹⁴.

Por ello, creemos pertinente y pretendemos con nuestro estudio: 1- Explorar la opinión de enfermeras que desempeñan su actividad en APS de Canarias sobre la existencia de determinados elementos que consideren prioritarios para poder prestar cuidados de alta calidad. 2- valorar dichos EPPE, ya que puntuaciones elevadas en el test han mostrado evidencia de predecir cuidados excelentes, alta calidad y mayor seguridad para los pacientes. Ello nos permitirá asimismo detectar fortalezas y áreas de mejora.

METODOLOGÍA

Diseño: Estudio observacional, transversal, analítico, exploratorio. (2015-2017).

Población y ámbito del estudio: enfermeras de APS de Canarias (N=556); muestra final n=144 (tasa respuesta=25,9%). Muestreo no probabilístico por conveniencia y distribución del cuestionario por mail a contactos profesionales de agentes clave en Canarias, con criterios de inclusión tener más de 3 meses de experiencia en APS y en el mismo centro, además de su consentimiento explícito. Criterios de exclusión: enfermeras con contratos no estructurales en APS, de corta duración (<3meses).

Variables:

Independientes (VI): sexo (cualitativa dicotómica), edad (categorizada cualitativa ordinal), nivel de estudios enfermeros (cualitativa ordinal), años de experiencia en APS (categorizada cualitativa ordinal), ejercer coordinación o gestión (cualitativa dicotómica). Dependientes (VD): Puntuaciones en PES-NWI (cuantitativa).

Recogida de datos: cuestionario PES-NWI validado y adaptado (España) para APS (31 ítems); mide la calidad de los EPPE en 5 dimensiones: Participación de las enfermeras en los asuntos del centro, fundamento enfermero para la calidad del cuidado, liderazgo de la coordinación, recursos humanos y relaciones enfermeras/médicos. Se pidió a los participantes que eligieran los 10 elementos que, a su juicio, eran fundamentales para ofrecer cuidados de la máxima calidad

(cualitativa dicotómica: Sí/No es esencial). Los datos se recogieron mediante formulario de Google® autocumplimentado anónimo (protección de datos según normativa vigente).

Análisis de datos: SPSS v21, calculando estadísticos descriptivos (frecuencia/porcentaje, Media y DE), puntuación global del test y de cada dimensión. Se aplicó prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de la distribución, y estadísticos no paramétricos para grupos pequeños (Kruskal-Wallis) y paramétricos (ANOVA, t student) para analizar la relación entre variables (IC=95% y error=5%).

Aspectos éticos: Se solicitó consentimiento informado explícito a todos los participantes (autorización como paso previo a acceder al cuestionario), así como permisos del comité de ética e investigación. Los autores no declaran conflictos éticos, morales, financiación ni beneficio económico.

RESULTADOS

Se obtuvieron 144 válidas (99,31%), sin valores perdidos. El grupo más numeroso es entre 41-50 años (41%). El 9,72% eran coordinadoras. El 69,4% son mujeres. El 27,8% tiene algún Máster. El 59,7 tiene más de 10 años de experiencia. El 9,72% ejerce cargo gestor (Tabla 1).

Tabla 1.

La puntuación media global del test ha sido de 81,61 (DE±16,24), oscilando las dimensiones entre 2,25 y 2,92 puntos (Tabla 2):

Tabla 2.

Estos resultados en las Dimensiones (D1 a D5) muestran que la D1 presente una calificación mixta (alrededor de 2,5), la D2, D3 y D5 de calidad positiva (>2,5), y la D4 es negativa (<2,5), según criterios previos (12).

El test no paramétrico de Kolmogorov-Smirnov contrasta la normalidad de la variable puntuación total para la muestra obtenida.

Los elementos que las enfermeras de Canarias han considerado relevantes como facilitadores de los cuidados que prestan a los usuarios son (Tabla 3 y Figura 1):

Tabla 3.

A continuación, presentamos los resultados de los 12 elementos que se han considerados esenciales (criterio ad hoc > 39,6% elecciones) (Tabla 4), destacando que la media es similar a la media obtenida con el cuestionario completo (2,70-2,68 respectivamente):

Tabla 4.

La participación de la enfermera en la gestión del centro es el elemento más importante para las enfermeras participantes, que además ha obtenido una puntuación negativa en Canarias. Consideramos elementos positivos en APS de Canarias (>2,5): uso de diagnósticos enfermeros, continuidad del cuidado, competencia y formación de las enfermeras, calidad del liderazgo de las coordinadoras y relaciones apropiadas enfermeras/médicos. Consideramos elementos mixtos o dudosos (2,5): filosofía y modelo enfermero, programa de calidad. Como elementos negativos (<2,5): participación en la gestión, desarrollo profesional y recursos humanos enfermeros.

Se aplicó la prueba de Kruskal Wallis (no homogeneidad de varianzas), Anova (normalidad de la muestra) y T de Student (normalidad de la muestra) para valorar las relaciones entre VI (sociodemográficas/profesionales) y VD (puntuación total en el cuestionario), obteniendo los siguientes resultados (Tabla 5):

Tabla 5.

Ejercer cargo de coordinación ha mostrado significación con las puntuaciones totales y por dimensiones de PES-NWI. Esta relación es positiva (coordinadoras muestran puntuaciones más elevadas). Años de experiencia no mostró significación, pero sí la selección de los 12 elementos esenciales.

DISCUSIÓN

Hemos pretendido conocer la valoración que las enfermeras hacen de los EPPE de APS en Canarias (España), determinando una serie de componentes profesionales clave que permitan la mejora del cuidado. Secundariamente, se han analizado las relaciones de las puntuaciones obtenidas con variables sociodemográficas y profesionales.

A nivel sociodemográfico, destacamos un 60% de participantes con más de 10 años de experiencia, y asumimos a priori un buen conocimiento del ámbito de APS.

La puntuación global obtenida (81,61 puntos) representa la percepción que las propias enfermeras tienen de su entorno profesional, y que calificamos¹² de positivo (>77,5 puntos) y similar a los estudios hechos en otras Comunidades Autónomas en APS, aunque ligeramente superior en Canarias¹³⁻¹⁴.

Recursos humanos (RRHH) (D4) y la participación de las enfermeras en los asuntos del centro (D1, más específicamente participación en la gestión y desarrollo profesional), con las menores puntuaciones obtenidas, son las debilidades encontradas, que los gestores deberían afrontar.

En las relaciones entre las VI y VD (puntuaciones), hemos encontrado relación significativa entre la variable coordinación y la puntuación global. Este resultado es concordante con estudios previos¹⁴.

No hemos podido determinar que existan otras relaciones significativas entre variables y la puntuación obtenida. Esto va en contra de algunos antecedentes, que han mostrado relación significativa con los años de experiencia¹³; pero si aislamos los 12 elementos esenciales, vemos que sí surge relación significativa ($p < .021$) a favor del grupo con menos experiencia, en línea con antecedentes¹⁴⁻¹⁵. La edad de los participantes también ha mostrado significación en algunos estudios previos, en los que se mostró que a menor edad de la enfermera existía tendencia a obtener puntuaciones más elevadas¹⁵.

La variable sexo en nuestros resultados concuerda con antecedentes, al no mostrar relación con la puntuación obtenida ¹⁴.

En relación con la determinación de una serie de elementos fundamentales de los EPPE, destacamos que el *liderazgo de la coordinadora/gestora* ha sido uno de los elegidos por las enfermeras Canarias, ya que todos los antecedentes consideran que el apoyo y liderazgo de las gestoras en enfermería es el factor más importante para la mejora del cuidado, estudiado tanto con diseños cuantitativos¹²⁻¹³ como cualitativos¹⁶, y siendo un aspecto clave sobre otros elementos esenciales que hemos seleccionado: el *desarrollo profesional* y para fomentar la *participación de la enfermera en la gestión del centro*¹⁵. Estos elementos facilitan la incorporación de prácticas clínicas basadas en evidencias, que contribuyen a la mejora de la calidad y seguridad¹⁵.

Por ello afirmamos que siendo la dimensión mejor valorada, es una fortaleza de la APS del modelo organizativo de Canarias.

En relación con la *continuidad del cuidado*, Martínez Riera¹⁸ destaca que el cupo poblacional es un requisito para la calidad, por el factor conocimiento y mejora de la relación comunicativa; es un hecho comprendido y consolidado por el modelo de APS en España (cupos, unidades básicas de atención, etc.)

La existencia de un *programa de calidad* también es relevante: existencia de programas calidad, las búsqueda y logro de acreditaciones, y la participación de las enfermeras en la gestión de dicha calidad. Afirmamos que la gestión clínica y de cuidados por enfermeras será una vía adecuada para la mejora de la calidad¹⁹.

La *existencia de una filosofía y modelo enfermero común* la definimos como un conjunto de valores y creencias organizacionales¹¹, y afirmamos que hay que impregnar de ellos a las enfermeras, definiendo un modelo de trabajo común. Es un reto y un obstáculo conseguirlo, dado el enfoque biologicista del sistema²⁰.

Las *relaciones adecuadas enfermera/médico* siempre ha destacado en los antecedentes^{15,5,21}. Si son adecuadas creemos que suponen “autonomía relacional”, respeto profesional e independencia en la toma de decisiones, que mejora la atención a los pacientes. Esa autonomía enfermera está respaldada por datos como la incorporación de enfermeras de práctica avanzada en el cuidado de pacientes crónicos en EEUU, eficientes y con resultados cualitativos positivos²². Esta

característica suele ser bien valorada en los estudios en APS de España, con puntuaciones >2,5, positivas^{13,14,23}.

La percepción de *escasez de enfermeras de plantilla* es un hecho destacable^{12,19} siendo una gran debilidad del modelo de APS, pues los planes de desarrollo no pueden desvincularse de la existencia de suficientes RRHH. Como mantiene Ruíz¹⁹, un correcto dimensionamiento de las plantillas es fundamental para lograr cuidados de calidad, dada la escasez de enfermeras en relación con otros países. Nosotros consideramos que pretender el desarrollo profesional (nuevas competencias y roles enfermeros) sin aumentar los RRHH, es una contradicción. Escasez de enfermeras también significa no disponer de tiempo suficiente para desarrollar actividades de mejora, como sesiones clínicas, formativas, interconsultas entre profesionales, etc. Esta dimensión ha sido negativa en Canarias, siendo la peor valorada (negativa) en todos los estudios realizados en APS en España^{13,14,23}. Con estos datos, cabe reflexionar sobre las prioridades organizacionales de nuestro sistema sanitario, no solo de Canarias.

También se ha considerado clave la *competencia de las enfermeras*^{19,24}. Según Heierle²⁵, a pesar de que las enfermeras generalistas dan buena respuesta a los problemas de la población, la mejora partirá con la incorporación de enfermeras especialistas. Planteamos que el desarrollo de competencias avanzadas en enfermería comunitaria es incompatible con perpetuar modelos organizativos actuales, siendo necesario que la propia organización genere cambios con roles más activos para las enfermeras, incorporando especialistas.

La competencia la relacionamos con otro elemento clave: *disponer en plantilla de enfermeras bien formadas*^{26,27}. Creemos que la competencia se alcanza con formación y experiencia. En los estudios magnéticos, pronto se observó que las enfermeras estaban “especialmente” preparadas, lo que explicaba su calidad²⁸. El progreso formativo reciente de las enfermeras (grados, másters, especialidad, doctorados), sin duda ayudará al desarrollo de competencias, nuevas responsabilidades, mayor control y autonomía en la práctica, y con ello la mejora de la calidad. Además, según Buerhaus²⁹, una mayor formación también generará mejores líderes y gestores, lo que nosotros interpretamos como un círculo positivo de mejora en cascada, al desencadenar mejores resultados en otros elementos clave.

En relación con el *uso de diagnósticos enfermeros*, y a pesar de que las enfermeras canarias lo consideran clave, no encontramos antecedentes al respecto en relación con los EPPE; interpretamos por ello ausencia de unanimidad en que el uso de un lenguaje estandarizado sea determinante para la excelencia del cuidado.

Creemos importante señalar que, de los 12 elementos que hemos fijado como prioritarios para mejorar el cuidado, 8 de ellos sean coincidentes con un estudio desarrollado en entornos domiciliarios en EEUU con el cuestionario EOM¹¹, lo que refuerza nuestra propuesta de que existen ciertos elementos que favorecen la mejora de la calidad del cuidado.

También destacamos que, de los 12 ítems seleccionados, 7 se obtienen de la D2 (Fundamentos enfermeros para la calidad del cuidado), estando 4 de ellos entre las 6 primeras elecciones. Este hecho demuestra la importancia de esta dimensión para las enfermeras.

Como limitación, creemos que una muestra de 144 participantes con división en subgrupos menores puede tener influencia en el resultado, si bien se han usado los estadísticos apropiados. Siendo el estudio exploratorio, la generalización de los resultados también puede verse afectada por este motivo, así como por el tipo de muestreo, que también podría afectar a la validez de los datos. La transversalidad del estudio tampoco permite establecer relaciones causa/efecto.

Concluimos que la percepción que las enfermeras tienen de los EPPE en APS en Canarias ha sido positiva, y en línea con los encontrados en otras Comunidades como Madrid y Baleares, destacando como áreas de mejora su percepción de la escasez de enfermeras, una escasa participación de las enfermeras en los procesos de gestión y dificultades para el desarrollo profesional.

Además, las enfermeras han elegido y priorizado una serie de elementos de los EPPE que les facilitarían mejorar sus cuidados, por lo que los gestores enfermeros deben asumir que los entornos facilitan u obstaculizan el cuidado, y deben estudiar sus EPPE para modificarlos y favorecer así la excelencia y la mejora de los resultados en salud, priorizando dichos cambios sobre los elementos señalados como esenciales por las enfermeras.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) McClure ML, Poulin MJ, Sovie M, Wandelt M. Magnet hospitals. Attraction and retention of professional nurses. Task Force on Nursing Practice in Hospitals. American Academy of Nursing. ANA Publ. 1983;(G-160):1-135.
- (2) Santillán García A. Evidencia para determinar el impacto de la designación "Hospital Imán" sobre la práctica en enfermería y los resultados de los pacientes. Ene 2015;9(1).
- (3) Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Heede KVd, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet 2014;383(9931):1824-1830.
- (4) Trinkoff A, Johantgen M, Storr C, Han K, Liang Y, Gurses A, et al. A Comparison of Working Conditions Among Nurses in Magnet® and Non-Magnet® Hospitals. JONA 2010;40(7/8):309-315.
- (5) Kramer M, Schmalenberg C. The practice of clinical autonomy in hospitals: 20 000 nurses tell their story. Crit care nurse 2008;28(6):58.
- (6) Lake ET. Development of the practice environment scale of the nursing work index. Res Nurs Health 2002;25(3):176-188.
- (7) Kramer M, Schmalenberg C. Development and evaluation of essentials of magnetism tool. J Nurs Manage 2004;34(7-8):365-378.
- (8) Gajewski B, Boyle D, Miller P, Oberhelman F, Dunton N. A Multilevel Confirmatory Factor Analysis of the Practice Environment Scale: A Case Study. Nurs Res 2010;59(2):147-153.
- (9) Alzate LCC, Bayer GLA, Squires A. Validation of a Spanish version of the practice environment scale of the nursing work index in the Colombian context. Hispanic health care international : the official journal of the National Association of Hispanic Nurses 2014;12(1):34-42.

- (10) De Pedro-Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé-Abad A, Bennasar-Veny M, Pericas-Beltran J, Miguélez-Chamorro A. Psychometric testing of the Spanish version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index in a primary healthcare context. *Journal of Advanced Nursing* 2012;68(1):212-221.
- (11) Mensik J. The Essentials of Magnetism for Home Health. *JONA* 2007;37(5):230-234.
- (12) Jarrín O, Flynn L, Lake E, Aiken L. Home Health Agency Work Environments and Hospitalizations. *Med Care* 2014;52(10):877-883.
- (13) González-Torrente S, Pericas-Beltrán J, Bennasar-Veny M, Adrover-Barceló R, Morales-Asencio JM, De Pedro-Gómez J. Perception of evidence-based practice and the professional environment of primary health care nurses in the Spanish context: a cross-sectional study. *BMC health serv res* 2012;12(1):227.
- (14) Parro Moreno A, Serrano Gallardo P, Ferrer Arnedo C, Serrano Molina L, de la Puerta Calatayud, M Luisa, Barberá Martín A, et al. Influence of socio-demographic, labour and professional factors on nursing perception concerning practice environment in Primary Health Care. *Aten prim* 2013;45(9):476.
- (15) De Pedro-Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé Abad A, Bennasar Veny M, Artigues Vives G, Perelló Campaner C. Nursing practice settings and competence to incorporate evidence into decisions: analysis of the situation in the Balearic Islands (Spain). *Gac sanit* 2011;25(3):191.
- (16) Kieft R.A, de Brouwer B.B, Franckl A.L. y Delnoij D.M. How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2014;13(14):24.
- (17) Ferrer Arnedo C. La Enfermería comunitaria en un modelo de gestión clínica en Atención Primaria. *Revista de administración sanitaria siglo XXI* 2009;7(2):261-274.

(18) Martínez Riera JR, Pino Casado Rd. Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en atención primaria de salud. *Revista de administración sanitaria siglo XXI* 2007;5(2):311-337.

(19) Ruíz Hontangas, A. Análisis organizativo sobre la provisión de cuidados en la práctica enfermera en los centros hospitalarios de la Comunidad Valenciana [Tesis doctoral en internet]. Valencia: CEU Cardenal Herrera; [citada 19/3/2017]. 2011.

Disponible en:

http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/5552/1/Ruiz%20Hontangas,%20Antonio_Tesis.pdf

(20) Salcedo Álvarez S.A., Huerta González S., Bustamante Edquén S. Enfermería: la némesis de la ciencia y filosofía del cuidado. *Enf Neurol* 2013;12(2):998-1001.

(21) Juvé Udina M.E., Farrero Muñoz S., Monterde Prat D., Hernández Villen O., Sistac Robles M. y Rodríguez Cala A. et al. Análisis del contexto organizativo de la práctica enfermera: El Nursing Work Index en los hospitales públicos. *Metas de enfermería* 2007;10(2):67-73.

(22) Donald F, Martin-Misener R, Carter N, Donald EE, Kaasalainen S, Wickson-Griffiths A, et al. A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *J Adv Nurs* 2013;69(10):2148-2161.

(23) Pérez-Campos MA, Sánchez-García I, Pancorbo-Hidalgo PL. Assessment of the professional practice environment by Spanish nurses who participate in Internet forums. *Enfermería clínica* 2013;23(6):271.

(24) Aiken L, Clarke S, Sloane D, Lake E, Cheney T. Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes. *JONA* 2008;38(5):223-229.

(25) Heierle Valero C. La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. *Enferm Comun* 2009;5(2).

(26) Yakusheva O, Lindrooth R, Weiss M. Economic Evaluation of the 80% Baccalaureate Nurse Workforce Recommendation: A Patient-level Analysis. *Med Care* 2014;52(10):864-869.

(27) Kim H, Harrington C, Greene WH. Registered Nurse Staffing Mix and Quality of Care in Nursing Homes: A Longitudinal Analysis. *The Gerontologist* 2009;49(1):81-90.

(28) McClure ML. Magnet hospitals: insights and issues. *Nurs admin quarterly* 2005;29(3):198.

(29) Buerhaus PI, DesRoches C, Applebaum S, Hess R, Norman LD, Donelan K. Are nurses ready for health care reform? A decade of survey research. *Nursing economic* 2012;30(6):318.

TABLAS

Tabla 1. Datos sociodemográficos y profesionales.

| | | Recuento (n= 144) | % del N de columna |
|------------------------------------|----------------------------|------------------------------|---------------------------|
| edad por intervalos | Menor o igual a 30 años | 21 | 14,6% |
| | De 31 a 40 años | 33 | 22,9% |
| | De 41 a 50 años | 59 | 41,0% |
| | De 51 a 60 años | 26 | 18,1% |
| | Mayor de 60 años | 5 | 3,5% |
| sexo | Hombre | 42 | 29,2% |
| | Mujer | 100 | 69,4% |
| | Prefiero no contestar | 2 | 1,4% |
| nivel de estudios postgrado | Diplomado en enfermería | 60 | 41,7% |
| | Grado en enfermería | 23 | 16,0% |
| | Especialista en enfermería | 16 | 11,1% |
| | Máster en enfermería | 40 | 27,8% |
| | Doctor en enfermería/otras | 4 | 2,8% |
| | Prefiero no contestar | 1 | 0,7% |
| años de experiencia | <2 | 8 | 5,6% |
| | 2 - 4 | 30 | 20,8% |
| | 5-10 | 20 | 13,9% |
| | >10 | 86 | 59,7% |

Tabla 2. Resultado globales y para cada dimensión del cuestionario PES-NWI.

| | N | Mínimo | Máximo | Media Global | Media individual | DE |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------|---------------|---------------------|-------------------------|-----------|
| Dimensión 1 Participación de la enfermera en los asuntos del centro | 144 | 9 | 36 | 22,26 | 2.51 | 5,791 |
| Dimensión 2 Fundamentos para el cuidado | 144 | 10 | 40 | 26,89 | 2.9 | 5,931 |
| Dimensión 3 Calidad del liderazgo | 144 | 5 | 20 | 14,62 | 2.92 | 4,252 |
| Dimensión 4 RRHH | 144 | 4 | 16 | 9,28 | 2.25 | 2,960 |
| Dimensión 5 Relaciones enfermeras-médicos | 144 | 3 | 12 | 8,55 | 2.84 | 1,974 |
| Puntuación Total PES-NWI | 144 | 31 | 124 | 81,61 | 2,68 | 16,246 |

Tabla 3. Priorización ordenada de los elementos del cuestionario PES-NWI, con la dimensión de pertenencia, frecuencia y porcentaje de elección.

Se han excluido elementos con menos del 20% de elecciones.

*Se han sombreado las elecciones >39,5%

| POSICIÓN | DIMENSIÓN | ÍTEM | N | % |
|----------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|
| 1 | 1 | 2.- Las enfermeras del centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo. | 78 | 54,2% |
| 2 | 2 | 14.- La asignación de pacientes a cada enfermera favorece la continuidad de los cuidados. | 74 | 51,4% |
| 3 | 2 | 18.- Se desarrolla un programa de formación continuada para las enfermeras. | 71 | 49,3% |
| 4 | 3 | 20.- La coordinadora/supervisora es una buena gestora y líder. | 70 | 48,6% |
| 5 | 2 | 11.- Hay un programa activo de garantía y mejora de la calidad. | 67 | 46,5% |
| 6 | 2 | 15.- Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes. | 66 | 45,8% |
| 7 | 5 | 31.- La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración apropiada. | 63 | 43,8% |
| 8 | 2 | 13.- Los cuidados de las enfermeras están basados en un modelo enfermero, más que en un modelo biomédico | 62 | 43,1% |
| 9 | 1 | 3.- Existen muchas oportunidades para el desarrollo profesional del personal de enfermería | 61 | 42,4% |
| 10 | 2 | 10.- Se usan diagnósticos enfermeros | 59 | 41,0% |
| 11 | 4 | 26.- Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad. | 59 | 41,0% |
| 12 | 2 | 19.- Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada. | 57 | 39,6% |
| 13 | 5 | 29.- Se realiza mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras. | 54 | 37,5% |
| 14 | 1 | 4.- La dirección escucha y da respuesta a los asuntos de sus enfermeras. | 53 | 36,8% |
| 15 | 2 | 12.- Existe un programa de acogida y tutelaje de enfermeras de nuevo ingreso | 48 | 33,3% |
| 16 | 1 | 6.- Se puede desarrollar una carrera profesional o hay oportunidades de ascenso en la carrera clínica. | 47 | 32,6% |
| 17 | 4 | 25.- Hay suficiente plantilla de empleados para realizar adecuadamente el trabajo. | 47 | 32,6% |
| 18 | 1 | 1.- Las enfermeras de plantilla están formalmente involucradas en la gestión interna del centro (juntas, órganos de decisión). | 46 | 31,9% |

| | | | | |
|----|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|
| 19 | 1 | 7.- Los gestores consultan con las enfermeras los problemas y modos de hacer del día a día. | 42 | 29,2% |
| 20 | 1 | 9.- Los directivos enfermeros están al mismo nivel en poder y autoridad que el resto de directivos del centro. | 41 | 28,5% |
| 21 | 1 | 5.- El/La director/a de Enfermería es accesible y fácilmente "visible" | 40 | 27,8% |
| 22 | 1 | 8.- Las enfermeras de plantilla tienen oportunidades para participar en las comisiones del centro, tales como la comisión de investigación, de ética, de infecciones... | 40 | 27,8% |
| 23 | 4 | 28.- Hay tiempo suficiente y oportunidad para discutir los problemas de cuidados con las otras enfermeras. | 38 | 26,4% |
| 24 | 2 | 16.- Existe un plan de cuidados escrito y actualizado para cada paciente. | 37 | 25,7% |
| 25 | 2 | 17.- Los gestores del centro se preocupan de que los enfermeros proporcionan cuidados de alta calidad. | 37 | 25,7% |

Tabla 4. Puntuaciones medias y DE de los 12 elementos principales Jerarquizados según % elecciones.

*Valores perdidos=0

| Top 12 | Media | Desviación estándar |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| 2.- Las enfermeras del centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo | 2,38 | ,91 |
| 14.- La asignación de pacientes a cada enfermera favorece la continuidad de los cuidados. | 2,97 | 1,03 |
| 18.- Se desarrolla un programa de formación continuada para las enfermeras. | 2,98 | ,91 |
| 20.- La coordinadora/supervisora es una buena gestora y líder. | 2,89 | ,99 |
| 11.- Hay un programa activo de garantía y mejora de la calidad. | 2,53 | ,93 |
| 15.- Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes. | 2,53 | ,92 |
| 31.- La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración apropiada. | 2,76 | ,77 |
| 13.- Los cuidados de las enfermeras están basados en un modelo enfermero, más que en un modelo biomédico | 2,57 | ,96 |
| 3.- Existen muchas oportunidades para el desarrollo profesional del personal de enfermería | 2,37 | ,99 |
| 10.- Se usan diagnósticos enfermeros | 3,24 | ,87 |
| 26.- Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad. | 2,34 | 1,05 |
| 19.- Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada. | 2,95 | ,81 |
| Media Top 12 | 2,70 | 0,93 |

Tabla 5. Resultados de relaciones entre variables independientes y la puntuación total.

| | | n | Puntuación PES-NWI | DS | p |
|----------------------------------------------|----------------------------|-----|--------------------|-------|------------|
| Edad por intervalos^c | Menor o igual a 30 años | 21 | 80,66 | 12,16 | NS (0,504) |
| | De 31 a 40 años | 33 | 78,63 | 16,59 | |
| | De 41 a 50 años | 59 | 83,47 | 17,58 | |
| | De 51 a 60 años | 26 | 79,73 | 15,86 | |
| | Mayor de 60 años | 5 | 93,00 | 11,11 | |
| Sexo^b | Hombre | 42 | 79,88 | 14,90 | NS (0,443) |
| | Mujer | 100 | 82,19 | 16,88 | |
| Nivel de estudios^c | Diplomado en enfermería | 60 | 80,10 | 16,71 | NS (0,314) |
| | Grado en enfermería | 23 | 87,78 | 14,51 | |
| | Especialista en enfermería | 16 | 81,37 | 16,48 | |
| | Máster en enfermería | 40 | 81,67 | 16,14 | |
| | Doctor en enfermería/otras | 4 | 73,25 | 16,33 | |
| | Prefiero no contestar | 1 | 65,00 | . | |
| Años de experiencia^a | <2 | 8 | 86 | 22,09 | NS (0,413) |
| | 2 - 4 | 30 | 85,1 | 12,40 | |
| | 5- 10 | 20 | 78,15 | 17,52 | |
| | >10 | 86 | 80,79 | 16,52 | |
| Años de experiencia TOP12^b | < 5 años | 38 | 29,05 | 5,20 | 0,017* |
| | > 5 años | 106 | 26,56 | 5,78 | |
| ¿Ejerce de coordinador?^b | Sí | 14 | 97,64 | 14,18 | 0,000* |
| | No | 78 | 77,11 | 16,82 | |

NS no significación estadística. * Significación estadística. ^a Kruskal wallis. ^b T de Student. ^c Anova.