



Análisis del contexto organizativo de la práctica enfermera. El Nursing Work Index en los hospitales públicos

Resumen / Abstract

El contexto organizativo para la prestación de cuidados incluye los factores organizativos y estructurales que facilitan la práctica profesional enfermera y tienen un impacto significativo en los resultados de los pacientes y de los centros.

Objetivo: analizar el contexto organizativo para la prestación de cuidados en los hospitales del sistema público de salud.

Método: los datos se recogieron en los talleres organizados por la Coordinación de Enfermería del Institut Català de la Salut, empleando un cuestionario que contenía los elementos del Nursing Work Index-Revised. La estrategia de análisis es eminentemente descriptiva, incluyendo también la exploración de la correlación entre las subescalas del instrumento.

Resultados: se analizaron 405 cuestionarios. El resultado principal del estudio indica un bajo grado de desarrollo del contexto organizativo en los hospitales estudiados. Los factores organizativos más desarrollados son la "Autonomía" y el "Control sobre la práctica enfermera". Los factores organizativos menos desarrollados incluyen el "Reconocimiento profesional" y la "Formación". Ninguno de los factores evaluados obtuvo una puntuación sobresaliente.

Conclusiones: el Nursing Work Index-Revised es una buena herramienta para efectuar una estimación aproximada del contexto organizativo para la prestación de cuidados. Los gestores deberían hacer una profunda reflexión sobre el coste de no considerar los aspectos que facilitan la práctica enfermera en los hospitales.

Palabras claves

Gestión; Nursing Work Index; organización; hospital; Enfermería.

Autores:

¹María Eulalia Juvé Udina

⁶Ana Rodríguez Cala

²Sara Farrero Muñoz

⁷Francisco Quilez Castillo

³David Monterde Prat

⁸Rosa Suñer Soler

⁴Olivia Hernández Villen

⁹María Teresa Arbués Visús

⁵Margarita Sistac Robles

¹⁰Ana Isabel Martín

¹ Diplomada en Enfermería. Máster en Enfermería Médico-Quirúrgica (UB). Coordinadora de Enfermería. Institut Català de la Salut.

² Diplomada en Enfermería. Supervisora de Enfermería. Hospital Universitario Vall d'Hebron.

³ Licenciado en Estadística. Estadístico. Institut Català de la Salut.

⁴ Diplomada en Enfermería. Responsable del área de formación. Hospital Universitario Joan XXIII (Tarragona).

⁵ Diplomada en Enfermería. Supervisora de Enfermería. Hospital de Viladecans.

⁶ Diplomada en Enfermería. Adjunta de Enfermería. Hospital Universitario Arnau de Vilanova (Lleida).

⁷ Diplomado en Enfermería. Supervisor de Enfermería. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol.

⁸ Diplomada en Enfermería. Licenciada en Antropología. Directora de Enfermería. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta (Girona).

⁹ Diplomada en Enfermería. Licenciada en Psicología. Graduada Superior en Administración de Servicios Sanitarios (Universidad de Minnesota). Directora de Enfermería y de Organización. Hospital Universitario de Bellvitge (Hospitalet de Llobregat).

¹⁰ Diplomada en Enfermería. Máster en Gestión de Servicios de Enfermería (UB). Directora de Enfermería. Hospital Verge de la Cinta (Tortosa).

Dirección de contacto:

María Eulalia Juvé.

Direcció d' Afers Assistencials. Institut Català de la Salut.

Gran Vía de les Corts Catalanes, 587.

08007 Barcelona.

E-mail: ejuve@gencat.net

Aceptada su publicación el 3/05/2007.

Analysis of an organisational context in nursing practice. The Nursing Work Index in public hospitals

The organisational context for the delivery of care includes organisational and structural factors that facilitate the professional practice of nursing and have a significant impact on the results for patients and centres.

Objective: analyse the organisational context for the delivery of health-care in public hospitals belonging to the national health system.

Method: data were gathered at the workshops organised by the Nursing Coordination division of the Catalan Health Institute, utilising a questionnaire that contained the items from the Nursing Work Index-Revised. The analysis strategy is eminentely descriptive, including the exploration of the correlation between the element's subscales.

Results: 405 questionnaires were analysed. The main result of this study shows a low degree of development in the organisational context in the studied hospitals. The most developed organisational factors are "Autonomy" and "Control on the Nursing Practice". The least developed organisational factors include "Professional Recognition" and "Training". None of the studied factors obtained an excellent score.

Conclusions: the Nursing Work Index-Revised is a good tool to make a close estimation of the organisational context for the delivery of healthcare. Managers should give some serious thought to cost when other aspects that facilitate nursing practice in hospitals are not considered.

Key words

Managements; Nursing Work Index; organisation; hospital; Nursing.

Introducción

El contexto organizativo de la práctica enfermera engloba el conjunto de condiciones creadas para la prestación de cuidados en el marco de una institución, centro o sistema de salud.

Los factores organizativos y estructurales que facilitan la práctica profesional enfermera y que son considerados esenciales por los miembros de esta disciplina, están bien descritos desde hace años en la literatura anglosajona (1-3). Estos factores tienen un gran impacto no sólo en el desarrollo del ejercicio profesional, sino también en los resultados clínicos de los pacientes y en los resultados de productividad de los centros (4-7).

Zelaukas y Howes definen que el contexto organizativo idóneo para la prestación de cuidados incluye 3 elementos principales: autonomía profesional de la enfermera; responsabilidad e implicación en la toma de decisiones; y control sobre el entorno en el que se prestan los cuidados (8).

Grindel y otros autores, añaden un cuarto factor, que podría entenderse implícito en los 3 primeros: la relación interprofesional entre enfermeras y médicos (2, 9).

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) define como elementos esenciales del entorno organizativo para la prestación de cuidados: la seguridad, los programas de reconocimiento, la disponibilidad de equipamientos, la existencia de estrategias de formación o el desarrollo de normativas que introduzcan elementos de innovación en la gestión de recursos humanos, entre otros (10).

El *Nursing Work Index* (NWI), desarrollado por Kramer y Hafner, en 1989, es una escala empleada para medir la satisfacción laboral de las enfermeras y la percepción de la productividad de los cuidados (11). Esta herramienta fue adaptada y validada en el 2000, por Aiken, *Nursing Work Index-Revised* (NWI-R), como instrumento para la determinación del contexto organizativo para la prestación de cuidados (12).

Los elementos y dominios del NWI y del NWI-R, se han empleado, entre otros, para establecer el índice de magnetismo de los hospitales estadounidenses, a través del programa de reconocimiento de la excelencia del *American Nurses' Credentialing Center*, denominado *Magnet Recognition Program* (13-15).

El objetivo de este artículo es analizar el contexto organizativo para la prestación de cuidados de los hospitales del sistema público (no concertado) en Cataluña, a través del NWI-R.

Método

El estudio se llevó a cabo entre 2005 y 2006, en los 8 hospitales del Institut Català de la Salut, en el marco del

Plan estratégico de Enfermería de la División Hospitalaria, con el objetivo de identificar las áreas de mejora en gestión de cuidados (Tabla 1).

Se ofertó la posibilidad de participar en una ronda de talleres/sesiones de discusión a todas las enfermeras de los hospitales citados, mediante su difusión a través de los departamentos de formación continuada. El único requisito para la participación era tener un mínimo de 5 años de experiencia profesional, independientemente del tipo de relación contractual con la empresa (enfermeras fijas, interinas y eventuales).

La selección final de participantes se efectuó mediante un muestreo aleatorio simple, a partir del listado de solicitudes.

Los talleres se realizaron entre mayo y noviembre de 2005 en las 4 provincias catalanas.

Para la recogida de datos se empleó un cuestionario que contenía los 57 ítems del NWI-R, con un sistema de puntuación estructurada mediante una escala tipo Likert, en la que 1 implicaba estar totalmente en desacuerdo con el elemento y 4 absolutamente de acuerdo.

Los cuestionarios no contenían ningún ítem que pudiera identificar individualmente al participante. Su cumplimentación era voluntaria e implicaba, tal como se informó verbalmente y por escrito, el consentimiento a la participación en el estudio.

Con el fin de posibilitar la realización del análisis cruzado de las variables universales con las variables de estudio, los cuestionarios fueron codificados mediante un número de caso, escogido por cada enfermera de un listado de números aleatorios.

Los datos fueron procesados en una base de datos Access (Microsoft Access 2000) y analizados mediante el paquete estadístico "R" versión 2.3.1 (R Foundation for Statistical Computing) (16).

Tabla 1. Áreas de mejora en la gestión de cuidados

Área de mejora

- 1 Nivel de autonomía profesional de las enfermeras.
- 2 Grado de control sobre la propia práctica.
- 3 Relación interprofesional entre enfermeras y médicos.
- 4 Sistemas y estructuras de soporte asistencial.
- 5 Reconocimiento de las competencias clínicas de las enfermeras.
- 6 Desarrollo de otras funciones, además de la asistencial: docencia e investigación.
- 7 Impacto de la gestión directiva de Enfermería en la prestación de cuidados.
- 8 Impacto de la gestión asistencial de Enfermería en la prestación de cuidados.
- 9 Sistemas de gestión de los recursos humanos en Enfermería.

La estrategia de análisis incluyó la descriptiva de la muestra, el análisis de la correlación entre las subescalas del NWI-R y la explotación de los resultados de las variables principales de estudio (total NWI-R y subescalas) mediante estadísticos descriptivos y la identificación de las diferencias, así como su relación con las variables “centro” y “puesto de trabajo”, empleando el Test no paramétrico de Kurskal-Wallis, habiendo determinado un nivel de confianza del 95% ($\alpha = 0,05$).

Resultados

La muestra de participantes incluyó 484 enfermeras, de las cuales 405 respondieron a los cuestionarios (84%). La edad media fue de 43,3 años; 20,4 años de experiencia; y una distribución por sexos de 84% de mujeres y 16% hombres.

La distribución por centros y puestos de trabajo se describe en los Gráficos 1 y 2.

El análisis de la correlación entre las subescalas del NWI-R se detalla en la Tabla 2. La subescalas (SE) de mayor

correlación con el total del NWI-R son: la SE1 “Autonomía” y la SE2 “Control sobre la práctica”. Las subescalas con menor correlación son: SE3-Relación interprofesional-, SE9-Gestión de recursos y SE8-Supervisión.

En cuanto al resultado de la variable principal del estudio, la media del NWI-R de los hospitales incluidos es de 5,97 (SD = 1,01), estableciéndose un rango medio entre hospitales de 6,55 (el “mejor”) y 5,45.

Los resultados medios de puntuaciones por subescalas indican que los factores organizativos más desarrollados en nuestros centros para aproximarnos a la categoría de hospitales magnéticos son los incluidos en las subescalas “Autonomía” (6,14) y “Control sobre la práctica” (6,06), aunque existen importantes diferencias entre centros ($p = 0,01$) y todos tienen por delante un amplio margen de mejora. En el otro extremo, los factores organizativos menos desarrollados son el “Reconocimiento profesional” (5,7) y la “Formación” (5,62). Los resultados por hospitales se detallan en la Tabla 3.

La media de puntuación global por puestos de trabajo es mayor en el subgrupo de supervisoras comparado con el resto grupos estudiados (enfermeras asistenciales de hospitalización, urgencias, críticos, consultas, quirófanos, etc.), siendo las diferencias estadísticamente significativas. El análisis de los resultados por puesto de trabajo se presentan en la Tabla 4.

En la Tablas 5 y 6, se detalla el ranking factorial, en el que pueden observarse individualmente los resultados de cada uno de los elementos del NWI-R. El análisis de factores sitúa como elementos con los mejores resultados: la comunicación verbal sobre el plan de cuidados y el estado del paciente, el trabajo con enfermeras con un alto nivel competencial y la participación en la elaboración e implantación de estándares de cuidados.

Los factores organizativos que obtienen peores resultados, traducidos a su significación en la práctica incluyen: la inexistencia de un programa formal de tutorización de enfermeras de nueva incorporación, por parte de enfermeras más expertas, la ausencia de potenciación/facilitación al acceso a programas para la obtención de la titulación superior (licenciatura/doctorado) y la asimetría en la colaboración entre médicos y enfermeras en la práctica clínica.

Para facilitar su comprensión se han agrupado los elementos organizativos con un nivel de desarrollo bajo, insuficiente o muy deficiente (puntuación < 6) en la Tabla 5 y los atributos organizativos con un nivel de desarrollo aceptable o notable en la Tabla 6. Ninguno de los factores evaluados obtuvo una puntuación excelente.

Discusión

La investigación en el área de los aspectos organizativos que afectan a la prestación de cuidados en los centros

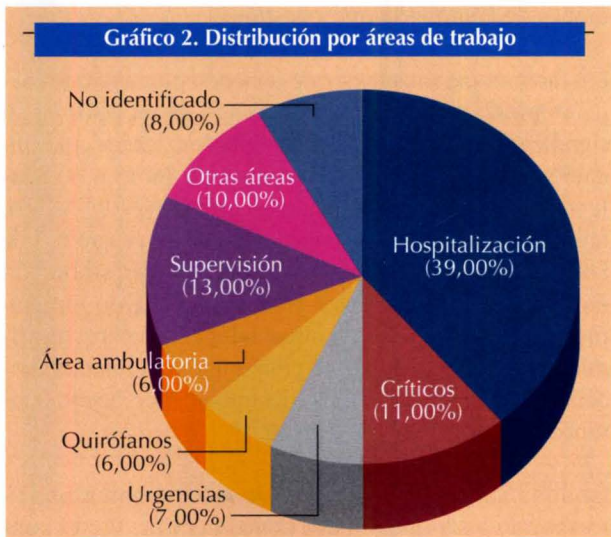
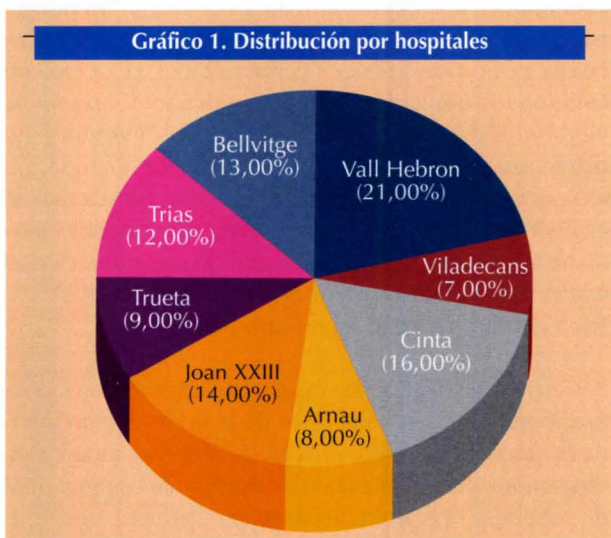


Tabla 2. Correlaciones

	NWI Total	SE 1	SE 2	SE 3	SE 4	SE 5	SE 6	SE 7	SE 8	SE 9
NWI Total:	1	0,9	0,91	0,48	0,8	0,75	0,82	0,75	0,68	0,61
Subescala 1: Autonomía	0,9	1	0,83	0,34	0,68	0,61	0,74	0,6	0,62	0,5
Subescala 2: Control	0,91	0,83	1	0,38	0,68	0,6	0,74	0,75	0,56	0,47
Subescala 3: Relación	0,48	0,34	0,38	1	0,4	0,33	0,34	0,3	0,29	0,25
Subescala 4: Sistemas de soporte	0,8	0,68	0,68	0,4	1	0,55	0,58	0,62	0,56	0,55
Subescala 5: Reconocimiento	0,75	0,61	0,6	0,33	0,55	1	0,71	0,49	0,62	0,52
Subescala 6: Formación	0,82	0,74	0,74	0,34	0,58	0,71	1	0,58	0,51	0,44
Subescala 7: Dirección	0,75	0,6	0,75	0,3	0,62	0,49	0,58	1	0,48	0,37
Subescala 8: Supervisión	0,68	0,62	0,56	0,29	0,56	0,62	0,51	0,48	1	0,31
Subescala 9: Gestión	0,61	0,5	0,47	0,25	0,55	0,52	0,44	0,37	0,31	1

es necesaria para avanzar en la evaluación de la aportación enfermera al sistema de salud. Dado que el NWI-R ha sido validado y probado en diferentes estudios, actualmente está considerado como un instrumento adecuado para evaluar los atributos organizativos, en relación con la prestación de cuidados enfermeros en los centros hospitalarios y su impacto en los resultados clínicos y de productividad (7, 12-15).

Aunque el objetivo del estudio no incluía inicialmente ningún test de re-validación del instrumento, se revisó la correlación entre subescalas por ser éste un aspecto convertido en la literatura (17).

Los resultados del análisis realizado coinciden con los del estudio de Lake (17) al menos en dos aspectos: puede existir un ligero sesgo del resultado de algunas subescalas porque no se ha determinado su sensibilidad para identificar diferencias cuando la unidad de estudio es un centro o un área asistencial concreta, por lo que, probablemente, algunas subescalas son más sensibles a un nivel que al otro. Se evidencia una débil correlación de la subescala 3 "Relación interprofesional entre enfermeras y médicos", que puede estar relacionada con el reducido número de factores que componen esta subescala o bien deberse al hecho de que otros elementos de la escala puedan ser interpretados como "contenedores" implícitos de los factores de la subescala 3. Por ejemplo, el elemento "La enfermera controla su propia práctica", puede tener la lectura de que en aquella unidad o centro, las enfermeras trabajan colegiadamente con los médicos, en una relación simétrica de igual a igual. Es recomendable realizar nuevos estudios que verifiquen o nieguen estas suposiciones.

El resultado principal, un NWI-R medio de 5,97, es un indicador que probablemente refleja de forma adecuada

el contexto organizativo de los hospitales estudiados, lo cual implica que evidentemente existen grandes márgenes de mejora en los elementos esenciales para una adecuada gestión de cuidados y, por lo tanto, para mejorar también los resultados obtenidos en cuanto a productividad y calidad. La representatividad de la muestra estudiada, que incluye enfermeras asistenciales de todas las áreas y centros hospitalarios de diferentes características en cuanto a número de camas, servicios ofertados y grado de terciarismo, permiten estimar que esta situación es extrapolable a la mayoría de centros hospitalarios del sistema público de salud en nuestro país.

Los elementos organizativos que obtienen mejores puntuaciones se sitúan en el nivel de la organización interna de las propias enfermeras en las áreas de trabajo (microgestión) y la organización de determinados programas de soporte a la práctica asistencial enfermera, gestionados, en estos hospitales, principalmente, por las Direcciones de Enfermería (mesogestión).

Los factores organizativos que obtienen puntuaciones bajas se asocian sobre todo a la gestión de recursos en su significado más amplio, como horarios, turnos, planificación de libranzas, contemplación de tiempos no asistenciales para la participación en programas del centro, falta de reconocimiento generalizado de los programas de Enfermería clínica, número de enfermeras y distribución en las unidades, etc. Estos elementos influyen directamente en el desarrollo de otros, tales como el reconocimiento público de la aportación enfermera (efecto invisibilidad), el reconocimiento del trabajo bien hecho o las dinámicas de trabajo en equipo.

La adecuación de una parte de estos elementos corresponde a las direcciones de los centros. Por el con-

Tabla 3. Resultados globales y por subescalas

	NWI R		Autonomía		Control		Relación		Soporte		Reconocimiento		Formación		Dirección		Supervisión		Gestión RH	
	Media	SD	Media	SD	Media	SD	Media	SD	Media	SD	Media	SD	Media	SD	Media	SD	Media	SD	Media	SD
Hospital 1	5,63	0,90	5,88	1,23	5,75	1,03	5,65	1,28	5,83	1,14	5,15	1,09	5,05	1,08	6,55	1,33	5,70	1,68	5,48	0,92
Hospital 2	6,55	0,77	6,63	0,83	6,68	0,84	6,55	1,70	6,58	1,04	6,03	0,95	6,38	0,98	7,00	1,81	6,45	1,70	6,50	1,01
Hospital 3	6,23	1,25	6,30	1,28	6,45	1,47	5,83	1,20	6,18	1,38	6,03	1,36	5,83	1,22	7,33	1,95	6,43	1,88	6,25	1,37
Hospital 4	5,93	0,96	6,03	1,17	6,15	1,19	6,08	1,16	6,03	1,09	5,70	1,12	5,63	1,25	5,90	1,97	6,23	1,77	5,38	1,06
Hospital 5	6,38	1,04	6,83	1,12	6,63	1,35	5,60	1,32	6,23	1,01	5,88	1,14	6,10	1,34	6,93	2,07	6,40	1,92	6,03	1,15
Hospital 6	5,85	0,90	6,10	1,23	5,93	0,98	5,78	1,41	6,03	1,03	5,50	0,95	5,38	1,16	5,55	1,65	6,00	1,63	5,85	1,06
Hospital 7	5,70	0,76	5,90	0,92	5,70	0,94	5,60	1,33	5,73	0,87	5,60	1,13	5,43	1,11	5,28	1,68	5,98	1,95	5,70	0,79
Hospital 8	5,45	0,82	5,58	0,95	5,40	1,11	5,40	1,34	5,53	1,04	5,55	0,95	5,23	1,08	4,65	1,94	5,23	1,64	6,13	0,98
Total Hospitales	5,97	1,01	6,14	1,08	6,06	1,31	5,83	1,88	6,01	1,40	5,69	0,91	5,65	1,68	6,02	2,5	6,04	2,21	5,97	1,07
p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,001	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000

Tabla 4. Resultados por áreas

	NWI Total		Autonomía		Control		Relación		Soporte		Reconocimiento		Formación		Dirección		Supervisión		Gestión RH	
	Media	SD	Media	SD	Media	SD	Media	SD	Media	SD	Media	SD	Media	SD	Media	SD	Media	SD	Media	SD
Hospitalización	6,00	1,03	6,28	1,18	6,10	1,24	5,70	1,39	6,05	1,13	5,65	1,13	5,70	1,27	6,05	2,00	6,10	1,80	5,83	1,13
Críticos	5,78	1,01	5,90	1,16	5,75	1,19	6,05	1,72	5,98	1,12	5,53	1,12	5,50	1,28	5,28	1,98	5,18	1,74	6,13	1,25
Urgencias	5,60	0,68	5,63	0,82	5,75	0,91	6,33	1,42	5,63	0,89	5,30	0,86	5,13	0,94	5,88	1,70	5,55	1,72	5,70	0,82
Quirófano	5,75	0,83	5,90	0,96	5,80	1,01	5,65	1,37	5,95	1,26	5,48	0,82	5,30	0,95	5,60	2,01	6,13	1,68	6,20	0,91
Área ambulatoria	5,93	0,72	6,05	1,10	6,23	0,83	5,55	1,14	5,75	0,96	5,85	0,91	5,70	0,85	5,65	1,86	6,03	1,75	5,88	0,87
Supervisión	6,55	0,81	6,43	0,83	6,75	1,00	6,50	1,22	6,43	1,12	6,30	1,03	6,03	1,10	7,58	2,07	7,50	1,20	6,60	1,11
Otras áreas	5,95	1,06	6,13	1,16	6,10	1,39	5,55	1,52	6,05	1,17	5,88	1,11	5,95	1,27	6,23	2,15	5,73	1,62	5,90	1,11
No identificado	6,20	1,06	6,40	1,32	6,20	1,34	5,95	1,35	6,18	1,08	5,95	1,06	5,83	1,50	6,35	2,15	6,50	1,94	6,10	0,87
Total	5,97	0,99	6,14	1,15	6,06	1,21	5,83	1,42	6,01	1,11	5,69	1,09	5,65	1,22	6,02	2,04	6,04	1,82	5,97	1,09
p-valor	< 0,01	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	0,187	< 0,01	< 0,01	0,061	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,05	

Tabla 5. Factores organizativos con un desarrollo bajo o insuficiente

Factores organizativos	
- Las supervisoras son receptivas, apoyan y asesoran a las enfermeras.	5,95
- Las enfermeras pueden participar en la planificación de las planillas de festivos, libranzas, etc.	5,89
- Las supervisoras emplean el error como una oportunidad de mejora, no como crítica negativa.	5,88
- Existe por escrito un plan de cuidados de cada paciente.	5,87
- Existen oportunidades de discutir con otras enfermeras los problemas asociados a la atención de los pacientes.	5,85
- Las supervisoras consultan con las enfermeras los problemas o los procedimientos de cuidados en el día a día.	5,81
- Existe un programa formal que facilita la mejora continua de la calidad.	5,72
- Hay oportunidades de trabajar en unidades de alta especialización.	5,68
- Se reconoce el trabajo bien hecho.	5,67
- Enfermeras y médicos trabajan en equipo.	5,67
- Las enfermeras pueden participar en la selección de nuevos materiales o equipos de cuidados.	5,36
- Hay una misma forma de entender la Enfermería (filosofía, misión, valores).	5,36
- Hay un número suficiente de enfermeras para proporcionar unos cuidados adecuados.	5,35
- Existe un programa de Enfermería clínica que da apoyo a la prestación de cuidados.	5,27
- La dirección del centro atiende las preocupaciones/problemas que surgen en la práctica clínica.	5,24
- Hay suficiente personal para realizar el trabajo.	5,23
- Se reconoce públicamente la aportación de las enfermeras a la atención de los pacientes.	5,20
- Se utilizan correctamente los diagnósticos de Enfermería, diferenciándolos de los problemas interdependientes.	5,19
- Hay una adecuada distribución de personal entre las diferentes unidades/áreas.	5,11
- Hay flexibilidad horaria (y de turnos).	5,04
- Existe un programa de orientación para las enfermeras de nueva incorporación.	4,86
- Hay oportunidades de participar en establecimiento de las políticas que se desarrollan en el servicio o en el centro.	4,80
- El sueldo es adecuado.	4,74
- Existe la oportunidad de ir obteniendo un mayor grado de responsabilidad y peso en la toma de decisiones clínicas en función de los conocimientos y habilidades adquiridas.	4,70
- Existen sistemas de promoción profesional.	4,60
- Las enfermeras no se ven obligadas a cambiar de unidad o área.	4,49
- La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración simétrica (de igual a igual).	4,47
- Se potencia la obtención de títulos superiores.	4,34
- Existe un programa formal de tutorización de enfermeras de nueva incorporación, por parte de enfermeras proeficientes o expertas.	3,98

Tabla 6. Factores organizativos con un desarrollo notable o aceptable

Factores organizativos	
- Comunicación verbal del plan de cuidados.	8,49
- Se trabaja con enfermeras con un alto nivel de competencia clínica.	7,70
- Las enfermeras participan en la elaboración e implantación de estándares de cuidados.	7,66
- Se trabaja con enfermeras con mucha experiencia, que conocen bien el hospital.	7,61
- Existe un programa formal de protocolización.	7,37
- Hay una buena relación con otros departamentos.	7,36
- El sistema de prestación de cuidados se basa en un modelo holístico.	7,17
- La prestación de cuidados se basa en un modelo de Enfermería.	7,12
- Los médicos proporcionan una adecuada atención.	7,09
- Existe un programa de formación continuada y es accesible.	7,07
- Hay enfermeras asistenciales que participan de una manera activa y formal en la gestión interna del hospital.	7,01
- La Enfermería controla su propia práctica profesional.	6,95
- Entre enfermeras y médicos hay buenas relaciones de trabajo.	6,78
- La enfermera no se ve obligada a afrontar situaciones que van en contra de su juicio profesional.	6,51
- El sistema de prestación de cuidados contempla el modelo enfermero de referencia.	6,36
- Hay una Dirección de Enfermería visible y accesible al personal.	6,35
- La supervisora de su área es una buena gestora y líder.	6,33
- La Dirección de Enfermería está al mismo nivel de poder y autoridad que el resto de direcciones del centro.	6,32
- Las supervisoras apoyan a las enfermeras en la toma de decisiones clínicas.	6,28
- El sistema de prestación de cuidados se basa en el trabajo en equipo.	6,26
- Se apoya la innovación en la prestación de cuidados.	6,26
- Se emplea una documentación orientada a la identificación de problemas.	6,22
- Se promueve la continuidad de cuidados, mediante la asignación de pacientes.	6,19
- Las enfermeras participan activamente en la optimización de costes.	6,17
- El registro del plan de cuidados se actualiza en relación a la evolución del paciente.	6,16
- El entorno es agradable y cómodo para trabajar.	6,10
- La dirección de Enfermería se preocupa que las enfermeras proporcionen una atención adecuada.	6,01
- Los servicios de soporte asistencial son adecuados.	6,00

trario, otros factores dependen de la normativa que regula la gestión de recursos humanos en los hospitales públicos, por lo que el control sobre el entorno en el

que se prestan los cuidados, elemento esencial en la idoneidad contextual, está muy condicionado por el modelo actual de gestión eminentemente funcional y

difícilmente mejorable si no se actualizan estas normativas.

Los factores organizativos identificados como más deficientes son muy heterogéneos. La formación (en los términos expresados en el NWI-R) y la tutorización de las enfermeras de nueva incorporación deberían considerarse claramente una cuestión a mejorar de manera prioritaria.

Se hace necesario el desarrollo de programas que faciliten oportunidades de promoción profesional en el área asistencial y no sólo hacia la gestión, como la implantación de programas de Enfermería clínica o gestión de casos, e incluso, la posibilidad de introducir elementos innovadores en la gestión de recursos que permitan liberar parcialmente de la asistencia a enfermeras proeficientes o expertas, para que ejerzan funciones de consultoría, formación, asesoramiento a la clínica o a la gestión e investigación.

Aunque numerosos autores concluyen en sus trabajos que la relación colegiada entre enfermeras y médicos es un elemento esencial para minimizar los errores clínicos, aumentar la productividad y mejorar los resultados (18,19), este es uno de los factores que recibe peor puntuación. Este resultado es probablemente un reflejo adecuado de la realidad, aunque la mejora de este elemento implica a todos los actores (enfermeras, médicos y gestores) y muy posiblemente arrastra connotaciones históricas y culturales.

El pleno desarrollo de las competencias enfermeras en el contexto de la legislación vigente, de la nueva estructura de los estudios universitarios amparado en el marco de Bolonia, que permite acceder a los estudios de doctorado, y un despliegue adecuado de las especialidades enfermeras vinculado, no sólo a las aspiraciones profesionales, sino a las demandas y necesidades reales de la sociedad, pueden contribuir a crear instrumentos sociológicos que permitan modificar esta asimetría.

En cuanto a los elementos relacionados con el uso de la metodología en la práctica clínica enfermera, se reconoce el trabajo de la organización para ofrecer oportunidades de participar en el establecimiento e implantación de estándares de cuidados, así como la prestación de cuidados basada en un modelo de Enfermería, ya que durante los últimos 10 años todos los hospitales incluidos en el estudio han realizado esfuerzos en este sentido.

López Alonso reflexiona sobre el sesgo inherente al NWI "al haber estado desarrollado en hospitales donde se dispone de un modelo de práctica profesional, lo cual podría mermar su capacidad para caracterizar los hospitales donde hay modelos burocráticos" (20). En nuestro estudio, el NWI-R ha permitido evidenciar que, aunque históricamente los hospitales públicos han seguido este tipo de modelo *funcionarial*, existen en la actualidad múltiples elementos que permiten acercarlos a un proceso de cambio hacia un modelo más profesionalizador.

Conclusiones

El NWI-R es una buena herramienta de gestión para realizar un diagnóstico del contexto organizativo para la prestación de cuidados en los centros hospitalarios.

Los gestores de los hospitales del sistema público de salud deberíamos considerar seriamente el impacto de los elementos contenidos en el NWI-R y evaluar minuciosamente, en términos económicos y de resultados de salud, el coste de mantener estos entornos organizativos y el coste de mejorarlos.

Agradecimientos

Los autores agradecen la participación de las enfermeras y la colaboración de los miembros de los equipos directivos, nucleico y académico del Proyecto COM-VA del Institut Català de la Salut.

Al Dr. Joseph María Argimon por su asesoramiento metodológico en todo el proyecto. Agradecemos también el excelente soporte administrativo prestado por las Sras. Cinta Gómez y Marta Mercader.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aiken L, Sloan D, Lake E, Sochalski J y Weber A. Organizational and outcomes of inpatient AIDS care. *Med Care* 1999 32: 771-77.
2. Grindel CG, Peterson K, Kinneman M y Turner R. The practice environment project: a process for outcome evaluation. *J Nurs Adm* 1996 26 (5): 43-51.
3. Levek M y Jones C. The nursing practice environment, staff retention and quality of care. *Res in Nurs and Health* 1996 19: 331-43.
4. Aiken LH, Sochalski J y Lake E. Studying outcomes of organizational change in health services. *Med Care* 1997 35 (Suppl 11): NS6-NS18.
5. Jennings BM. Nursing research: a time for redirection. *J Nurs Adm* 1995 25(4): 9-11.
6. Lin, L y Liang BA. Addressing the nursing work environment to promote patient safety. *Nurs Forum* 2007 42 (1): 20-30.
7. Kazanjian A, Green C, Wong J y Reid R. Effect of the hospital nursing environment on patient mortality: a systematic review. *J Health Serv Res Policy* 2005 10 (2): 111-117.
8. Zelauskas B y Howes DG. The effects of implementing a professional practice model. *J Nurs Adm* 1992 22 (7/8): 18-23.
9. Hoffart N y Woods CQ. Elements of a nursing professional practice model. *J Prof Nurs* 1996 12: 354-64.
10. Bauman A (for the International Council of Nurses). Positive practice environments: quality workplaces = quality patient care. Geneva, International Council of Nurses 2007 1-65.
11. Kramer M y Hafner LP. Shared values: impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nurs Res* 1989 38: 172-77.
12. Aiken L y Patrician P. Measuring organizational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nurs Res* 2002 49 (3): 146-153.
13. Kramer M y Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte 1. *Nursing (ed. España)* 2005 23 (3): 8-13.
14. Kramer M y Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte 2. *Nursing (ed. España)* 2005 23 (4): 15-19.
15. Kramer M y Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte 3. *Nursing (ed. España)* 2005 23 (5): 14-17.
16. R Development Core team. R: a language and environment for statistical computing. R Foundation for statistical Computing; 2006 ISBN 3-900051-07-0. URL disponible en: <http://www.R-project.org>.
17. Lake ET. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Res in Nurs & Health* 2002 25: 176-88.
18. Friese CR. Nursing practice environments and outcomes: implications for oncology nursing. *Oncol Nurs For* 2005 32 (4): 765-72.
19. Gunnarsdottir S, Clarke SP, Rafferty AM y Nutbeam D. Front-line management, staffing and nurse-doctor relationship as predictors of nurse and patients outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *In J Nurs Stud* 2007 15: 78-86.
20. López Alonso SG. Estudio piloto para la validación de una escala sobre el entorno de la práctica enfermera en el Hospital San Cecilio. *Enfermería Clínica* 2005 15 (1): 8-16.